

Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica

RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ 2013



Indice

01	LA COMPETENZA DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA	05
02	LA COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA	06
03	I PRINCIPI GENERALI CHE INFORMANO L'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA E IL PROCEDIMENTO	08
04	ATTIVITÀ SVOLTA DALLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA NELL'ANNO 2013	10
05	CASISTICA	20
06	CONCLUSIONI	22

Introduzione

Gentil.ma Signora Assessora,

la Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano è stata istituita alcuni anni fa con legge provinciale 18 novembre 2005, n. 10.

Le sue modalità di funzionamento sono state, peraltro, disciplinate dal decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11, "Disposizioni relative alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica", che, tra l'altro, ha esplicitato i principi di carattere generale che ne informano l'attività (articolo 2), indicando, tra i suoi compiti, quello di redigere un rapporto annuale riepilogativo dell'attività svolta (articolo 2, comma 3).

In adempimento di tale dovere in prospettiva costruttiva questa Commissione conciliativa ritiene opportuno dare al rapporto attività 2013 una struttura diversa rispetto a quanto fatto nel passato, al fine di dare ad esso un'impronta più costruttiva che vada oltre gli aspetti statistici del lavoro fatto.

La Commissione conciliativa ritiene infatti che il punto di osservazione da cui essa si muove sia un luogo privilegiato sia per chi deve operare scelte politiche, sia per la comunità professionale, sia infine per l'intera collettività.

Non solo perché gli errori medici – pur sempre possibili nell'esercizio di un'attività che conserva un potenziale livello di rischio intrinseco non riducibile a zero – devono essere eventualmente riconosciuti nell'ottica di garantire al cittadino un giusto risarcimento senza dover ricorrere agli organi giurisdizionali e responsabilmente presidiati considerandoli un forte stimolo per il miglioramento della qualità assistenziale e per la revisione sistematica dei processi assistenziali.

Ma anche perché occorre intervenire attivamente promuovendo le politiche provinciali di contenimento del rischio clinico provando a correggere le derive prodotte dal drammatico incremento, registrato anche nel nostro Paese, del numero delle cause intentate contro i medici (oltre trentamila ogni anno secondo i dati forniti dall'A.N.I.A. con un costo sociale di poco superiore ai 2 miliardi di euro) che ha portato, non certo secondariamente, a un drammatico incremento dei premi assicurativi sostenuti dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile.

Con l'obiettivo di correggere quella prevalente prassi professionale orientata verso una prospettiva difensivistica. Prospettiva che si alimenta attraverso la diffusa (pre)costituzione di cause di giustificazione per evitare guai con il ricorso a ricoveri inappropriati e ad esami diagnostici inutili prescritti al paziente non già nel suo diretto interesse ma per limitare il rischio legale connesso alla richiesta di risarcimento che ha snaturato l'arte della cura producendo, come suo risultato, lo sperpero di ingenti risorse pubbliche (circa 13 miliardi di euro ogni anno) che potrebbero essere destinate al miglioramento dei servizi dedicati alla diagnosi e cura.

Si tratta di obiettivi sfidanti che richiedono, per il loro conseguimento, un forte livello di alleanza tra i decisori politici, i medici e la cittadinanza che questa Commissione conciliativa si augura possa essere raggiunto nel breve periodo.

Continuando a ritenere la mediazione stragiudiziale uno straordinario strumento per contenere il contenzioso giudiziario che, come si diceva, mostra abnormi e preoccupanti livelli di crescita esponenziale purtroppo non limitati dalla 'riforma Balduzzi' data alla responsabilità professionale e con la parziale abolitio criminis da essa introdotta nell'ipotesi della sola imperizia quando il professionista abbia seguito le 'linee-guida' e le 'buone pratiche' purchè accreditate a livello scientifico internazionale. Evidentemente, essa segue la strada dell'assoluta indipendenza e terzietà che non può essere incrinata dai molti interessi economici in gioco dopo la 'fuga dal mercato' delle Compagnie di assicurazione e che, in questo particolare momento storico di contrazione delle risorse e di politiche di estenuante austerità stanno creando nel nostro Paese enormi difficoltà a dar piena effettività alla stessa copertura dei rischi derivanti dalla Responsabilità civile verso terzi in campo sanitario.

01 La competenza della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica

Vale la pena ricordare che l'ambito di azione della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano non è illimitato, essendo stato circoscritto (articolo 4/bis, comma 2, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche) a due esplicite, concrete, situazioni fattuali: (a) ai "casi in cui un paziente ritiene che la propria salute sia stata danneggiata da un errore nella diagnosi o nella terapia"; (b) ai "casi in cui si sostiene che il danno alla salute è una conseguenza dell'omessa o irregolare informazione".

L'ambito d'intervento della Commissione conciliativa è, dunque, circoscritto alle ipotesi in cui il "danno alla salute" (all'integrità psico-fisica) è stato prodotto o da un errore diagnostico/terapeutico o a causa dell'omessa o irregolare informazione fornita alla persona nella sola ipotesi in cui il professionista coinvolto sia un medico. Anche in quest'ultima fattispecie ciò che rileva è, dunque, che il difetto informativo abbia avuto conseguenze negative sull'integrità psico-fisica della persona in assenza delle quali la competenza di questa Commissione conciliativa è in discussione.



02 La composizione della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica

Come primo ente pubblico territoriale in Italia, la Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige ha istituito, con legge provinciale 18 novembre 2005, n. 10, la Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica che, essendo operativa dall'estate del 2007, ha maturato un'esperienza di lavoro oramai pluriennale.

Come previsto dall'articolo 4/bis della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, la Commissione è presieduta da un giudice, anche a riposo, che è scelto in base ad una terna di nominativi proposta dal Presidente del Tribunale di Bolzano. Altri componenti della Commissione sono un medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni scelto in base ad una terna di nominativi proposta dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Bolzano ed un laureato in giurisprudenza con conoscenze in materia di responsabilità medica scelto, a sua volta, all'interno di una terna di nominativi indicata dall'Ordine degli avvocati di Bolzano.

Nel triennio giugno 2010 – giugno 2013 la Commissione conciliativa era composta dal Dott. Josef Kreuzer con funzioni di presidente, dai medici legali Prof. Dott. Daniele Rodriguez e Prof.ssa Dott.ssa Anna Aprile dell'Università di Padova nonché dagli avvocati Dott. Stephan Vale e Dott.ssa Silvia Winkler.

Per il triennio giugno 2013 – giugno 2016 la Giunta provinciale ha così nominato i membri della Commissione (deliberazione 10 giugno 2013, n. 869):

Presidente effettivo:

Dott.ssa Ulrike Segna, Pubblico ministero presso la Corte di Appello di Trento, sezione distaccata di Bolzano;

Presidente supplente:

Dott. Edoardo Armando Mori, Giudice del Tribunale di Bolzano, in pensione;

Componente effettivo:

Prof. Dott. Fabio Cembrani, medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni, Direttore dell'U.O. di Medicina legale dell'Azienda per i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento;

Componente supplente:

Dott.ssa Antonia Tessadri, medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni, libero professionista in Trento;

Componente effettivo:

Dott. Stephan Vale, avvocato in Bolzano;

Componente supplente:

Dott.ssa Silvia Winkler, avvocato in Bressanone.

Essendo stata negata alla Dott.ssa Ulrike Segna la necessaria autorizzazione da parte del Consiglio superiore della Magistratura a presiedere attivamente la Commissione conciliativa, le funzioni di presidente sono svolte, a partire dall'ottobre del 2013, dal presidente supplente Dott. Edoardo Armando Mori.

La **segreteria** della Commissione conciliativa si trova a Bolzano, in Via Canonico Michael Gamper 1, 3° piano (tel. 0471/418027) ed è coordinata dal Dott. Christian Leuprecht.

03 I principi generali che informano l'attività della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica e il procedimento

I principi che informano l'attività della Commissione conciliativa e il procedimento che deve essere seguito per ogni domanda ritenuta ammissibile sono indicati nel Decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11, "Disposizioni relative alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica".

La conciliazione si svolge sulla base di questi principi generali: (a) la volontarietà del procedimento; (b) la sua gratuità; (c) la non vincolatività dei pareri medico-giuridici espressi dalla Commissione conciliativa.

VOLONTARIETÀ

Senza la partecipazione volontaria delle parti (la persona danneggiata o, nel caso del suo decesso, gli eredi, i medici coinvolti e, se dipendenti, la struttura sanitaria pubblica o privata) il procedimento non può essere iniziato. La partecipazione si realizza con la presenza, diretta o tramite un atto di procura, delle parti alla prima udienza con la conseguenza che non potrà essere attuato alcun tentativo di conciliazione se una di esse non compare a tale udienza, salvo ovviamente legittime richieste di rinvio. In questa ipotesi la domanda presentata da chi ne ha titolo viene archiviata venendo meno la possibilità di procedere al tentativo di conciliazione.

La mancata comparizione delle parti è divenuta l'eccezione. L'Azienda sanitaria pubblica compare regolarmente anche perché ha l'obbligo di trattare i reclami dei pazienti; ma anche i medici coinvolti, sia quelli operanti nel servizio pubblico, sia quelli che operano in regime libero-professionale, sono presenti con regolarità a riprova del loro interesse a risolvere le questioni in forma conciliativa anche attraverso la predisposizione ed il deposito di dettagliate prese di posizione in risposta alle censure mosse al loro operato dai pazienti.

GRATUITÀ

Un secondo principio che informa l'attività della Commissione conciliativa è la gratuità del procedimento. La domanda deve essere presentata dall'interessato o da chi ne ha titolo su un apposito modulo nel quale vanno indicati i suoi dati identificativi, il nominativo del medico o dei medici coinvolti nonché, eventualmente, l'azienda sanitaria dove essi operano e contiene, infine, una breve descrizione del fatto in cui deve indicare esplicitamente quali sono le censure mosse al comportamento professionale.

Davanti alla Commissione conciliativa non è necessario che la parte si faccia assistere da un avvocato; ciò però non è vietato e la parte istante può anche farsi rappresentare o assistere da una persona di sua fiducia o dalla Difesa civica. La domanda presentata dall'interessato o da chi ne ha titolo può essere compilata avvalendosi, anche, dell'aiuto della segreteria della Commissione: essa non richiede, pertanto, un aiuto professionale esterno. Le spese per la rappresentanza di un legale e quelle eventualmente sostenute per la perizia tecnica di parte sono, invece, a carico di parte istante. Diversamente, se dopo il fallimento del tentativo di conciliazione, tutte le parti

chiedono alla Commissione di valutare il caso e la Commissione decide di far eseguire una consulenza tecnica esterna, i relativi costi sono a carico del bilancio provinciale.

Una volta acquisiti tutti gli elementi di giudizio, la Commissione conciliativa formula un parere tecnico motivato, espresso per iscritto, che, se non conclude per una mancanza di responsabilità o di danno, indica la tipologia di errore diagnostico/terapeutico commesso da parte del medico e la misura del risarcimento anche nell'ipotesi di violazione degli obblighi informativi e che, nell'udienza finale, viene sottoposto alle parti. Tale parere non è, tuttavia, vincolante per nessuna delle parti. Le parti possono anche modificare la proposta della Commissione conciliativa. Il parere della Commissione non preclude comunque alle parti di adire la via giurisdizionale.

Vale, dunque, sempre il principio della non vincolatività; i pareri e le decisioni della Commissione non sono vincolanti e possono essere accettati o rifiutati dalle parti oltre che dalla Compagnia di assicurazione alla quale compete il concreto versamento dell'importo concordato con la parte istante.

Questi principi di carattere generale modulano il procedimento seguito dalla Commissione conciliativa, articolato su due successive fasi.

Una prima fase ha lo scopo di trovare un accordo tra le parti e, in questa situazione, la Commissione svolge una funzione di guida e di sintesi, coordinando la discussione dopo lo studio della documentazione prodotta per mantenerla all'interno di un binario costruttivo con lo scopo di far raggiungere un accordo stragiudiziale tra le parti. Se l'accordo è raggiunto, ne è dato atto nel verbale d'udienza che viene firmato dalle parti presenti; l'accordo ha il valore di una transazione stragiudiziale che, se condiviso anche dalla compagnia assicurativa, impegna anche quest'ultima al risarcimento del danno che, in questa fase, è indipendente dal riconoscimento effettivo di una colpa del professionista.

Nel caso di non accordo tra le parti le stesse possono chiedere di procedere alla seconda fase del procedimento e richiedere alla Commissione conciliativa di procedere alla valutazione medico-giuridica del caso: la Commissione può operare la valutazione tecnica autonomamente o, laddove necessario, nominando un consulente tecnico esterno al quale la Commissione sottopone i quesiti cui dovrà essere data una risposta per iscritto. Il caso viene archiviato, se la richiesta, oltre che dall'interessato o da chi ne ha titolo, non è fatta propria anche da tutti i medici coinvolti e dall'Azienda sanitaria in cui essi lavorano.

La proposta con cui la Commissione riconosce un danno risarcibile, presuppone che essa abbia ritenuto sussistere una responsabilità civilistica del medico, vale a dire una sua colpa, provata o presunta, e un nesso causale con il danno che ne è derivato. Essa non è tuttavia vincolante per le parti che se ne possono discostare e rimane comunque una valutazione che esaurisce ogni suo effetto ai soli fini della proposta.

NON VINCOLATIVITÀ

LE DUE FASI:

a) il tentativo di conciliazione

b) la valutazione

04 Attività svolta dalla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica nell'anno 2013

Nel 2013 sono pervenute alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano 32 nuove domande (verso 31 domande presentate nel 2012) che, cumulate con quelle registrate negli anni precedenti, documentano un carico di lavoro complessivo di 208 casi (tabella 1).

Tabella 1 – Domande presentate, definite e pendenti per anno (periodo: 01/08/2007 – 31/12/2013)

DOMANDE PERVENUTE E DEFINITE

	Domande pervenute	Domande definite al 31/12/2013	Domande pendenti al 31/12/2013
2007 (dal 01/08)	21	21	0
2008	36	36	0
2009	28	28	0
2010	33	33	0
2011	27	27	0
2012	31	26	5
2013	32	21	11
Totale	208	192	16

Nota: la tabella 1 evidenzia la sostanziale stabilità del numero di domande presentate ogni anno (32 domande presentate nel 2013 verso 31 domande presentate nel 2012). La tabella riporta il numero di domande definite e pendenti al 31/12/2013 con riguardo anche a domande presentate negli anni precedenti. Da una verifica risulta che nell'anno 2012 sono stati chiusi 26 casi (1 caso del 2010, 15 casi del 2011 e 10 casi del 2012) e nell'anno 2013 sono stati chiusi 41 casi (4 casi del 2011, 16 casi del 2012 e 21 casi del 2013).

Dalle risultanze statistiche risulta anche la sostanziale stabilità dei tempi di ultimazione del procedimento conciliativo con una durata media, nelle conciliazioni riuscite, di ca. 5 mesi e mezzo.

A giugno 2013 si è avuto il cambio di composizione della Commissione conciliativa che ha richiesto un periodo di collaudo di qualche mese per affiatarsi i nuovi componenti della stessa e per studiare nuove strategie metodologiche. Ciò con l'obiettivo di valorizzare al massimo le sue competenze clinico-scientifiche interne e ridurre sia i tempi necessari per ricorrere a consulenze tecniche esterne (in media poco meno di un anno e mezzo per i casi valutati in consulenza tecnica esterna) sia le spese per le stesse (in media ca. euro 2.000,00 ciascuna).

Questo cambio di strategia, dopo la sua condivisione interna, ha portato ad alcuni vantaggi i cui risultati saranno sicuramente più evidenti negli anni a venire. La riduzione dei tempi del proce-

dimento conciliativo costituisce una sfida, in quanto sono numerosi i casi molto complessi che richiedono lo studio di copiosissima documentazione clinica, alcune udienze di rinvio e l'acquisizione di prese di posizione delle parti. La Commissione si propone di far comprendere alle parti che la finalità ultima della procedura non è di giungere ad affermazioni di principio, ma a soluzioni eque e condivisibili sul piano scientifico e giuridico.

Il nuovo approccio metodologico ha comportato due ulteriori modifiche nel funzionamento interno della Commissione che consistono (1) nel potenziare la fase dello studio preliminare alla prima udienza della documentazione fornita dalle parti in maniera tale da poter orientare la discussione in prospettiva conciliativa, (2) nel valorizzare al massimo le competenze interne nell'esame tecnico di ogni vertenza.

La lingua prevalente scelta dalle parti per la discussione resta quella tedesca analogamente a quanto registrato negli anni precedenti: in 21 delle 32 domande presentate nell'anno 2013 è stata scelta dalla parte istante questa lingua pur con le difficoltà linguistiche registrate per la non conoscenza della lingua tedesca da parte dei componenti medici della Commissione. Difficoltà che sono emerse anche nello studio documentale e che hanno richiesto la traduzione di atti clinici in lingua italiana.

Le domande sono state presentate da persone di età anagrafica diversa con una media di 48 anni.

In prevalenza le domande sono state presentate alla Commissione conciliativa senza il patrocinio di un legale (in 18 casi), in 13 casi con questo patrocinio ed in un solo caso tramite la Difesa civica. Vi è stato un significativo incremento del patrocinio legale rispetto al 2011 e al 2012.

La situazione registrata a fine anno 2013 evidenzia che tutti i casi presentati alla Commissione conciliativa nel 2011 sono stati completati. Restano, invece, da esaminare ancora 5 casi presentati nel 2012 e 11 casi presentati nel 2013 che non sono stati ancora definiti: in un caso per l'intervenuta remissione dell'incarico da parte di un Consulente tecnico ortopedico nominato dalla Commissione conciliativa ed in altri essendo ancora in attesa del deposito dei risultati della consulenza tecnica.

Solo 2 delle 21 domande presentate e definite nel 2013 sono state ritenute infondate sul piano della ragionevolezza scientifica dalla Commissione conciliativa;

9 casi sono stati conciliati in sede di prima udienza;

1 caso è stato definito dopo la proposta di conciliazione formulata dalla Commissione in sede di udienza finale;

1 caso è stato archiviato perché la vertenza era stata nel frattempo transatta in sede stragiudiziale;

4 casi sono stati archiviati perché una delle parti, dopo il tentativo di conciliazione fallito, non ha accettato la valutazione tecnica da parte della Commissione conciliativa;

2 casi sono stati archiviati per la mancata presenza di una delle parti alla prima udienza regolarmente comunicata;

2 casi, infine, sono stati archiviati perché parte attrice ha rinunciato al procedimento davanti alla Commissione conciliativa.

Riepilogando, dei 208 casi complessivamente pervenuti all'esame della Commissione conciliativa dalla data del suo insediamento nel 2007 192 casi sono stati portati a conclusione anche se la conclusione del procedimento conciliativo è avvenuta con modalità diverse come evidenzia la tabella 2.

Tabella 2 – Modalità di conclusione del procedimento conciliativo (periodo 01/08/2007 – 31/12/2013)

Modalità di conclusione del procedimento conciliativo	Casi pervenuti per anno							Totale
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Conciliazione fra le parti	4	5	7	11	8	8	9	52
Proposta di conciliazione o provvedimento finale formulato dalla Commissione all'udienza finale	6	13	9	6	9	5	1	49
Transazione al di fuori del procedimento o archiviazione per rinuncia	0	1	0	4	2	5	3	15
Inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	5	5	0	1	2	21
Archiviazione per mancata comparizione del medico alla prima udienza	5	5	2	3	2	1	2	20
Archiviazione per mancato incarico alla Commissione dopo l'insuccesso del tentativo di conciliazione	3	5	5	2	5	6	4	30
Archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	0	1	1	0	0	3
Archiviazione per incompletezza della domanda	0	0	0	1	0	0	0	1
Non competenza della Commissione	1	0	0	0	0	0	0	1
Totale dei procedimenti definiti	21	36	28	33	27	26	21	192
Procedimenti pendenti	0	0	0	0	0	5	11	16
Totale delle domande pervenute	21	36	28	33	27	31	32	208

Circa nel 15% dei casi una delle parti non ha chiesto alla Commissione conciliativa di valutare il caso. Questo dato è abbastanza incoraggiante, essendo la spia della fiducia che le parti riconoscono alla Commissione conciliativa.

Ciò deriva comunque da molti fattori. In alcuni casi la parte istante si rende conto che le sue richieste sono troppo elevate per poter essere accolte rapidamente dall'assicurazione; in altri casi si accorge che sul piano probatorio la sua pretesa presenta delle manchevolezze e preferisce seguire una strategia giudiziaria che favorisce schermaglie dialettiche e formalismi giuridici. Altre volte la parte, non molto sicura del fatto suo, teme una valutazione peritale dei fatti che poi potrebbe essere utilizzata in un futuro giudizio.

Sono tutti fattori che impongono alla Commissione un'accurata valutazione iniziale di ogni pratica per evitare di ammettere richieste temerarie, che creano poi ingiustificate aspettative nella parte oppure di disporre consulenze le cui conclusioni non verranno prevedibilmente accettate da una delle parti.

Ad ogni modo si deve concludere per un bilancio assolutamente favorevole del lavoro della Commissione. In circa il 79% dei casi la Commissione ha affrontato il merito della questione: nel 27% dei casi le parti hanno raggiunto una conciliazione immediata di fronte alla Commissione; nel 25,5% dei casi la Commissione è stata incaricata di valutare il caso; nel 10,9% dei casi la Commissione, dichiarando la domanda inammissibile, ha sostanzialmente escluso l'errore medico; nel 15,6% dei casi le parti si sono almeno presentate al colloquio conciliativo anche se quest'ultimo poi non ha avuto esito positivo. A ciò si aggiunge, anche se non per merito della Commissione, un 7,8% dei casi in cui le parti hanno trovato un accordo al di fuori del procedimento conciliativo.

Solo in circa un caso su dieci il medico convocato non è comparso. Ma non esiste nemmeno un caso, in cui la controparte non abbia perlomeno preso posizione per iscritto. E si può tranquillamente ipotizzare che in molti casi di mancata conciliazione la parte istante si sia convinta dell'impossibilità di far riconoscere le sue pretese, ed abbia così desistito da ulteriori attività giudiziarie.



**MEDICI DEL
SERVIZIO PUBBLICO
E MEDICI PRIVATI**

Nella tabella 3 sono riassunti i dati statistici che differenziano i casi in relazione alla qualifica pubblica o privata del professionista medico direttamente coinvolto dall'interessato o da chi ne ha titolo.

Tabella 3 – Status giuridico dei medici coinvolti (periodo 01/08/2007 – 31/12/2013)

Anno	Medici del Servizio sanitario pubblico	Medici privati	Totale domande
2007	18	3	21
2008	30	6	36
2009	24	4	28
2010	27	6	33
2011	22	5	27
2012	26	5	31
2013	29	3	32
Totale	176	32	208

Riguardo ai 32 nuovi casi presentati nel 2013, solo 3 di essi hanno coinvolto professionisti medici che agiscono in regime libero-professionale. I rimanenti 29 casi hanno, invece, riguardato professionisti medici che lavorano nelle strutture pubbliche del Servizio sanitario provinciale con la seguente distribuzione territoriale (tabella 4).

Tabella 4 – Distribuzione territoriale dei medici del Servizio sanitario provinciale (periodo 01/08/2007 – 31/12/2013)

Anno	Comprensorio sanitario di Bolzano	Comprensorio sanitario di Merano	Comprensorio sanitario di Brunico	Comprensorio sanitario di Bressanone	Totale
2007	6	5	3	4	18
2008	15	8	4	3	30
2009	17	3	1	3	24
2010	9	10	5	3	27
2011	4	10	3	5	22
2012	9	11	6	0	26
2013	11	7	5	6	29
Totale	71	54	27	24	176

I tassi grezzi di questi indicatori non offrono, evidentemente, nessun elemento statistico di interesse perché essi andrebbero standardizzati in qualche maniera e comunque corretti tenuto conto che la complessità clinico-assistenziale dei pazienti trattati nell'Ospedale centrale di Bolzano non è certo uguale a quella dei pazienti trattati nelle sedi più periferiche. Anche perché in questo nosocomio esistono reparti di diagnosi e cura ad elevatissima complessità come la neurochirurgia e la cardiocirurgia interventista.

**DOMANDE
VERSO MEDICI
DEI QUATTRO
COMPRESORI
SANITARI**

La tabella 5 indica i settori specialistici coinvolti nei casi posti all'esame della Commissione.

Tabella 5 – Reparti ospedalieri o medici coinvolti (escluso il caso di domanda incompleta riferito all'anno 2010)

Reparto/Medico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totale
Ortopedia / Medico ortopedico privato	5	13	9	12	9	7	14	69
Chirurgia / Medico chirurgo privato	3	1	1	3	4	6	2	20
Pronto soccorso	1	4	4	3	1	4	2	19
Medico dentista	3	1	1	3	3	4	3	18
Oculistica	1	2	3	1	1	3	1	12
Ginecologia	0	4	0	1	4	0	1	10
Ortorinolaringoiatria	2	1	3	1	0	1	0	8
Medicina interna	0	0	0	1	2	1	2	6
Chirurgia vascolare e toracica	0	2	2	0	0	0	1	5
Medico di Medicina generale	0	1	2	1	0	0	0	4
Pediatria	1	1	0	1	0	0	0	3
Neurologia	0	0	0	1	0	2	0	3
Psichiatria	0	1	0	0	1	1	0	3
Urologia	1	0	0	0	1	0	1	3
Servizio pneumologico	1	0	0	0	1	0	0	2
Radiologia	0	1	1	0	0	0	0	2
Anestesia	0	2	0	0	0	0	0	2
Neurochirurgia	0	0	0	0	0	1	1	2
Dermatologia e Venerologia	0	0	0	1	0	0	1	2
Urologia e Medicina	0	0	1	0	0	0	0	1
Oncologia medica	1	0	0	0	0	0	0	1
Oncologia medica e Radiologia	1	0	0	0	0	0	0	1
Pronto Soccorso, Medicina e Oncologia	0	1	0	0	0	0	0	1
Cardiologia	0	1	0	0	0	0	0	1
Ambulatorio di Reumatologia	0	0	0	1	0	0	0	1
Laboratorio di patologia clinica	0	0	0	1	0	0	0	1
Geriatria	0	0	0	1	0	0	0	1
Geriatria e Medicina interna	0	0	0	0	0	1	0	1
Pronto soccorso e Stroke unit	0	0	1	0	0	0	0	1
Medico chirurgo plastico e medico radiologo	1	0	0	0	0	0	0	1
Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	1	1
Chirurgia pediatrica	0	0	0	0	0	0	1	1
Ginecologia e Radiologia	0	0	0	0	0	0	1	1
Totale	21	36	28	32	27	31	32	207

REPARTI OSPEDALIERI O MEDICI COINVOLTI

**ERRORE O VIOLAZIONE
DEL CONSENSO**

Resta confermato che l'area chirurgica ortopedica è quella maggiormente coinvolta in presunti errori diagnostici o terapeutici analogamente ai dati esistenti in ambito nazionale: un terzo circa dei casi attivati ha, infatti, riguardato questa branca specialistica. Segue la chirurgia generale, l'attività di Pronto Soccorso e altre attività chirurgiche specialistiche (quella ostetrica ginecologica ad esempio) in cui i livelli di rischio sono ben più impattanti rispetto alla diagnosi internistica o all'attività dei medici di medicina generale. Professionisti, questi ultimi, poco coinvolti in termini percentuali nei casi posti all'esame della Commissione conciliativa (2% circa dei casi).

Nella tabella 6 si evidenziano i casi in cui gli interessati o gli aventi titolo ritengono che la propria salute sia stata danneggiata da un errore medico di diagnosi o terapia, quelli in cui in discussione è la violazione del consenso informato e i casi in cui sembrano essere contemporaneamente presenti entrambe le evenienze.

Tabella 6 – Le cause del ritenuto danno alla salute

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
2010	29	0	4	33
2011	22	0	5	27
2012	22	0	9	31
2013	23	0	9	32
Totale	156	1	51	208

È di tutto interesse evidenziare che negli ultimi due anni si sia registrato un numero di casi in incremento in cui l'interessato (o chi per esso) censura il comportamento medico non solo sul piano della diligenza professionale ma anche a causa di una cattiva informazione con percentuali che oscillano intorno al 30%. A dimostrazione che l'attività di cura richiede, oggi, una particolare competenza comunicativa senza la quale la diligenza professionale rischia di apparire in secondo piano.

Nella tabella 7 si evidenziano le domande presentate con o senza l'ausilio di un legale oppure per il tramite della Difesa civica.

Tabella 7 – Domande presentate con o senza l'ausilio di un legale oppure per il tramite della Difesa civica

Anno	Domande presentate con l'ausilio di un legale	Domande presentate direttamente, senza l'ausilio di un legale	Domande presentate per il tramite della Difesa civica	Totale
2007	4	16	1	21
2008	5	30	1	36
2009	5	21	2	28
2010	11	20	2	33
2011	8	19	0	27
2012	6	25	0	31
2013	13	18	1	32
Totale	52	149	7	208

La maggior parte delle domande è stata, dunque, presentata direttamente dal cittadino (o dagli eredi). In un numero non trascurabile di casi la domanda è stata presentata con l'intervento di un legale di fiducia, in maniera molto esigua ricorrendo alla Difesa civica.

La tabella 8 riassume la durata media dei procedimenti definiti al 31.12.2013.

Tabella 8 – Durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2013

	Durata media
Tutti indistintamente i procedimenti definiti al 31/12/2013	222 giorni
Procedimenti che chiudono con un provvedimento di inammissibilità o di archiviazione	147 giorni
Procedimenti con conciliazione riuscita	161 giorni
Procedimenti in cui la Commissione ha valutato il caso senza disporre consulenza tecnica	304 giorni
Procedimenti in cui la Commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha valutato il caso	527 giorni

La durata media di tutti i procedimenti indistintamente è, quindi, di circa 7 mesi e mezzo; quella dei procedimenti conclusi con la consulenza tecnica esterna è, invece, di poco meno di un anno e mezzo.

ASSISTENZA LEGALE

DURATA

**RESPONSABILITÀ
DEL MEDICO O
ESCLUSIONE DELLA
MEDESIMA**

La tabella 9 evidenzia i casi, definiti al 31/12/2013, in cui la Commissione conciliativa ha accertato la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico e quelli in cui tale responsabilità è stata esclusa.

Tabella 9 – Casi valutati dalla Commissione conciliativa nel periodo 01/08/2007 – 31/12/2013

	Numero dei casi
Casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico	14
Casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico	35
Totale	49

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 quello di cui alla seguente tabella 10.

Tabella 10 – Casi valutati dalla Commissione conciliativa nel periodo 01/08/2007 – 31/12/2013 e casi di presunta responsabilità del medico rispettivamente presunta esclusione della responsabilità del medico

	Numero dei casi
Casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico nonché casi di presunta responsabilità del medico	63
Casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico nonché casi di presunta esclusione della responsabilità del medico	56
Totale	119

La tabella 11 evidenzia i procedimenti pervenuti entro il 31/12/2013 in cui la Commissione ha nominato un consulente tecnico nonché il costo medio delle consulenze tecniche.

Tabella 11 – Numero di consulenze tecniche esterne e costo medio delle consulenze tecniche

Procedimenti con nomina di consulente tecnico	27 su 208
Costo medio della consulenza tecnica	euro 1.952

**CONSULENTE
TECNICO E COSTI**

**AMMONTARE DEL
RISARCIMENTO DEI
DANNI**

La media aritmetica dei risarcimenti danno riconosciuti dalla Commissione conciliativa o concordati fra le parti in sede di conciliazione con riferimento ai casi definiti al 31/12/2013 ammonta a **euro 9.976,88**.

La tabella 12 evidenzia la lingua del procedimento scelta dalla parte istante, comunque precisando che, ad eccezione della struttura sanitaria pubblica, nel procedimento conciliativo ciascuna parte è libera di usare indifferentemente la lingua italiana o tedesca.

Tabella 12 – 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
2010	14	19	33
2011	7	20	27
2012	11	20	31
2013	11	21	32
Totale	75	133	208

La tabella 13 evidenzia i dati relativi all'età dei pazienti.

Tabella 13 – Dati relativi all'età dei pazienti al momento della presentazione della domanda

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Età media in anni	49	49	59	55	50	49	48
Paziente più giovane in anni	4	11	17	15	13	14	3
Paziente più anziano in anni	69	83	86	89	75	87	90

LINGUA SCELTA

ETA' DEI PAZIENTI



05 Casistica

Alcuni tra i casi esaminati nel 2013 dalla Commissione conciliativa in cui è stata ritenuta l'esistenza di un errore medico sono meritevoli di attenzione.

ESEMPI

Uno di essi ha riguardato un'anziana donna, sottoposta ad intervento chirurgico di cataratta eseguito con un'anestesia retrobulbare (senza la presenza dell'anestesista) dopo il fallimento di quella loco-regionale che, non contenuta sul lettino chirurgico, ha improvvisamente assunto la posizione seduta procurandosi la perforazione del bulbo oculare e la conseguente perdita funzionale dell'occhio. Caso, questo, che merita un'attenta valutazione da parte delle autorità sanitarie perché mette in discussione il corretto assessment dell'atto operatorio anche sul piano del supporto anestesiológico essendo note le complicanze dell'anestesia retrobulbare e la necessità di sottoporre il paziente ad un attento monitoraggio ECG-grafico nel corso dello stesso.

Un altro caso ha, invece, riguardato la scorretta gestione di una frattura del radio. Non tanto riguardo la scelta di trattarla con apparecchio gessato quanto, invece, quella di non averne controllato con regolarità la sua evoluzione nonostante la sintomatologia dolorosa locale riferita dal paziente nel post-trauma.

Si espongono inoltre sinteticamente altri casi decisi nel corso dell'anno 2013 o nel senso che sussiste una responsabilità del medico curante oppure nel senso che detta responsabilità viene esclusa. Per esempio è stato ritenuto che:

- non ricorre violazione del consenso informato se l'intervento chirurgico di alluce a martello, spostato di un giorno per un'emergenza, viene effettuato da un medico diverso da quello che ha raccolto il consenso; non sussiste inoltre responsabilità del medico che è intervenuto chirurgicamente nel rispetto delle regole dell'arte medica, anche se la sindrome dolorosa in parte continua a persistere e il piede dopo l'intervento risulta essere più lungo rispetto all'altro piede;
- sussiste responsabilità del medico-chirurgo per non avere raccolto, in sede di assistenza al parto, il consenso informato per l'utilizzo della ventosa ostetrica, rispettivamente per avere, per un'errata tecnica nell'annodare i punti di sutura, cagionato al successivo taglio cesario uno shock emorragico da peritoneo ematologico;
- che non è ascrivibile a responsabilità del personale medico-chirurgo se a seguito di un'operazione al ginocchio con applicazione di una protesi è sopravvenuta un'infezione e una sindrome compartimentale della loggia estensoriale che, pur in presenza di tempestivo intervento chirurgico d'emergenza e successivi altri interventi, hanno comportato un iter terapeutico complicato;
- è ascrivibile a responsabilità professionale del medico chirurgo che, in esecuzione di un intervento chirurgico di correzione di uno strabismo, non è intervenuto su entrambi gli occhi, come raccomandato dalla scuola di pensiero prevalente, per cui, non essendo riuscito ad ottenere un esito risolutivo dello strabismo ha dovuto intervenire chirurgicamente un altro paio di volte, con la conseguenza della formazione di una cicatrice visibile nell'occhio;

- non sussiste nesso causale e quindi responsabilità del medico ortopedico che, in sede di trattamento di una sublussazione acromio-claveare di spalla traumatica, ha optato per un trattamento conservativo anzicchè cruento, e, a prescindere dal fatto che non vi è unanimità di pensiero nella scelta dell'opzione terapeutica, da un'eventuale scelta di intervenire chirurgicamente sarebbe comunque residuo lo stesso danno biologico e quindi in ogni caso non ci sarebbe stato un danno differenziale.



06 Conclusioni

Lontano dal giungere a conclusioni arrischiate, il lavoro svolto dalla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano rappresenta una straordinaria occasione per riflettere, serenamente, riguardo ad un fenomeno tipico dei nostri tempi che sta assumendo dimensioni davvero preoccupanti e per provare a dare ad esso soluzioni coraggiose. Lontano dalle aule dei Tribunali, dalla distorta amplificazione mediatica e da quella prevalente 'cultura del biasimo' che spesso porta i professionisti a nascondere (e a non ammettere) gli errori ed a percorrere la perversa strada della medicina difensiva.

La premessa è che l'attività medica è un'attività comunque rischiosa e che la sua spinta tecnicizzazione, nonostante i progressi delle conoscenze, ha amplificato i livelli di rischio anche per la complessità clinica dei pazienti (spesso affetti da importanti comorbidità), per la possibilità di intervenire in situazioni spesso drammatiche, per la carenza di risorse economiche e per il clima di austerità economica imposta dalle manovre di spending review nazionale. Con un drammatico incremento del contenzioso per presunta colpa professionale che rischia non solo di paralizzare l'attività giurisdizionale in vertenze che devono trovare una soluzione transattiva fuori dalle aule dei Tribunali ma di esporre l'intera collettività al rischio concreto di non trovare soddisfazione ai bisogni di salute che essa esprime.

Affrontare le molte criticità connaturate a questa situazione è oggi una necessità prioritaria anche se ciò richiede un forte patto di alleanza tra i professionisti, i cittadini ed i decisori politici che stentano a dare ad essa una ragionevole soluzione con l'adozione di provvedimenti normativi capaci di contenere il contenzioso giudiziario e di sviluppare le politiche di contenimento del rischio clinico. Politiche, queste ultime, che devono essere sostenute con l'adozione di modelli strutturati di intervento in tutte le articolazioni del Servizio sanitario nazionale realizzati per il tramite di strumenti di monitoraggio di tipo proattivo (incident reporting e diffusione di linee-guida) capaci di stimare i livelli di rischio e di dare ad essi una risposta attraverso la revisione sistematica delle procedure.

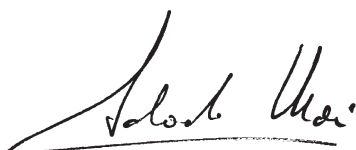
Se questi strumenti paiono essere una opportunità irrinunciabile che occorre diffondere a largo raggio un'altrettanto straordinaria opportunità è quella di rafforzare l'approccio reattivo delle politiche di riduzione del rischio come è avvenuto in Provincia di Bolzano. Con la creazione di una Commissione conciliativa che, in maniera imparziale, possa detendere i conflitti che si possono generare nella relazione di cura riconoscendo gli errori e dando ad essi una risposta risarcitoria che, spesso, viene attivata attraverso le aule di Tribunale. Si tratta di un obiettivo ambizioso che chiede il massimo sforzo di tutti gli attori coinvolti. Dei decisori politici che hanno in essa investito ritenendola uno strumento idoneo a governare il contenzioso. Dei cittadini che devono ad essa ricorrere responsabilmente e motivatamente senza essere attratti dalla gratuità del procedimento. Dei professionisti medici e delle organizzazioni sanitarie che devono ad essa guardare riconoscendo la grande opportunità di una voce imparziale che può comunque contribuire al miglioramento della qualità. E di chi di essa ne fa parte che deve assumere un ruolo di forte imparzialità attivando meccanismi interni capaci di ridurre i tempi del procedimento che sono ancora troppo lunghi per dare una risposta alle parti.

In questa direzione ci si augura si voglia andare con il coraggio delle idee e con la forza delle azioni.

Bolzano, li 6 novembre 2014

La Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica:

Dott. Edoardo Armando Mori



Prof. Dott. Fabio Cembrani



Avv. Dott. Stephan Vale



Il Segretario
Dott. Christian Leuprecht

