

COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO



RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ 2018



INDICE

Introduzione	03
01 La competenza della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario	04
02 La composizione della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario	05
03 I principi generali che informano l'attività della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario e il procedimento	06
04 Attività svolta dalla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario nell'anno 2018 e negli anni precedenti	08
05 Casistica	16
06 Conclusioni	19



INTRODUZIONE



entil.mo Signor Assessore,

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 2018 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 Tessadri, medico legale libero professionista in 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 2018 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 2018 E NEGLI ANNI PRECEDENTI

Nel 2018 sono pervenute alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano 30 nuove domande (verso 31 domande presentate nel 2017) che, cumulate con quelle registrate negli anni precedenti, documentano un carico di lavoro complessivo di 356 casi.

DOMANDE PERVENUTE E DEFINITE

Tabella 1 – domande presentate, definite e pendenti per anno (periodo: 01/08/2007 – 31/12/2018)

	domande pervenute	domande definite al 31/12/2018	domande pendenti al 31/12/2018
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	23	0
2017	31	26	5
2018	30	10	20
totale	356	331	25

La tabella 1 evidenzia la sostanziale stabilità del numero di domande presentate ogni anno con un certo calo avuto nell'anno 2016. La tabella riporta il numero di domande definite e pendenti al 31/12/2018 con riguardo anche a domande presentate negli anni precedenti. Da una verifica risulta che nell'anno 2018 sono stati chiusi 23 casi (5 casi del 2016, 8 casi del 2017 e 10 casi del 2018).

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 1.963,47 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 pri-

ma 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 64,89% dei casi pervenuti fino al 31 dicembre 2018).

Le domande sono state presentate da persone di età anagrafica diversa con una media di 50 anni.

In prevalenza le domande sono state presentate alla Commissione conciliativa senza il patrocinio di un legale (in 21 casi) e in cinque casi con questo patrocinio. Quattro domande sono state presentate per il tramite della Difesa civica.

La situazione registrata a fine anno 2018 evidenzia che tutti i casi presentati alla Commissione conciliativa nel 2016 sono stati completati. Restano, invece, da esaminare ancora 5 casi presentati nel 2017 e 20 casi presentati nel 2018 che non sono stati ancora definiti.

Riepilogando, dei 356 casi complessivamente pervenuti all'esame della Commissione conciliativa dalla data del suo insediamento nel 2007 331 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 – 31/12/2018)

modalità di conclusione del procedimento conciliativo	casi pervenuti per anno												totale
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
conciliazione fra le parti	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	9	4	86
proposta di conciliazione o provvedimento finale formulato dalla commissione all'udienza finale	6	13	9	6	9	10	7	9	11	9	4	1	94
transazione al di fuori del procedimento o archiviazione per rinuncia	0	1	0	4	2	5	6	2	1	3	1	1	26
inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	0	41
archiviazione per mancata comparizione del sanitario alla prima udienza	5	5	2	3	2	1	2	0	1	2	3	1	27
archiviazione per mancato incarico alla commissione dopo l'insuccesso del tentativo di conciliazione	3	5	5	2	5	6	5	4	8	1	4	3	51
archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
archiviazione per incompletezza della domanda	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
non competenza della commissione	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
totale dei procedimenti definiti	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	26	10	331
procedimenti pendenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	20	25
totale delle domande pervenute	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	356

Nel 15,41% 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'82,18% dei casi la Commissione ha affrontato il merito della questione: nel 25,98% dei casi le parti hanno raggiunto una conciliazione immediata di fronte alla Commissione; nel 28,40% dei casi la Commissione è stata incaricata di valutare il caso; nel 12,39% dei casi la Commissione, dichiarando la domanda inammissibile, ha sostanzialmente escluso l'errore del sanitario; nel 15,41% 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, senza un'opera diretta di conciliazione, ma a seguito dell'incontro delle parti, un 4,53% dei casi in cui le parti hanno trovato un accordo al di fuori del procedimento conciliativo.

Solo in meno di un caso su dieci (8,16%) 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 – 31/12/2018)

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
2018	23	7	30
totale	293	63	356

Riguardo ai 30 nuovi casi presentati nel 2018, 7 di essi hanno coinvolto professionisti sanitari che agiscono in regime libero-professionale. I rimanenti 23 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 – 31/12/2018)

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	2	4	22
2018	8	5	7	3	23
totale	115	86	49	43	293

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 esi-

stano 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 coinvolto (escluso il caso di domanda incompleta riferito all'anno 2010)

reparto/sanitario	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	totale
ortopedia/medico ortopedico privato	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	8	109
medico dentista/servizio odontoiatrico	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	5	44
chirurgia/medico chirurgo privato	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	3	33
pronto soccorso	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	3	32
ginecologia/ostetricia/medico specialista in ginecologia	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	2	24
oculistica	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	0	14
ortorinolaringoiatria	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	11
medicina interna	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	8
urologia	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	8
chirurgia vascolare e toracica	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	7
medico di medicina generale	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	7
anestesia	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	7
neurochirurgia	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	7
chirurgia plastica	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	6
pediatria/chirurgia pediatrica	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	5
psichiatria	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
dermatologia e venerologia	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	4
radiologia	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
neurologia	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
servizio pneumologico	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
malattie infettive	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
cardiologia	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
oncologia medica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
geriatria	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
ambulatorio di reumatologia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
laboratorio di patologia clinica	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
nefrologia e dialisi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
ematologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
totale	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	30	355

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 odontoiatrico, 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 (1,97% 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
2018	5	21	4	30
totale	104	238	14	356

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 31/12/2018.

DURATA

Tabella 7 – durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2018

	durata media
tutti indistintamente i procedimenti definiti al 31/12/2018	235 giorni
procedimenti che chiudono con un provvedimento di inammissibilità o di archiviazione	148 giorni
procedimenti con conciliazione riuscita	168 giorni

procedimenti in cui la commissione ha valutato il caso senza disporre consulenza tecnica	320 giorni
procedimenti in cui la commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha valutato il caso	550 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 31/12/2018, 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 – 31/12/2018:

	numero dei casi
casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	36
casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	58
totale	94

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 – 31/12/2018 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	118
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	100
totale	218

La tabella 10 evidenzia i procedimenti pervenuti entro il 31/12/2018 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	48 su 356
costo medio della consulenza tecnica	euro 1.963

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 31/12/2018 ammonta a euro 33.257,55.

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
2018	9	21	30
totale	125	231	356

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	2018
età media in anni	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52	50
paziente più giovane in anni	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7	16
paziente più anziano in anni	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94	84



05 CASISTICA

Si espongono sinteticamente alcuni casi trattati nell'anno 2018 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 responsabilità dell'odontoiatra e chirurgo maxillo-facciale, che ha effettuato un'estrazione chirurgica di un certo elemento dentario; la lesione del nervo mentoniero è evento previsto e prevedibile in siffatta chirurgia e come tale evitabile con adozione di adeguate precauzioni (ampia visibilità del campo operatorio, identificazione e protezione del nervo in occasione delle manovre chirurgiche); non sono state peraltro evidenziate condizioni anatomiche tali da ritenere la lesione nervosa inevitabile. La lesione nervosa è da ritenersi lesione iatrogena che ha integrato un danno biologico permanente;
- non sussiste responsabilità del sanitario del Pronto soccorso che, di fronte a paziente che riferiva "intensi dolori lombari", senza effettuare alcun esame diagnostico strumentale, aveva accertato una pseudosciatica a sinistra, e aveva dimesso la paziente a casa con indicazione di assunzione di medicinale antidolorifico, esercizi di allungamento muscolare nonché con indicazione di ripresentarsi al bisogno o in caso di comparsa di fatti nuovi. Un esame diagnostico, effettuato privatamente in considerazione della persistenza dei forti dolori lombari, ha evidenziato un'ernia discale posterolaterale e la paziente si è sottoposta a intervento chirurgico di discectomia microchirurgica presso struttura sanitaria privata. Nel rispetto delle indicazioni – linee guida – esistenti all'epoca in presenza di punti trigger (punti dolorosi) muscolari, di un Lasegue dubbio ai gradi massimi a sinistra (la positività di tale manovra omolaterale è sensibile, ma non specifica per ernia discale), e in assenza di deficit neurologici, correttamente non sono stati disposti accertamenti strumentali di radiodiagnostica, in quanto non indicati in base alle linee guida e pericolosi per la salute della paziente. Correttamente presso il Pronto soccorso è stata effettuata terapia conservativa farmacologica antalgica, e la paziente è stata dimessa con rinvio al medico curante per ulteriori approfondimenti e cure, con indicazione a ripresentarsi al bisogno o se comparivano fatti nuovi. L'attesa prima dell'intervento, in assenza di segni di cauda equina che rappresenta l'unica indicazione assoluta ad intervento in emergenza, è motivata con le possibili complicanze intra e postoperatorie legate all'intervento di discectomia, e con la facile risoluzione spontanea del quadro. A prescindere da quanto rilevato sull'an della responsabilità, anche in punto quantum risarcitorio richiesto vi è da sottolineare che le spese di cura private sostenute dalla paziente non sarebbero state in ogni caso risarcite. Predette spese, infatti, se manca la prova che queste siano state necessarie per la cura della patologia del paziente, per non essere legate a terapie analogamente efficaci erogabili dal Servizio sanitario nazionale, non sono rimborsabili (cfr. Cass. n. 8693 del 29/04/2015, secondo cui, se il danneggiato ritiene di utilizzare strutture private per ragioni personali, non può essergli riconosciuto alcun indennizzo a fronte di esborsi per cure che avrebbe potuto ottenere gratuitamente);
- sussiste responsabilità del chirurgo che in paziente che ha subito trauma alla spalla destra ha eseguito intervento di inserimento protesi non cementata alla spalla destra, senza eseguire un corretto planning preoperatorio, omettendo di effettuare indagini mirate al fine di stabilire se vi fossero o meno controindicazioni all'intervento (rappresentate da struttura muscolare della spalla gravemente danneggiata, paralisi o grave danno della cuffia e del deltoide, spalla neurologica); l'effettuazione di mera ecografia non ha permesso di operare il corretto approccio chirurgico, mentre le dovute indagini sarebbero consistite in una TAC, anche con ricostruzione 3D, per lo studio delle strutture ossee, ed una RMN per giudicare le condizioni della cuffia dei rotatori, che presumibilmente avrebbero comportato l'inserimento di protesi detta inversa, che invertendo le componenti articolari, attraverso la modificata biomeccanica scapolomerale, avrebbe permesso una buona ripresa funzionale anche in assenza della cuffia dei rotatori;

- non sussiste responsabilità dei neurochirurghi che hanno sottoposto una paziente a intervento per ernia discale intraforaminale L5-S1 rispettivamente a successivo intervento di revisione. I neurochirurghi vengono rimproverati per avere causato una frattura del processo articolare superiore della faccetta articolare destra nonché una sindrome radicolare L5. Il fatto di avere atteso due mesi tra il primo intervento e l'intervento di revisione avrebbe, secondo la paziente, comportato una compressione persistente della radice nervosa L5. Durante l'intervento di revisione si sarebbe inoltre verificata, sempre secondo la paziente, la frattura del processo articolare superiore della faccetta articolare destra nel tratto lombare con conseguenze negative in merito alla già presente lesione della radice nervosa L5. Un controllo elettromiografico è risultato negativo circa deficit neurologici dei muscoli innervati a livello di L5. Rispetto invece alla frattura del processo articolare superiore della faccetta articolare è molto probabile che questa si sia verificata spontaneamente tra il primo intervento ed un intervento effettuato in seguito come conseguenza di sovraccarico in presenza di instabilità delle vertebre lombari ed una faccetta articolare già indebolita per via dei precedenti interventi;
- sussiste responsabilità del chirurgo plastico che ha sottoposto una paziente a interventi di mastoplastica additiva, di revisione di cicatrice addominale e correzione nella parte intima. Lo spostamento della protesi mammaria sinistra in posizione eccessivamente elevata è dovuto ad una non corretta realizzazione della tasca retropettorale. L'intervento di revisione di cicatrice addominale non è andato a buon fine, in quanto non è stato centrato l'obiettivo di abbassare la cicatrice al punto di consentirne l'invisibilità indossando gli slip. L'intervento in regione vulvare, cioè la ninfoplastica, avrebbe dovuto portare ad una riduzione delle piccole labbra, non alla loro eliminazione. Nessuna delle diverse metodiche tecniche prevede l'asportazione totale o subtotale delle piccole labbra. Il medico ha peraltro di fatto operato una resezione delle piccole labbra eccessivamente generosa;
- non sussiste responsabilità del medico ortopedico che ha dimesso una paziente che si era infortunata con una falciatrice dopo l'effettuazione di una radiografia e applicando una terapia con antidolorifici. In considerazione della persistenza del dolore lombare la paziente due settimane dopo si è di nuovo rivolta al Pronto soccorso e in tale occasione le è stata prescritta una risonanza magnetica. La paziente ha effettuato tale esame di propria iniziativa in struttura privata, in quanto altrimenti avrebbe dovuto attendere quattro mesi. È stata diagnosticata una frattura vertebrale D12. La paziente rimprovera al medico curante di non avere visto e curato correttamente la frattura vertebrale e di avere curato soltanto l'osteoporosi, l'artrosi e i dolori cronici alla schiena con degli antidolorifici. È vero che l'ortopedico non ha visto la frattura subito dalla paziente, ma questo è dovuto al fatto che la frattura non era visibile dalla radiografia e inoltre non c'era nessun sospetto di frattura vertebrale per mancanza di deficit neurologici. L'azienda sanitaria ha subito disposto un esame radiografico, ha indagato il sospetto di frattura vertebrale, ha escluso tale sospetto in un primo momento, implementando comunque la terapia in maniera tale che sarebbe stata corretta anche in caso di frattura vertebrale; ha inoltre proposto una risonanza magnetica nell'ipotesi in cui la terapia conservativa con antidolorifici e l'applicazione di un busto non dovesse sortire l'effetto sperato, esame che la paziente ha effettuato tempestivamente e di sua iniziativa in una struttura privata, proponendo l'azienda sanitaria alla paziente infine, anche in base al referto della risonanza magnetica, un intervento chirurgico, intervento che la paziente da ultimo ha rifiutato. Indipendentemente dall'ipotesi che non sussisterebbero possibili terapie di fratture osteoporotiche, la circostanza che la paziente, a seguito dell'effettuazione a sua iniziativa di risonanza magnetica, ha continuato con la terapia che le era stata precedentemente proposta dai medici curanti, dimostra che anche una risonanza magnetica effettuata dall'azienda sanitaria anticipatamente non avrebbe sostanzialmente cambiato la terapia scelta;
- non sussiste responsabilità dei chirurghi che al fine di indagare circa la presenza di una neoformazione annessiale rispettivamente esclusione di un tumore maligno, in considerazione del sospetto di malignità, hanno interrotto la laparoscopia diagnostica, convertendola in minilaparotomia con esame istologico. Agli stessi medici non può essere fatto un rimprovero circa manchevolezze nell'indagare e trattare un mioma nell'utero, già presente prima dell'intervento effettuato dai sanitari curanti, in quanto la terapia da implementare differisce in base alla grandezza e posizione del mioma. Nel caso

concreto il mioma andava tenuto sotto osservazione, ma senza ulteriore terapia. Non c'era pertanto l'indicazione di effettuare, come poi concretamente avvenuto in altro ospedale da parte di altri medici, un'isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente con salpingectomia totale monolaterale, che ha comportato, a prescindere da una durata di guarigione più lunga, un'incontinenza urinaria da sforzo come possibile, prevedibile, ma non evitabile conseguenza dell'intervento;

- sussiste la responsabilità degli urologi che hanno sottoposto ad intervento alla vescica una paziente sofferente di incontinenza urinaria in presenza di cistocele, causando durante l'intervento la rottura della vena iliaca con emorragia copiosa. I colleghi chirurghi vascolari accorsi hanno risolto l'emorragia con ricostruzione della vena iliaca interna sinistra, provocando una lesione parziale del nervo femorale a sinistra. La compressione del nervo femorale era peraltro inevitabile e necessario per controllare il sanguinamento venoso. La lesione del nervo può essere imputata causalmente ai medici urologi che hanno operato la paziente. Il comportamento dei chirurghi vascolari che ha scongiurato il rischio provocato originariamente dal comportamento degli urologi, ponendo la paziente in pericolo di morte, non ha effetto interruttorio del nesso causale.



06 CONCLUSIONI

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

Con l'entrata in vigore il 1° aprile 2017 della 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", sono state introdotte molte novità in ambito di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, e in particolare l'obbligatorietà del tentativo di conciliazione, 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, ricorrendo al procedimento di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile.

A tale riguardo si è potuto constatare che il ricorso alla procedura di conciliazione facoltativa davanti alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario è sostanzialmente rimasto invariato nell'anno 2018 rispetto agli anni precedenti, probabilmente per la circostanza che pazienti e medici/strutture sanitarie si convincono della concreta utilità di questo servizio di valutazione tecnico-giuridica di casi di presunta malpractice sanitaria, messo a disposizione dalla pubblica Amministrazione a favore di pazienti e operatori sanitari.

La novella legislativa all'articolo 4/bis della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, introdotta dalle leggi provinciali 21 aprile 2017, n. 4 e 7 agosto 2017, n. 12, ha comportato l'estensione della competenza della Commissione conciliativa all'operato di tutte le figure professionali in ambito sanitario nonché l'estensione della competenza della Commissione a valutare anche casi di responsabilità che sono riconducibili a difetti organizzativi sempre nell'ambito dell'attività diagnostico-terapeutica.

In sede di revisione del regolamento di esecuzione alla Commissione conciliativa si ha dovuto constatare che un aspetto organizzativo dell'organismo conciliativo va disciplinato con disposizione di legge per cui, prima di poter formalmente emanare il nuovo regolamento, si renderà necessario procedere a ulteriore modifica del disposto legislativo. Nelle more continua ad applicarsi il regolamento di cui al decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11.

Si auspica che il servizio di conciliazione facoltativa 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, 17 giugno 2019

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

