

COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO



RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ 2017



INDICE

Introduzione	04
01 La competenza della commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario	05
02 La composizione della commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario	06
03 I principi generali che informano l'attività della commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario e il procedimento	07
04 Attività svolta dalla commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario nell'anno 2017 e negli anni precedenti	09
05 Casistica	17
06 Conclusioni	19



INTRODUZIONE



entil.ma Signora Assessora,
la commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano è stata istituita con legge provinciale 18 novembre 2005, n. 10..

Le sue modalità di funzionamento sono state disciplinate con decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11. Tra i compiti della commissione conciliativa figura anche quello di redigere un rapporto annuale riepilogativo dell'attività svolta.

La commissione conciliativa ritiene 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.

Gli errori in ambito sanitario, 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.

Gli errori in ambito sanitario sono da considerarsi un forte stimolo per il miglioramento della qualità assistenziale e per la revisione sistematica dei processi assistenziali.

Sono da promuovere 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 sanitari che ha portato a un forte incremento dei premi assicurativi sostenuti dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile.

L'obiettivo è quello 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 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 sanitari e la cittadinanza che questa commissione conciliativa si augura possa essere raggiunto nel breve periodo.

La conciliazione stragiudiziale costituisce uno straordinario strumento per contenere il contenzioso giudiziario.

Evidentemente, la conciliazione 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 in Italia 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 IN AMBITO SANITARIO

L'ambito di azione della commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano è circoscritto alle seguenti ipotesi, in cui un paziente che abbia usufruito di una prestazione sanitaria erogata sul territorio della Provincia di Bolzano ritenga o i suoi aventi causa ritengano che si sia verificata una o più delle seguenti situazioni di fatto:


- a) che il paziente abbia subito un danno alla salute per un errore nella diagnosi o nella terapia conseguente ad un'azione od omissione commessa da soggetti esercenti una professione sanitaria;
- b) che il paziente abbia subito un danno alla salute in conseguenza di omessa o insufficiente informazione;
- c) che il paziente abbia subito un danno alla salute in conseguenza di condotte colpose poste in essere in una struttura sanitaria limitatamente ad attività diagnostico-terapeutiche e non attribuibili ad uno specifico esercente una professione sanitaria.

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 comunque è dovuto a condotte colpose nel fornire prestazioni diagnostico-terapeutiche anche non attribuibili ad uno specifico esercente una professione sanitaria oppure, da ultimo, è conseguito a omessa o insufficiente informazione fornita alla persona.

L'ambito di azione della commissione conciliativa è limitato ai servizi sanitari erogati sul territorio della Provincia di Bolzano.



02 LA COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO

 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.

Con la riforma sanitaria la competenza della commissione conciliativa è stata estesa nell'anno 2017 a tutte le professioni operanti in ambito sanitario. La commissione conciliativa è competente anche se le attività diagnostico-terapeutiche che hanno cagionato un danno alla salute non sono attribuibili ad uno specifico esercente una professione sanitaria.

In attesa della rielaborazione del relativo regolamento di esecuzione la commissione conciliativa ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale 11 ottobre 2016, n. 1.096, nonché della deliberazione della Giunta provinciale 4 aprile 2017, n. 385, era nell'anno 2017 così composta (un magistrato, anche a riposo, scelto in base ad una terna di nominativi proposta dal Presidente del Tribunale di Bolzano; un medico legale scelto in base ad una terna di nominativi proposti dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Bolzano; un avvocato scelto all'interno di una terna di nominativi indicata dall'Ordine degli avvocati di Bolzano):

Presidente effettivo:

dott. Hans Zelger, giudice del Consiglio di Stato, in pensione;

Presidente supplente:

dott. Edoardo Armando Mori, giudice del Tribunale di Bolzano, in pensione;

Componente effettivo:

dott.ssa Antonia Tessedri, medico legale libero professionista in Trento;

Componente supplente:

dott. Fabrizio Zappaterra, medico legale presso l'Istituto nazionale previdenza sociale di Trento;

Componente effettivo:

dott.ssa Silvia Winkler, avvocatessa in Bressanone;

Componente supplente:

dott. Stephan Vale, avvocato in Bolzano.

L'ufficio di segreteria della commissione conciliativa si trova a Bolzano, in Via Canonico Michael Gamper 1, 3° piano (tel. 0471/418027) ed è coordinato dal dott. Christian Leuprecht.

03 I PRINCIPI GENERALI CHE INFORMANO L'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO E IL PROCEDIMENTO

La riforma sanitaria sancita nel 2017 con le leggi provinciali 21 aprile 2017, numeri 3 e 4, e 7 agosto 2017, n. 12, ha comportato la modifica dell'articolo 4/bis della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, che continuerà a disciplinare la commissione conciliativa. La novella legislativa comporterà necessariamente la revisione del regolamento che disciplina il procedimento davanti alla commissione conciliativa. Con riguardo all'anno 2017 i principi che informano l'attività della commissione conciliativa e il procedimento davanti alla commissione continuano ad essere indicati nel Decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11, "Disposizioni relative alla commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica". I principi generali che informano l'attività della commissione conciliativa verranno mantenuti anche nel futuro.

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 sanitari 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 sanitari 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, fatto salvo l'assolvimento della dovuta imposta di bollo. 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, possibilmente il nominativo del sanitario o dei sanitari 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 sanitario 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, nel rispetto di quanto previsto dall'ordinamento giuridico in materia di mediazione obbligatoria rispettivamente di accertamento tecnico preventivo.

NON VINCOLATIVITÀ

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.

LE DUE FASI:

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

A) IL TENTATIVO DI CONCILIAZIONE

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.

B) LA VALUTAZIONE

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 sanitari 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 sanitario, 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.

04 ATTIVITÀ SVOLTA DALLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO NELL'ANNO 2017 E NEGLI ANNI PRECEDENTI

Nel 2017 sono pervenute alla commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano 31 nuove domande (verso 23 domande presentate nel 2016) che, cumulate con quelle registrate negli anni precedenti, documentano un carico di lavoro complessivo di 326 casi.

DOMANDE PERVENUTE E DEFINITE

Tabella 1 – domande presentate, definite e pendenti per anno (periodo: 01/08/2007 – 31/12/2017)

	domande pervenute	domande definite al 31/12/2017	domande pendenti al 31/12/2017
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	31	0
2013	32	32	0
2014	33	33	0
2015	31	31	0
2016	23	18	5
2017	31	18	13
totale	326	308	18

La tabella 1 evidenzia la sostanziale stabilità del numero di domande presentate ogni anno con un certo calo avuto nell'anno 2016 (23 domande presentate nel 2016 verso 31 domande presentate nel 2015). La tabella riporta il numero di domande definite e pendenti al 31/12/2017 con riguardo anche a domande presentate negli anni precedenti. Da una verifica risulta che nell'anno 2017 sono stati chiusi 32 casi (3 casi del 2015, 11 casi del 2016 e 18 casi del 2017).

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.

La commissione si è posta 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 circa un anno e mezzo per i casi valutati in consulenza tecnica esterna) sia le spese per le stesse (in media euro 1.887,00 ciascuna).

La riduzione dei tempi del procedimento 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.

La commissione conciliativa ha inoltre provveduto a 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.

La lingua prevalente scelta dalle parti del procedimento è quella tedesca (per un 64,42% dei casi pervenuti fino al 31 dicembre 2017).

Le domande sono state presentate da persone di età anagrafica diversa con una media di 52 anni.

In prevalenza le domande sono state presentate alla commissione conciliativa con il patrocinio di un legale (in 16 casi) e in 13 casi senza questo patrocinio. Due domande sono state presentate per il tramite della Difesa civica.

La situazione registrata a fine anno 2017 evidenzia che tutti i casi presentati alla commissione conciliativa nel 2015 sono stati completati. Restano, invece, da esaminare ancora 5 casi presentati nel 2016 e 13 casi presentati nel 2017 che non sono stati ancora definiti.

Riepilogando, dei 326 casi complessivamente pervenuti all'esame della commissione conciliativa dalla data del suo insediamento nel 2007 308 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 – 31/12/2017)

modalità di conclusione del procedimento conciliativo	casi pervenuti per anno											totale
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
conciliazione fra le parti	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	5	78
proposta di conciliazione o provvedimento finale formulato dalla commissione all'udienza finale	6	13	9	6	9	10	7	9	11	4	2	86
transazione al di fuori del procedimento o archiviazione per rinuncia	0	1	0	4	2	5	6	2	1	3	0	24
inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	41
archiviazione per mancata comparizione del sanitario alla prima udienza	5	5	2	3	2	1	2	0	1	2	3	26
archiviazione per mancato incarico alla commissione dopo l'insuccesso del tentativo di conciliazione	3	5	5	2	5	6	5	4	8	1	3	47
archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
archiviazione per incompletezza della domanda	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
non competenza della commissione	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
totale dei procedimenti definiti	21	36	28	33	27	31	32	33	31	18	18	308
procedimenti pendenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	13	18
totale delle domande pervenute	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	326

Nel 15,26% 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 o preferisce agire in giudizio. Altre volte la parte, non molto sicura del fatto suo, teme una valutazione peritale dei fatti che poi potrebbe essere utilizzata anche nei suoi confronti 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. Nell'81,82% dei casi la commissione ha affrontato il merito della questione: nel 25,33% dei casi le parti hanno raggiunto una conciliazione immediata di fronte alla commissione; nel 27,92% dei casi la commissione è stata incaricata di valutare il caso; nel 13,31% dei casi la commissione, dichiarando la domanda inammissibile, ha sostanzialmente escluso l'errore del sanitario; nel 15,26% 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 4,22% dei casi in cui le parti hanno trovato un accordo al di fuori del procedimento conciliativo.

Solo in meno di un caso su dieci (8,44%) il sanitario convocato non è comparso. Ma esistono appena pochissimi casi, 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.

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



PERSONALE SANITARIO DEL SERVIZIO PUBBLICO E PERSONALE SANITARIO PRIVATO

Tabella 3 – status giuridico del personale sanitario coinvolto (periodo 01/08/2007 – 31/12/2017)

anno	personale del servizio sanitario pubblico	personale sanitario privato	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
2014	27	6	33
2015	28	3	31
2016	17	6	23
2017	22	9	31
totale	270	56	326

Riguardo ai 31 nuovi casi presentati nel 2017, 9 di essi hanno coinvolto professionisti sanitari che agiscono in regime libero-professionale. I rimanenti 22 casi hanno, invece, riguardato professionisti sanitari che lavorano nelle strutture pubbliche del Servizio sanitario provinciale con la seguente distribuzione territoriale.

DOMANDE VERSO PERSONALE SANITARIO DEI QUATTRO COMPRESORI SANITARI

Tabella 4 – distribuzione territoriale del personale del servizio sanitario provinciale (periodo 01/08/2007 – 31/12/2017)

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
2014	6	10	7	4	27
2015	12	8	3	5	28
2016	7	4	3	3	17
2017	11	5	4	2	22
totale	107	81	44	38	270

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 provinciale 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.

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

REPARTI OSPEDALIERI O PERSONALE SANITARIO COINVOLTI

Tabella 5 – reparti ospedalieri o personale sanitario coinvolti (escluso il caso di domanda incompleta riferito all'anno 2010)

reparto/sanitario	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	totale
ortopedia/medico ortopedico privato	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	101
medico dentista/servizio odontoiatrico	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	39
chirurgia/medico chirurgo privato	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	30
pronto soccorso	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	29
ginecologia/ostetricia/medico specialista in ginecologia	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	22
oculistica	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	14
otorinolaringoiatria	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	10
medicina interna	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	8
urologia	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	7
chirurgia vascolare e toracica	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	7
medico di medicina generale	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	7
anestesia	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	6
pediatria/chirurgia pediatrica	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	5
neurochirurgia	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	5
chirurgia plastica	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	5
psichiatria	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	4
dermatologia e venerologia	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	4
neurologia	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
radiologia	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
servizio pneumologico	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
cardiologia	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
oncologia medica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
geriatria	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
malattie infettive	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
ambulatorio di reumatologia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
laboratorio di patologia clinica	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
nefrologia e dialisi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ematologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
totale	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	325

Resta confermato che l'area chirurgica ortopedica è quella maggiormente coinvolta in presunti errori diagnostici o terapeutici analogamente ai dati esistenti in ambito nazionale: poco meno di un terzo dei casi attivati ha, infatti, riguardato questa branca specialistica. Seguono i medici dentisti/servizio odonto-

iatrico, 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 (2,15% circa dei casi).

Nella tabella 6 si evidenziano le domande presentate con o senza l'ausilio di un legale oppure per il tramite della Difesa civica.

ASSISTENZA LEGALE

Tabella 6 – 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
2014	8	25	0	33
2015	13	17	1	31
2016	10	13	0	23
2017	16	13	2	31
totale	99	217	10	326

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 7 riassume la durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2017

DURATA

Tabella 7 – durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2017

	durata media
tutti indistintamente i procedimenti definiti al 31/12/2017	232 giorni
procedimenti che chiudono con un provvedimento di inammissibilità o di archiviazione	147 giorni
procedimenti con conciliazione riuscita	166 giorni
procedimenti in cui la commissione ha valutato il caso senza disporre consulenza tecnica	327 giorni
procedimenti in cui la commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha valutato il caso	546 giorni

La durata media di tutti i procedimenti indistintamente è, quindi, di poco meno di 8 mesi; quella dei procedimenti conclusi con la consulenza tecnica esterna è, invece, di circa un anno e mezzo.

La tabella 8 evidenzia i casi, definiti al 31/12/2017, in cui la commissione conciliativa ha accertato la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario e quelli in cui tale responsabilità è stata esclusa.

RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE SANITARIO O ESCLUSIONE DELLA MEDESIMA

Tabella 8 – casi valutati dalla commissione conciliativa nel periodo 01/08/2007 – 31/12/2017:

	numero dei casi
casi in cui la commissione ha accertato la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	31
casi in cui la commissione ha escluso la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	55
totale	86

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 sanitario) 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 sanitario), il risultato sarebbe quello di cui alla seguente tabella 9:

Tabella 9 – casi valutati dalla commissione conciliativa nel periodo 01/08/2007 – 31/12/2017 e casi di presunta responsabilità del sanitario rispettivamente presunta esclusione della responsabilità del sanitario:

	numero dei casi
casi in cui la commissione ha accertato la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario nonché casi di presunta responsabilità del sanitario	105
casi in cui la commissione ha escluso la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario nonché casi di presunta esclusione della responsabilità del sanitario	97
totale	202

La tabella 10 evidenzia i procedimenti pervenuti entro il 31/12/2017 in cui la commissione ha nominato un consulente tecnico nonché il costo medio delle consulenze tecniche:

CONSULENTE TECNICO E COSTI

Tabella 10 – numero di consulenze tecniche esterne e costo medio delle consulenze tecniche

procedimenti con nomina di consulente tecnico	42 su 326
costo medio delle consulenze tecniche	1.887 Euro

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 31/12/2017 ammonta a euro 34.316,15.

La tabella 11 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.

LINGUA SCELTA

Tabella 11 – 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
2014	16	17	33
2015	11	20	31
2016	6	17	23
2017	8	23	31
totale	116	210	326

La tabella 12 evidenzia i dati relativi all'età dei pazienti.

ETÀ DEI PAZIENTI

Tabella 12 – dati relativi all'età dei pazienti al momento della presentazione della domanda

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
età media in anni	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52
paziente più giovane in anni	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7
paziente più anziano in anni	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94



05 CASISTICA

Si espongono sinteticamente alcuni casi trattati negli anni 2016 e 2017 davanti alla commissione conciliativa e che sono stati definiti o nel senso che sussiste una responsabilità del personale sanitario curante oppure nel senso che detta responsabilità viene esclusa. Per esempio è stato ritenuto che:

ESEMPI

- sussiste errore medico dei sanitari che, causa forti dolori alla spalla, avevano applicato ad una paziente, in terapia permanente con anticoagulanti orali (Sintrom) e portatrice eterozigote del fattore V di Leiden, delle infiltrazioni con somministrazione endovenosa di tramandolo (Contramal) e cortisonici (Bentelan), senza un opportuno controllo dell'INR o una riduzione del dosaggio del farmaco, con conseguente stato di ipocoagulabilità del sangue a cui è seguita drastica interruzione della terapia anticoagulante orale in assenza di un monitoraggio dell'INR nei giorni immediatamente successivi, che hanno portato alla formazione di una trombosi arteriosa, la quale, nonostante la paziente manifestasse un quadro clinico obiettivo classico di ischemia acuta dell'arto inferiore, non è stata adeguatamente indagata dai sanitari e diagnosticata tardivamente solo a distanza di 15 giorni, rendendo impossibile un approccio terapeutico più conservativo con terapia medica e tromboembolectomia con catetere di Fogarty e/o trombolisi catetere-guidata;
- non sussiste responsabilità del chirurgo che ha sottoposto il paziente a ernioplastica inguinale, in quanto il dolore cronico posterniectomia, il quale può essere di tipo neuropatico legato a lesioni nervose identificabili ovvero di tipo nocicettivo, legato a danneggiamento tissutale ovvero a reazione infiammatoria locale in sede di intervento, è da considerarsi, pur in presenza di manovre chirurgiche eseguite correttamente, complicanza dell'intervento in quanto previsto/prevedibile, ma non evitabile;
- sussiste responsabilità dell'ortopedico che ha trattato un paziente per alluce valgo destro sintomatico, non avendo tenuto conto della presenza di malattia neurologica di fondo e avendo comunque trascurato la possibilità di terapia conservativa con ortesi plantare. L'intervento chirurgico a cui è stato sottoposto il paziente non è stato inoltre correttamente eseguito. Infatti, l'eccessivo arretramento della testa metatarsale lo ha reso insufficiente nella fase di propulsione del passo causando sovraccarico funzionale sui metatarsi adiacenti e progressivo disequilibrio neuromuscolare al piede destro;
- sussiste responsabilità del medico che ha avuto in cura il paziente per frattura del quinto metatarso del piede sinistro per inadeguata prescrizione di profilassi antitrombotica e dunque per il verificarsi di trombosi venosa profonda e embolia polmonare nonché infarto polmonare, in quanto la profilassi avrebbe dovuto continuare per tutto il periodo di scarico deambulatorio, profilassi che nel caso concreto, pur essendo stata correttamente iniziata, non è stata proseguita per il periodo di immobilizzazione/scarico deambulatorio occorso;
- non sussiste responsabilità dei medici che hanno preso in cura un paziente che aveva subito un ictus ischemico per non avere sottoposto il paziente ad un trattamento trombolitico con rtPA (attivatore tissutale ricombinante del plasminogeno), in quanto il paziente era ampiamente fuori dalla finestra terapeutica per procedere a tale trattamento;
- sussiste errore medico del dentista che in vista di una riabilitazione protesica su paziente oncologico trattato con chirurgia e radioterapia ha provveduto all'estrazione multipla di numero otto denti in unica seduta in contrasto con la previsione delle linee guida, che invece raccomandano una tecnica minimamente traumatica. Si deve ammettere come legata alle estrazioni multiple la osteoradionecrosi con frattura patologica della mandibola che ha comportato poi l'intervento di resezione di emimandibola destra con ricostruzione dell'arco mandibolare mediante placca in titanio e plastica con lembo miocutaneo pettorale destro;
- non ricorre errore medico terapeutico del dentista in presenza di cinque focolai di infezione apicali, di rottura di uno strumento endodontico nel canale radicolare mesiale di un dente e di un'apparentemente incongrua protesizzazione coronale, mentre risulta che i trattamenti endodontici sono stati

correttamente eseguiti dal dentista, il recupero protesico mediante corona parziale (onlay) di un certo dente è da considerare, quando possibile effettuarlo, un gold standard, in quanto più conservativo delle strutture del dente e dei tessuti parodontali limitrofi rispetto alla sostituzione coronale completa, soluzione da prospettare quando non possono essere applicate tecniche conservative, e la rottura dello strumento endodontico in un certo dente con persistente presenza di tale frammento nel canale mesiale del dente non configura ipotesi di responsabilità professionale trattandosi di evento previsto, prevedibile ma non evitabile potendo dipendere da strumenti difettosi o affaticati dall'uso, presenza di curvature radicolari quali varianti anatomiche responsabili di difficoltà tecniche nell'alesatura, ecc.;

- non ricorre errore dei sanitari nella gestione di un paziente che aveva subito una lesione traumatica (diastasi della sinfisi pubica) a seguito di infortunio sciistico. Trattandosi di una lesione classificabile secondo Tile come Tipo B1 – Open book stadio 1 con diastasi della sinfisi < 2,5cm e nessuna lesione posteriore ovvero secondo Young-Burgess come APC (compressione antero posteriore) Grado I, non è censurabile la scelta terapeutica dei sanitari di non trattare cruentemente la citata lesione, in quanto, come si apprende dalla letteratura sul tema, lesioni di siffatta natura possono essere trattate conservativamente;
- sussiste responsabilità del medico ginecologo nonché dell'ostetrica in ambito di un parto con grave danno alla salute del neonato (risarcimento del danno di diversi milioni di euro). In evidente contrasto con le linee guida il parto spontaneo di donna dopo primo taglio cesareo è stato indotto troppo precocemente e con mezzo non adeguato, il travaglio non è stato accompagnato da uno stretto monitoraggio con CTG continua nonché era avvenuto in ambiente che non poteva garantire una reazione immediata ad un'eventuale emergenza;
- sussiste errore dei sanitari che hanno sottoposto ad intervento di colecistectomia laparoscopica un paziente affetto da colecistite acuta, causando al paziente la lesione della via biliare extraepatica tra i 2-3 cm al di sotto della confluenza biliare. Tale lesione è rimasta misconosciuta nel corso dell'intervento, ma non è stata né sospettata né indagata nel lungo decorso postoperatorio presso l'ospedale a fronte di una persistente fuoriuscita di liquido biliare dai tubi di drenaggio, fenomeno altamente sospetto;
- non sussiste errore del medico che ha sottoposto il paziente a due interventi chirurgici sull'occhio destro, descritti come intervento di vitrectomia (asportazione della membrana epiretinica) e intervento di cataratta. Il peggioramento della situazione di salute del paziente, descritta dallo stesso come "visione doppia, distorta e confusa di entità tali da non consentire una vita normale, né la guida o la lettura prolungata", non è eziologicamente riconducibile al comportamento del medico che ha agito sia nell'effettuazione degli interventi sia nel follow up secondo le regole dell'arte medica;
- sussiste responsabilità del neurochirurgo che ha effettuato un intervento chirurgico di ernia al disco C8, in occasione del quale è insorta la paralisi del nervo laringeo ricorrente (che ha una funzione importante in ambito di respiro e voce), in quanto non in grado di dimostrare che il trattamento fosse avvenuto a regola d'arte, cioè che la lesione del nervo laringeo ricorrente non fosse prevedibile oppure non evitabile. Il paziente non è inoltre stato correttamente informato circa il rischio della paralisi del nervo laringeo ricorrente;
- non sussiste responsabilità dell'anestesista intervenuto in occasione di un taglio cesareo urgente in anestesia spinale a causa della improvvisa comparsa di febbre e tachicardia fetale. In sede di anestesia deve essere stato interessato un nervo, con la conseguenza che la paziente avrebbe iniziato a tremare ed improvvisamente non avrebbe potuto più respirare e parlare, inoltre sarebbe allividita e le sue labbra sarebbero diventate blu. Trattasi di una complicanza dell'anestesia in nesso causale con l'azione del medico, ma da questi non provocata colpevolmente. La complicanza è stata trattata adeguatamente. Non si ravvisano ipotesi di negligenza, imperizia ed imprudenza in tutte le fasi della gestione della paziente;
- sussiste responsabilità degli ortopedici in occasione di un trattamento conservativo di una frattura del radio destro, in quanto, nonostante fosse stato riscontrato un deficit di estensione delle dita e in particolare del pollice dovuto ad una lesione del tendine a seguito della frattura, non sono state consigliate alla paziente ulteriori visite o interventi.

06 CONCLUSIONI

Nell'anno 2017 si è assistito a una rimodulazione importante della normativa sia nazionale che locale che condiziona il campo d'azione della commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano.

Il 1° aprile 2017 è entrata in vigore la legge 8 marzo 2017, n. 24, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". La citata legge introduce molte novità in ambito di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La legge prevede, tra l'altro,

- che in ogni regione è istituito il centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente. Il centro raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità. Le funzioni di questo importante centro per la gestione del rischio sanitario vengono svolte in Alto Adige dall'Unità operativa governo clinico insediata presso la Ripartizione provinciale Salute;
- la messa a disposizione, su richiesta degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, della documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico;
- la pubblicazione da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private, nel proprio sito internet, dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management);
- che gli esercenti le professioni sanitarie debbano attenersi, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida indicate dal sistema nazionale per le linee guida (SNLG), elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco, e pubblicate dall'Istituto superiore di sanità. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si devono attenere alle buone pratiche clinico-assistenziali;
- la normazione espressa del reato di responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario, con la precisazione che, qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto;
- in ambito di responsabilità civile della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata e dell'esercente la professione sanitaria: la responsabilità contrattuale ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile della struttura sanitaria o sociosanitaria che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria; la responsabilità extracontrattuale degli esercenti la professione sanitaria all'interno delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private, anche in regime di libera professione intramuraria o in convenzione con il servizio sanitario nazionale, salvo che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente;
- per chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria, in alternativa al procedimento di mediazione obbligatoria disciplinato dall'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, e successive

modifiche, il ricorso al procedimento di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile;

- la disciplina dell'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, introducendo dei tetti massimi in ambito di misura della rivalsa rispettivamente importo di condanna per responsabilità amministrativa (il triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo);
- l'introduzione in capo alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private dell'obbligo di assicurazione oppure la previsione di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera;
- che l'obbligo di assicurazione vale anche nei confronti dell'esercente la professione sanitaria che assume un'obbligazione con il paziente. Ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave;



- la novità dell'azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private o all'esercente la professione sanitaria;
- l'introduzione del Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. Il Fondo di garanzia risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria, qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria, qualora l'impresa di assicurazione al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente o, infine, qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa;
- come aspetto da non sottovalutare, che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico delle strutture appunto adibite a funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giuridici.

L'articolo 4/bis della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, che disciplina la commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano, è stato sostituito e successivamente modificato con legge provinciale 21 aprile 2017, n. 4, "Modifiche di leggi provinciali in materia di salute", e legge provinciale 7 agosto 2017, n. 12.

La novella legislativa ha comportato le seguenti modifiche che si riassumono brevemente:

- la competenza della commissione conciliativa, circoscritta all'operato dei soli medici, è stata estesa a tutte le figure professionali in ambito sanitario, quindi ad esempio a infermieri, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio biomedico, fisioterapisti, logopedisti, podologi, odontotecnici, biologi, chimici, fisici, farmacisti, psicologi, ecc.;
- alle due ipotesi del campo d'azione della commissione previste in precedenza e precisamente
 - a) quella in cui il paziente – la norma ora prevede espressamente quanto implicitamente già previsto in passato circa la legittimazione degli aventi causa del paziente – ritiene che la sua salute sia stata danneggiata da un errore nella diagnosi o nella terapia conseguente ad un'azione o omissione commessa da soggetti esercenti la professione medica – ora in considerazione dell'avvenuta estensione – da soggetti esercenti una professione sanitaria nonché
 - b) quella in cui il paziente ritiene che il danno alla sua salute è conseguenza dell'omessa o insufficiente informazione, si aggiunge
 - c) ora una terza ipotesi: l'ipotesi in cui il paziente ritiene di avere subito un danno alla salute in conseguenza di condotte colpose poste in essere in una struttura sanitaria limitatamente ad attività diagnostico-terapeutiche non attribuibili ad uno specifico esercente una professione sanitaria.

Con ciò si è voluto introdurre la competenza della commissione conciliativa anche per casi di responsabilità che sono riconducibili a difetti organizzativi sempre nell'ambito dell'attività diagnostico-terapeutica (per esempio infezioni nosocomiali). In attesa dell'imminente adattamento, resosi necessario con l'entrata in vigore della novella legislativa, del vigente regolamento di esecuzione di cui al decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11, sono state temporaneamente accettate anche le domande alla commissione conciliativa provenienti da pazienti o loro aventi causa che non hanno indicato nessun nominativo di esercente una professione sanitaria.

Il comma 3, dell'articolo 4/bis, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, rinvia al regolamento di esecuzione per quanto attiene alla disciplina della collaborazione – s'intende quella

tra commissione conciliativa e Provincia nonché enti dipendenti dalla Provincia, Azienda sanitaria, altre strutture sanitarie e professionisti/operatori sanitari che hanno un rapporto contrattuale con il servizio sanitario provinciale –, della composizione e nomina nonché dell'organizzazione e del funzionamento della commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario.

Nel rimodellare il citato regolamento con le norme di attuazione alla commissione conciliativa si terrà conto dell'esperienza pluriennale nel frattempo maturata nella gestione della commissione, auspicando che questo importante servizio messo a disposizione dalla provincia a favore sia di chi fruisce di servizi sanitari pubblici e privati offerti in Alto Adige sia delle strutture/dei professionisti erogatori di tali servizi, continui ad essere utilizzato per dare un contributo alla risoluzione stragiudiziale di controversie insorte in questo ambito nonché al miglioramento continuo dei servizi sanitari offerti alla popolazione.

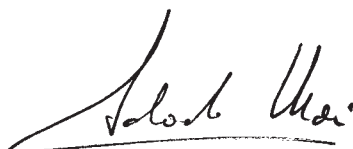
Bolzano, lì 8 maggio 2018

La Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario:

dott. Hans Zelger



dott. Edoardo Armando Mori



dott.ssa Antonia Tessadri



avv. dott.ssa Silvia Winkler



avv. dott. Stephan Vale



Il segretario
dott. Christian Leuprecht

