



COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO



RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ 2022

INDICE

Introduzione.....	pag. 3
1 La competenza della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario.....	pag. 4
2 La composizione della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario.....	pag. 5
3 I principi generali che informano l'attività della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario e il procedimento.....	pag. 6
4 Attività svolta dalla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario nell'anno 2022 e negli anni precedenti.....	pag. 8
5 Casistica.....	pag. 17
6 Conclusioni.....	pag. 19



INTRODUZIONE

Gentil.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 alla/al paziente 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 difensivista. 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 alla/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.

1 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 una/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 la/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 la/il paziente abbia subito un danno alla salute in conseguenza di omessa o insufficiente informazione;
- c) che la/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 una specifica/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 una specifica/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.



2 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 una specifica/uno specifico esercente una professione sanitaria.

La Commissione conciliativa ai sensi dell'articolo 4/bis, comma 4, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, nonché del decreto dell'Assessore 15 ottobre 2020, n. 18787, era nell'anno 2022 così composta (due avvocati, scelti rispettivamente tra una terna di nominativi proposta dall'Ordine degli Avvocati di Bolzano; uno di essi svolge la funzione di presidente; un medico con specializzazione in medicina legale, che non ha alcun rapporto professionale con il servizio sanitario provinciale, scelto tra una terna di nominativi proposta dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bolzano fra docenti universitari, fra dirigenti medici che hanno prestato servizio per almeno dieci anni presso enti del servizio sanitario pubblico o altri enti pubblici oppure fra dirigenti medici liberi professionisti in attività da almeno 15 anni):

Presidente effettiva:

dott.ssa Silvia Winkler, avvocatessa in Bressanone;

Presidente supplente:

dott. Michael Pichler, avvocato in Bolzano;

Componente effettivo:

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

Componente supplente:

posto vacante per dimissione del membro;

Componente effettivo:

dott. Stephan Vale, avvocato in Bolzano;

Componente supplente:

dott. Werner Kirchler, avvocato in Brunico.

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.

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

L'articolo 4/bis della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, è stato novellato nel 2019 e 2020 con le leggi provinciali 24 settembre 2019, n. 8, e 27 marzo 2020, n. 2. Con riguardo all'anno 2022 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".

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.

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.

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'interessata/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.

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

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

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

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



4 ATTIVITÀ SVOLTA DALLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO NELL'ANNO 2022 E NEGLI ANNI PRECEDENTI

Nel 2022 sono pervenute alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano 22 nuove domande (verso 18 domande presentate nel 2021) che, cumulate con quelle registrate negli anni precedenti, documentano un carico di lavoro complessivo di 437 casi.

Tabella 1 – domande presentate, definite e pendenti per anno (periodo: 01/08/2007 – 31/12/2022)

	domande pervenute	domande definite al 31/12/2022	domande pendenti al 31/12/2022
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	31	0
2018	30	30	0
2019	27	27	0
2020	14	11	3
2021	18	10	8
2022	22	4	18
totale	437	408	29

La tabella 1 evidenzia la sostanziale stabilità del numero di domande presentate ogni anno con un certo calo avuto nell'anno 2016 e negli anni 2020, 2021 e 2022, molto probabilmente dovuto all'emergenza sanitaria da SARS-COV-2. La tabella riporta il numero di domande definite e pendenti al 31/12/2022 con riguardo anche a domande presentate negli anni precedenti. Da una verifica risulta che nell'anno 2022 sono stati chiusi 20 casi (3 casi del 2019, 4 casi del 2020, 9 casi del 2021 e 4 casi del 2022).

Dalle risultanze statistiche risulta anche la sostanziale stabilità dei tempi di ultimazione del procedimento conciliativo con una durata media, nelle conciliazioni riuscite (fase conciliativa del procedimento), di ca. 6 mesi.

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 poco più di un anno e mezzo per i casi valutati in consulenza tecnica esterna) sia le spese per le stesse (in media euro 2.115,00 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 65,45% dei casi pervenuti fino al 31 dicembre 2022).

Le domande sono state presentate da persone di età anagrafica diversa con una media di 56 anni.

In prevalenza le domande sono state presentate alla Commissione conciliativa senza il patrocinio di un legale (in 14 casi) e in cinque casi con questo patrocinio. Tre domande sono state presentate per il tramite della Difesa civica.

La situazione registrata a fine anno 2022 evidenzia che tutti i casi presentati alla Commissione conciliativa nel 2019 sono stati completati. Restano, invece, da esaminare ancora 3 casi presentati nel 2020, 8 casi presentati nel 2021 e 18 casi presentati nel 2022 che non sono stati ancora definiti.

Riepilogando, dei 437 casi complessivamente pervenuti all'esame della Commissione conciliativa dalla data del suo insediamento nel 2007 408 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 – 31/12/2022)

modalità di conclusione del procedimento conciliativo	casi pervenuti per anno																totale
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	2
conciliazione fra le parti (fase conciliativa del procedimento)	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	9	10	4	2	5	2	105
proposta di conciliazione o provvedimento finale formulato dalla commissione all'udienza finale (fase valutativa del procedimento)	6	13	9	6	9	10	7	9	11	9	9	10	15	5	2	0	130
transazione al di fuori del procedimento o archiviazione per rinuncia	0	1	0	4	2	5	6	2	1	3	1	2	3	3	2	1	36
inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	1	1	0	0	1	44
archiviazione per mancata comparizione del sanitario alla prima udienza	5	5	2	3	2	1	2	0	1	2	3	2	0	0	0	0	28
archiviazione per mancato incarico alla commissione dopo l'insuccesso del tentativo di conciliazione	3	5	5	2	5	6	5	4	8	1	4	5	2	1	1	0	57
archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5
archiviazione per incompletezza della domanda	0	0	0	1	0	0	0	0	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	0	0	0	0	2
totale dei procedimenti definiti	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	11	10	4	408
procedimenti pendenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	18	29
totale delle domande pervenute	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	437

Nel 13,97% 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'82,35% dei casi la Commissione ha affrontato il merito della questione: nel 25,74% dei casi le parti hanno raggiunto una conciliazione immediata di fronte alla Commissione; nel 31,86% dei casi la Commissione è stata incaricata di valutare il caso; nel 10,78% dei casi la Commissione, dichiarando la domanda inammissibile, ha sostanzialmente escluso l'errore del sanitario; nel 13,97% 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 4,66% dei casi in cui le parti hanno trovato un accordo al di fuori del procedimento conciliativo.

Solo in meno di un caso su dieci (6,86%) 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.

Tabella 3 – status giuridico del personale sanitario coinvolto (periodo 01/08/2007 – 31/12/2022)

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
2019	26	1	27
2020	10	4	14
2021	15	3	18
2022	20	2	22
totale	364	73	437

Riguardo ai 22 nuovi casi presentati nel 2022, 2 di essi hanno coinvolto professionisti sanitari che agiscono in regime libero-professionale. I rimanenti 20 casi hanno, invece, riguardato professionisti sanitari che lavorano nelle strutture pubbliche del Servizio sanitario provinciale con la seguente distribuzione territoriale.

Tabella 4 – distribuzione territoriale del personale del servizio sanitario provinciale (periodo 01/08/2007 – 31/12/2022)

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
2019	14	6	4	2	26
2020	3	5	1	1	10
2021	6	6	1	2	15
2022	7	4	8	1	20
totale	145	107	63	49	364

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.

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	2019	2020	2021	2022	totale
ortopedia/medico ortopedico privato	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	8	7	5	5	5	131
medico dentista/servizio odontoiatrico	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	5	1	1	0	1	47
chirurgia/medico chirurgo privato	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	3	3	1	3	3	43
pronto soccorso	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	3	5	3	0	3	43
ginecologia/ostetricia/medico specialista in ginecologia	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	2	2	0	2	1	29
oculistica	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	18
ortorinolaringoiatria	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	15
urologia	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	10
neurochirurgia	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	10
medicina interna	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	9
chirurgia vascolare e toracica	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	8
medico di medicina generale	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	8
chirurgia plastica	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	1	0	8
anestesia	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	7
psichiatria	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	7
pediatria/chirurgia pediatrica	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	6
dermatologia e venerologia	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4
radiologia	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4
neurologia	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
cardiologia	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4
servizio pneumologico	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
malattie infettive	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
geriatria	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
oncologia medica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
nefrologia e dialisi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
ambulatorio di reumatologia	0	0	0	1	0	0	0	0	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	0	0	0	0	1
ematologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
radioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
igiene e sanità pubblica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
totale	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	436

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 (1,83% 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.

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
2019	12	12	3	27
2020	7	7	0	14
2021	6	6	6	18
2022	5	14	3	22
totale	134	277	26	437

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 esigua ricorrendo alla Difesa civica.

La tabella 7 riassume la durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2022.

Tabella 7 – durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2022

	durata media
tutti indistintamente i procedimenti definiti al 31/12/2022	263 giorni
procedimenti che chiudono con un provvedimento di inammissibilità o di archiviazione	165 giorni
procedimenti con conciliazione riuscita	178 giorni
procedimenti in cui la commissione ha valutato il caso senza disporre consulenza tecnica	336 giorni
procedimenti in cui la commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha valutato il caso	572 giorni

La durata media di tutti i procedimenti indistintamente è, quindi, di poco meno di 9 mesi; quella dei procedimenti conclusi con la consulenza tecnica esterna è, invece, di poco più di un anno e mezzo.

La tabella 8 evidenzia i casi, definiti al 31/12/2022, 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.

Tabella 8 – casi valutati dalla Commissione conciliativa nel periodo 01/08/2007 – 31/12/2022:

	numero dei casi
casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	45
casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	85
totale	130

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 – 31/12/2022 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	142
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	129
totale	271

La tabella 10 evidenzia i procedimenti pervenuti entro il 31/12/2022 in cui la Commissione ha nominato un consulente tecnico nonché il costo medio delle consulenze tecniche:

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

procedimenti con nomina di consulente tecnico	72 su 408
costo medio della consulenza tecnica	euro 2.115,00

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 31/12/2022 ammonta a euro 51.225,55.

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 indifferente la lingua italiana o tedesca.



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
2019	11	16	27
2020	3	11	14
2021	6	12	18
2022	6	16	22
totale	151	286	437

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

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

	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
età media in anni	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52	50	56	49	57	56
paziente più giovane in anni	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7	16	12	4	22	12
paziente più anziano in anni	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94	84	86	77	91	88



5 CASISTICA

Si espongono sinteticamente alcuni casi trattati nell'anno 2022 e anni precedenti 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:

- non sussiste responsabilità professionale sanitaria dei sanitari che hanno sottoposto un paziente, a seguito di infortunio con caduta accidentale sui glutei e colonna lombare a destra, ad intervento di asportazione ernia discale L2-L3 unicamente in rapporto con la fuoriuscita dell'ernia con altissima probabilità conseguente al trauma, indipendentemente dalle condizioni precedenti del rachide lombare del paziente. Un successivo esame di risonanza magnetica molto probabilmente male refertato con diagnosi radiologica di ernia discale destra L2-L3 ha comportato che il paziente ritenesse che il precedente intervento non fosse stato risolutivo, mentre in base alla c.t.u. risulta di gran lunga più probabile, grazie anche alla diagnosi differenziale a seguito effettuazione di un'ulteriore risonanza magnetica qualche mese dopo, che si sia scambiata una nota modificazione anatomica post intervento del focolaio operatorio per una persistenza di materiale discale. Un successivo intervento a livello di L4-L5 reso necessario non risulta essere in nesso causale con l'infortunio rispettivamente l'intervento a livello di L2-L3, ma dovuto alla situazione di salute preesistente del paziente, già trattato chirurgicamente a livello di L4-L5 circa una decina di anni prima;
- sussiste responsabilità professionale dei sanitari che, non attenendosi alle linee guida e raccomandazioni applicabili al momento del fatto, non hanno adeguatamente monitorato l'andamento, a circa 48 ore dalla nascita di un bambino, di un valore di bilirubina totale di 11 mg/dl, cioè un valore patologico che poteva rappresentare teoricamente una condizione di rischio di sviluppare iperbilirubinemia severa. Ciò imponeva la programmazione di un adeguato follow up che doveva essere effettuato entro due giorni. La visita di controllo è stata effettuata a tre giorni dalla dimissione e comunque senza verificare strumentalmente la bilirubina, in soggetto di colorito cutaneo scuro e senza tenere conto che la stima visiva dei livelli di bilirubina ricavata dal colorito itterico può portare ad errori particolarmente nei bambini con pigmentazione scura. Solamente altri due giorni dopo i sanitari si sono accorti dello stato in cui versava il neonato, quando però la situazione del bambino era già gravemente compromessa e senza che le cure immediatamente implementate (fototerapia e exsanguinotrasfusione) avessero avuto successo, integrando in definitiva un danno biologico permanente stimabile in poco meno del 100%, considerato che il bambino presenta tetraparesi spastica distonica, deficit cognitivo, deficit neurosensoriale visivo e uditivo con conseguente perdita dell'autonomia personale e necessità di assistenza continuativa;
- non sussiste responsabilità del medico chirurgo che ha correttamente effettuato un intervento chirurgico per l'alluce valgo, intervento che purtroppo ha una percentuale relativamente alta (mediamente il 16% dei casi), in cui, nonostante l'intervento fosse stato correttamente eseguito, presenta, come nel caso concreto della paziente coinvolta, la ricomparsa del quadro (recidiva), con la necessità di reintervenire. È poi inevitabile che un intervento complesso come quello per l'alluce valgo, modificando gli assi e gli angoli delle singole ossa interessate (metatarsi, falangi), modificando i tendini, cambi comunque l'assetto del piede che non torna mai come prima della comparsa del valgismo dell'alluce che ha portato al primo intervento;
- sussiste la responsabilità del medico di turno del pronto soccorso che, nel caso di un paziente che aveva subito un trauma minore dieci giorni prima, si era recato al pronto soccorso dell'ospedale per chiarire il sospetto di trombosi venosa profonda dovuta a un dolore al polpaccio. Il medico di turno, prescindendo da un'ecografia Doppler eseguita probabilmente in modo superficiale, ha ommesso di ricoverare il paziente prima ancora che fossero disponibili ulteriori risultati di laboratorio e, in particolare, un valore di D-dimero aumentato, per il quale si sarebbe dovuto ripetere l'esame ecografico Doppler, e inoltre non ha riammesso il paziente per ulteriori chiarimenti dopo che erano disponibili i valori critici di laboratorio. La conseguenza di tutto ciò è stata che il giorno successivo il paziente ha avuto un'embolia polmonare e una fibrillazione atriale a causa della trombosi venosa profonda che probabilmente esisteva già dal giorno prima, che ha richiesto un trattamento

d'emergenza e il paziente ha dovuto successivamente essere sottoposto ad ablazione con catetere;

- non sussiste responsabilità del personale sanitario che ha sottoposto un paziente, su corretta e condivisibile indicazione, alla procedura diagnostica di coronaroangiografia, considerato che l'accesso radiale rispetto all'accesso femorale di una volta oggi rappresenta il gold standard e che la procedura è stata eseguita nel rispetto di tutti i presidi e di tutte le tecniche disponibili per ridurre il rischio di occlusione dell'arteria radiale quali l'impiego di eparina parenterale, l'appropriato diametro dell'introduttore, la breve durata dell'esame coronarografico, l'efficace e sicuro sistema di compressione radiale, il corretto tempo di compressione dell'arteria post angiografia, per cui il verificarsi dell'occlusione dell'arteria radiale a distanza di 36 ore dalla procedura costituisce mera complicanza prevedibile, ma purtroppo non sempre prevenibile, pur adottando presidi e tecniche specifiche proprio per evitare tale complicanza;
- sussiste responsabilità del medico ortopedico e della struttura sanitaria che non avevano adeguatamente trattato rispettivamente avevano organizzato con forte ritardo il trasferimento in struttura sanitaria specializzata di un paziente che aveva subito un trauma complesso dallo spaccalegna con grandi ferite da lacerazione-schiacciamento alle dita 3-4-5 della mano destra, con danni alle fibre nervose del 4° e 5° dito e una frattura in più parti del primo e secondo arto del 5° dito;
- non sussiste responsabilità del medico ortopedico che, nei confronti di paziente che a seguito di infortunio sciistico si è rivolto al Pronto soccorso, ha disposto accertamento radiologico del ginocchio sinistro, diagnosticando sia la distorsione sia il sospetto di una lesione del legamento crociato anteriore e, considerato il lieve versamento articolare, ha correttamente indicato la necessità di un esame di secondo livello con risonanza magnetica per verificare o falsificare la propria ipotesi diagnostica. In tale occasione non vi era sospetto di distacco del legamento rotuleo, per cui il medico ha correttamente prescritto la risonanza magnetica con priorità solo programmabile e non urgente. La prescrizione di visite urgenti anche a prescindere da eventuali sospetti del medico curante, sarebbe un comportamento non esigibile e non corretto per ovvi motivi legati alla buona gestione del Servizio sanitario e per evitare quello che è generalmente chiamato "medicina difensiva";
- sussiste responsabilità dei sanitari che avevano provveduto al cambio di generatore ICD-CRT in esaurimento in paziente immunodepresso e affetto da numerose comorbidità senza badare ai rischi di infezione di dispositivi intercardiaci (rischio di infezione da stafilococcus epidermidis) e senza procedere ad una mirata profilassi antibiotica preoperatoria, fatto che alla fine ha comportato il decesso del paziente.



6 CONCLUSIONI

La grave situazione emergenziale da SARS-COV-2 degli ultimi tre anni – recentemente in data 5 maggio 2023 l'Organizzazione mondiale della Sanità ha ufficialmente dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria – ha fortemente condizionato anche il numero delle domande conciliative presentate in tale periodo nonché l'attività della Commissione conciliativa che è stata interrotta per alcuni mesi per poi essere ripristinata – per un certo periodo di tempo – in un contesto non del tutto ottimale con colloqui conciliativi organizzati in modalità di videoconferenza.

Di recente si è potuto constatare nuovamente un certo aumento delle domande conciliative che potrebbe essere segno di 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 risalente all'anno 2020 ha comportato l'estensione della competenza della Commissione conciliativa all'operato di tutte le figure professionali in ambito sanitario, 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 e, infine, ha modificato la composizione della Commissione conciliativa, sostituendo il magistrato attivo o in pensione, alla cui nomina in base alla normativa vigente non è più possibile procedere, con un secondo avvocato. La Commissione conciliativa attualmente si compone pertanto di due avvocati – uno di questi svolge la funzione di Presidente della Commissione – e un medico con specializzazione in medicina legale, che non deve avere alcun rapporto professionale con il servizio sanitario provinciale, così sottolineando il necessario ruolo imparziale di coloro a cui spetta valutare casi di presunta malpractice sanitaria.

Continua ancora ad applicarsi il regolamento di cui al decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11, che, a seguito delle esperienze maturate sin dall'introduzione della Commissione conciliativa, potrebbe prossimamente essere oggetto di revisione.

Si auspica comunque 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, 30 maggio 2023

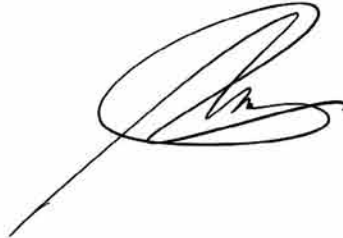


La Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario:

avv.ta dott.ssa Silvia Winkler



avv. dott. Michael Pichler



dott.ssa Antonia Tessadri



avv. dott. Stephan Vale



avv. dott. Werner Kirchner



Il segretario
Christian Leuprecht

