

Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica

RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ 2014



Indice

01	LA COMPETENZA DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA.....	05
02	LA COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA	06
03	I PRINCIPI GENERALI CHE INFORMANO L'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA E IL PROCEDIMENTO	07
04	ATTIVITÀ SVOLTA DALLA COMMISSIONE CONCILIATIVA PER QUESTIONI DI RESPONSABILITÀ MEDICA NELL'ANNO 2014	09
05	CASISTICA	20
06	CONCLUSIONI	22

Introduzione

Gentil.ma Signora Assessora,

la Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano è stata istituita 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 medici, pur sempre possibili nell'esercizio di un'attività che conserva un potenziale livello di rischio intrinseco non riducibile a zero, devono essere eventualmente riconosciuti nell'ottica di garantire al cittadino un giusto risarcimento senza dover ricorrere agli organi giurisdizionali.

Gli errori medici 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 medici che ha portato a un drammatico 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 medici 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 che, come si diceva, mostra abnormi e preoccupanti livelli di crescita esponenziale purtroppo non limitati dalla 'riforma Balduzzi' data alla responsabilità professionale e con la parziale abolitio criminis da essa introdotta nell'ipotesi della sola imperizia quando il professionista abbia seguito le 'linee-guida' e le 'buone pratiche' purchè accreditate a livello scientifico internazionale.

Evidentemente, 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 medica

L'ambito di azione della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano è circoscritto a due ipotesi ben precise: (a) ai "casi in cui un paziente ritiene che la propria salute sia stata danneggiata da un errore nella diagnosi o nella terapia quale conseguenza di un'azione od omissione proveniente da soggetti esercenti la professione medica"; (b) ai "casi in cui si sostiene che il danno alla salute è una conseguenza dell'omessa o irregolare informazione".

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

L'ambito di azione della Commissione conciliativa è limitato ai servizi sanitari erogati da medici sia di qualifica pubblica che privata sul territorio della Provincia di Bolzano.



02 La composizione della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica

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

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

Con deliberazione 10 giugno 2013, n. 869, la Giunta provinciale ha nominato i membri della Commissione per il triennio giugno 2013 – giugno 2016. Nell'anno 2014 la Commissione conciliativa era così composta:

Presidente effettivo:

posto vacante per negata autorizzazione da parte del Consiglio superiore della Magistratura a presiedere attivamente la Commissione conciliativa;

Presidente supplente:

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

Componente effettivo:

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

Componente supplente:

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

Componente effettivo:

Dott. Stephan Vale, avvocato in Bolzano;

Componente supplente:

Dott.ssa Silvia Winkler, avvocato in Bressanone.

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 medica e il procedimento

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

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

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

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

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, il nominativo del medico o dei medici coinvolti nonché, eventualmente, l'azienda sanitaria dove essi operano e contiene, infine, una breve descrizione del fatto in cui deve indicare esplicitamente quali sono le censure mosse al comportamento professionale.

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

VOLONTARIETÀ

GRATUITÀ

sulenza tecnica esterna, i relativi costi sono a carico del bilancio provinciale.

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

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 medici coinvolti e dall'Azienda sanitaria in cui essi lavorano.

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

04 Attività svolta dalla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica nell'anno 2014

Nel 2014 sono pervenute alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano 33 nuove domande (verso 32 domande presentate nel 2013) che, cumulate con quelle registrate negli anni precedenti, documentano un carico di lavoro complessivo di 241 casi.

Tabella 1 – Domande presentate, definite e pendenti per anno (periodo: 01/08/2007 – 31/12/2014)

	Domande pervenute	Domande definite al 31/12/2014	Domande pendenti al 31/12/2014
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	28	4
2014	33	17	16
Totale	241	221	20

**DOMANDE
PERVENUTE E DEFINITE**

La tabella 1 evidenzia la sostanziale stabilità del numero di domande presentate ogni anno (33 domande presentate nel 2014 verso 32 domande presentate nel 2013). La tabella riporta il numero di domande definite e pendenti al 31/12/2014 con riguardo anche a domande presentate negli anni precedenti. Da una verifica risulta che nell'anno 2014 sono stati chiusi 29 casi (5 casi del 2012, 7 casi del 2013 e 17 casi del 2014).

Dalle risultanze statistiche risulta anche la sostanziale stabilità dei tempi di ultimazione del procedimento conciliativo con una durata media, nelle conciliazioni riuscite, di poco più di 5 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 meno di un anno e mezzo per i casi valutati in consulenza tecnica esterna) sia le spese per le stesse (in media poco più di euro 1.900,00 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.

Se la lingua prevalente scelta dalle parti in passato è stata quella tedesca, nell'anno 2014 vi è stata una "rimonta" della lingua italiana scelta dal paziente in circa la metà delle domande presentate alla Commissione conciliativa.

Le domande sono state presentate da persone di età anagrafica diversa con una media di 46 anni.

In prevalenza le domande sono state presentate alla Commissione conciliativa senza il patrocinio di un legale (in 25 casi) e in 8 casi con questo patrocinio.

La situazione registrata a fine anno 2014 evidenzia che tutti i casi presentati alla Commissione conciliativa nel 2012 sono stati completati. Restano, invece, da esaminare ancora 4 casi presentati nel 2013 (in un caso per l'intervenuta remissione dell'incarico da parte di un Consulente tecnico ortopedico nominato dalla Commissione conciliativa ed in altri per alcuni rinvii della prima udienza che si sono rivelati necessari) e 16 casi presentati nel 2014 che non sono stati ancora definiti:

sette delle 17 domande presentate e definite nel 2014 sono state ritenute infondate sul piano della ragionevolezza scientifica dalla Commissione conciliativa;

cinque casi sono stati conciliati in sede di prima udienza;

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

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

un caso, infine, è stato archiviato perché parte attrice ha rinunciato al procedimento davanti alla Commissione conciliativa.

Riepilogando, dei 241 casi complessivamente pervenuti all'esame della Commissione conciliativa dalla data del suo insediamento nel 2007 221 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 – 31/12/2014)

Modalità di conclusione del procedimento conciliativo	Casi pervenuti per anno								Totale
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Conciliazione fra le parti	4	5	7	11	8	8	9	5	57
Proposta di conciliazione o provvedimento finale formulato dalla Commissione all'udienza finale	6	13	9	6	9	10	5	1	59
Transazione al di fuori del procedimento o archiviazione per rinuncia	0	1	0	4	2	5	5	1	18
Inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	5	5	0	1	2	7	28
Archiviazione per mancata comparizione del medico alla prima udienza	5	5	2	3	2	1	2	0	20
Archiviazione per mancato incarico alla Commissione dopo l'insuccesso del tentativo di conciliazione	3	5	5	2	5	6	5	3	34
Archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	0	1	1	0	0	0	3
Archiviazione per incompletezza della domanda	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Non competenza della Commissione	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totale dei procedimenti definiti	21	36	28	33	27	31	28	17	221
Procedimenti pendenti	0	0	0	0	0	0	4	16	20
Totale delle domande pervenute	21	36	28	33	27	31	32	33	241



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

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

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

Ad ogni modo si deve concludere per un bilancio assolutamente favorevole del lavoro della Commissione. In circa l'80,6% dei casi la Commissione ha affrontato il merito della questione: nel 25,8% dei casi le parti hanno raggiunto una conciliazione immediata di fronte alla Commissione; nel 26,7% dei casi la Commissione è stata incaricata di valutare il caso; nel 12,7% dei casi la Commissione, dichiarando la domanda inammissibile, ha sostanzialmente escluso l'errore medico; nel 15,4% 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 3,6% dei casi in cui le parti hanno trovato un accordo al di fuori del procedimento conciliativo.

Solo in meno di un caso su dieci (9%) il medico convocato non è comparso. Ma non esiste nemmeno un caso, in cui la controparte non abbia perlomeno preso posizione per iscritto. E si può tranquillamente ipotizzare che in molti casi di mancata conciliazione la parte istante si sia convinta dell'impossibilità di far riconoscere le sue pretese, ed abbia così desistito da ulteriori attività giudiziarie.

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

Tabella 3 – Status giuridico dei medici coinvolti (periodo 01/08/2007 – 31/12/2014)

Anno	Medici del Servizio sanitario pubblico	Medici privati	Totale domande
2007	18	3	21
2008	30	6	36
2009	24	4	28
2010	27	6	33
2011	22	5	27

**MEDICI DEL
SERVIZIO PUBBLICO
E MEDICI PRIVATI**

2012	26	5	31
2013	29	3	32
2014	27	6	33
Totale	203	38	241

Riguardo ai 33 nuovi casi presentati nel 2014, solo 6 di essi hanno coinvolto professionisti medici che agiscono in regime libero-professionale. I rimanenti 27 casi hanno, invece, riguardato professionisti medici che lavorano nelle strutture pubbliche del Servizio sanitario provinciale con la seguente distribuzione territoriale.

Tabella 4 – Distribuzione territoriale dei medici del Servizio sanitario provinciale (periodo 01/08/2007 – 31/12/2014)

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
Totale	77	64	34	28	203

**DOMANDE
VERSO MEDICI
DEI QUATTRO
COMPRESORI
SANITARI**



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

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

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

Reparto/Medico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Totale
Ortopedia / Medico ortopedico privato	5	13	9	12	9	7	14	10	79
Medico dentista/Servizio odontoiatrico	3	1	1	3	3	4	3	7	25
Chirurgia / Medico chirurgo privato	3	1	1	3	4	6	2	3	23
Pronto soccorso	1	4	4	3	1	4	2	0	19
Oculistica	1	2	3	1	1	3	1	1	13
Ginecologia/Medico specialista in ginecologia	0	4	0	1	4	0	1	2	12
Ortorinolaringoiatria	2	1	3	1	0	1	0	0	8
Medicina interna	0	0	0	1	2	1	2	1	7
Chirurgia vascolare e toracica	0	2	2	0	0	0	1	2	7
Ginecologia e Ostetricia	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Medico di Medicina generale	0	1	2	1	0	0	0	0	4
Psichiatria	0	1	0	0	1	1	0	1	4
Pediatria	1	1	0	1	0	0	0	0	3
Neurologia	0	0	0	1	0	2	0	0	3
Urologia	1	0	0	0	1	0	1	0	3
Radiologia	0	1	1	0	0	0	0	1	3
Servizio pneumologico	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Anestesia	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Neurochirurgia	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Dermatologia e Venerologia	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Urologia e Medicina	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Oncologia medica	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Oncologia medica e Radiologia	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Pronto Soccorso, Medicina e Oncologia	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Cardiologia	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Ambulatorio di Reumatologia	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Laboratorio di patologia clinica	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Geriatrics	0	0	0	1	0	0	0	0	1

REPARTI OSPEDALIERI O MEDICI COINVOLTI

Geriatria e Medicina interna	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Pronto soccorso e Stroke unit	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Medico chirurgo plastico e medico radiologo	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Chirurgia pediatrica	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Ginecologia e Radiologia	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Urologia e Day-Hospital centrale internistico	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Totale	21	36	28	32	27	31	32	33	240

Resta confermato che l'area chirurgica ortopedica è quella maggiormente coinvolta in presunti errori diagnostici o terapeutici analogamente ai dati esistenti in ambito nazionale: un terzo circa dei casi attivati ha, infatti, riguardato questa branca specialistica. 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 (1,7% circa dei casi).

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



**ERRORE O VIOLAZIONE
DEL CONSENSO****Tabella 6 – Le cause del ritenuto danno alla salute**

Anno	Errore nella diagnosi o nella terapia	Violazione del consenso informato	Errore nella diagnosi o nella terapia e violazione del consenso informato	Totale domande
2007	16	0	5	21
2008	26	1	9	36
2009	18	0	10	28
2010	29	0	4	33
2011	22	0	5	27
2012	22	0	9	31
2013	23	0	9	32
2014	25	0	8	33
Totale	181	1	59	241

È di tutto interesse evidenziare che negli ultimi tre anni si sia registrato un numero di casi in incremento in cui l'interessato (o chi per esso) censura il comportamento medico non solo sul piano della diligenza professionale ma anche a causa di una cattiva informazione con percentuali che oscillano intorno al 27%. A dimostrazione che l'attività di cura richiede, oggi, una particolare competenza comunicativa senza la quale la diligenza professionale rischia di apparire in secondo piano.

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

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

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
Totale	60	174	7	241

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

La tabella 8 riassume la durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2014.

Tabella 8 – Durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2014

	Durata media
Tutti indistintamente i procedimenti definiti al 31/12/2014	225 giorni
Procedimenti che chiudono con un provvedimento di inammissibilità o di archiviazione	146 giorni
Procedimenti con conciliazione riuscita	159 giorni
Procedimenti in cui la Commissione ha valutato il caso senza disporre consulenza tecnica	325 giorni
Procedimenti in cui la Commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha valutato il caso	532 giorni

DURATA

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

La tabella 9 evidenzia i casi, definiti al 31/12/2014, in cui la Commissione conciliativa ha accertato la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico e quelli in cui tale responsabilità è stata esclusa.



Tabella 9 – Casi valutati dalla Commissione conciliativa nel periodo 01/08/2007 – 31/12/2014:**RESPONSABILITÀ
DEL MEDICO O
ESCLUSIONE DELLA
MEDESIMA**

	Numero dei casi
Casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico	20
Casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico	39
Totale	59

Qualora ai casi di responsabilità accertata dalla Commissione si sommano i casi conciliati con pagamento di somme di danaro (con conseguente presunzione di responsabilità del medico) e ai casi di responsabilità esclusa dalla Commissione si sommano i casi dichiarati inammissibili per manifesta infondatezza della domanda (con conseguente presunzione di esclusione della responsabilità del medico), il risultato sarebbe quello di cui alla seguente tabella 10:

Tabella 10 – Casi valutati dalla Commissione conciliativa nel periodo 01/08/2007 – 31/12/2014 e casi di presunta responsabilità del medico rispettivamente presunta esclusione della responsabilità del medico

	Numero dei casi
Casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico nonché casi di presunta responsabilità del medico	74
Casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del medico/del medico e della struttura sanitaria di appartenenza del medico nonché casi di presunta esclusione della responsabilità del medico	67
Totale	141

La tabella 11 evidenzia i procedimenti pervenuti entro il 31/12/2014 in cui la Commissione ha nominato un consulente tecnico nonché il costo medio delle consulenze tecniche:

Tabella 11 – Numero di consulenze tecniche esterne e costo medio delle consulenze tecniche**CONSULENTE
TECNICO E COSTI**

Procedimenti con nomina di consulente tecnico	30 su 241
Costo medio della consulenza tecnica	euro 1.935

**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 31/12/2014 ammonta a **euro 10.549,77**.

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

Tabella 12 – Lingua del procedimento scelta dalla parte istante

Anno	Lingua italiana	Lingua tedesca	Totale domande
2007	8	13	21
2008	12	24	36
2009	12	16	28
2010	14	19	33
2011	7	20	27
2012	11	20	31
2013	11	21	32
2014	16	17	33
Totale	91	150	241

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

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Età media in anni	49	49	59	55	50	49	48	46
Paziente più giovane in anni	4	11	17	15	13	14	3	neo-nato
Paziente più anziano in anni	69	83	86	89	75	87	90	76

LINGUA SCELTA**ETA' DEI PAZIENTI**

05 Casistica

Si espongono sinteticamente alcuni casi trattati nel 2014 davanti alla Commissione conciliativa e che sono stati definiti o nel senso che sussiste una responsabilità anche solo presunta del medico curante oppure nel senso che detta responsabilità viene esclusa. Per esempio è stato ritenuto che:

ESEMPI

- sussiste errore medico nella diagnosi da parte di più medici per non avere tempestivamente riconosciuto, nonostante l'indicazione data dallo specialista radiologo dello stesso ospedale, un tumore a cellule giganti da cui il paziente era affetto già al momento della sua prima presentazione all'ospedale, limitandosi i medici indicati in domanda a curare una distorsione del ginocchio senza approfondire la natura della lesione, con la conseguenza che la situazione di salute del paziente sarebbe peggiorata nel tempo intercorso tra questa data e la data di effettiva rilevazione diagnostica del tumore, il tutto con conseguente trattamento ritardato, iter terapeutico prolungato, perdita di chance e, infine, amputazione dell'arto;
- non ricorre errore medico se l'intervento chirurgico per sindrome al tunnel carpale non è stato risolutivo per la persistenza di disturbi al polso con rilievo di positività del segno di Finkelstein, segno patognomico della tendinite di De Quervain che nel caso di specie è ascrivibile alla sindrome algoneurodistrofica, una complicanza nota, prevedibile nei traumi e negli interventi chirurgici a carico degli arti superiori e/o inferiori, ma non prevenibile né evitabile;
- sussiste errore medico nella terapia da parte dei medici curanti per intervento di alluce valgo bilaterale necessario per correggere una deviazione metatarsale che ha portato ad un episodio emorragico; i medici hanno omesso di sottoporre il paziente ad una terapia infusione con farmaci gastroprotettori non solo per la terapia anticoagulante cui il stesso è stato correttamente sottoposto nel post-operatorio ma anche per la sua storia anamnestica e che, già a fronte dei primi segni di emorragia digestiva, avrebbero dovuto sottoporlo alle opportune consulenze specialistiche. Negligente è stato quindi il comportamento dei medici ed imprudente è stato il non avere il paziente sottoposto, nell'immediato post-operatorio, a quegli accertamenti che, del tutto ragionevolmente, avrebbero rivelato quella problematica che si è poi drammaticamente evidenziata il giorno seguente quando l'anemizzazione acuta si associò ad un episodio sincopale;
- non ricorre errore medico di omessa o tardiva diagnosi della frattura della prima vertebra lombare a seguito di caduta accidentale da muretto di giovane paziente sottoposto a consulenza specialistica ortopedica e ad un esame Rx-grafico standard del rachide di difficile interpretazione causa la sovrapposizione di gas intestinale. Non può essere censurato il comportamento professionale del radiologo per non aver in quella fase sottoposto il piccolo paziente ad ulteriori accertamenti radiologici non convenzionali anche perché l'obiettività clinica raccolta in Pronto Soccorso non solo risultò negativa per l'esistenza di deficit motori a carico degli arti inferiori, ma anche perché la palpazione locale non evocava alcuna sintomatologia dolorosa;
- sussiste presunto errore medico nella terapia, avendo il chirurgo in occasione di intervento laparoscopico perforato l'intestino del paziente, fatto riscontrato dai sanitari solo dopo due giorni cagionando al paziente una peritonite e rendendo necessario un intervento chirurgico d'urgenza con ricovero in rianimazione;

- non ricorre errore medico nella diagnosi e nel trattamento di uno strappo muscolare al polpaccio sinistro a seguito di incidente ciclistico, in quanto la lesione muscolare alla gamba sinistra risulta essere correttamente trattata con bendaggio all'ossido di zinco e con ghiaccio. La trombosi venosa sopravvenuta più di due settimane dopo non risulta riconducibile causalmente al comportamento del medico curante. Di fronte alla diagnosi di strappo muscolare posta al paziente non vi era indicazione per una profilassi antitrombotica farmacologica. Il bendaggio all'ossido di zinco, applicato al paziente, viene utilizzato anche come profilassi del tromboembolismo venoso in pazienti a basso rischio di trombosi venosa profonda.



06 Conclusioni

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

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

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

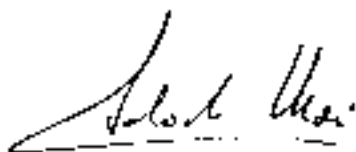
Se questi strumenti paiono essere un'opportunità irrinunciabile che occorre diffondere a largo raggio, un'altrettanto straordinaria opportunità è quella di rafforzare l'approccio reattivo delle politiche di riduzione del rischio come è avvenuto in Provincia di Bolzano. Con la creazione di una Commissione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

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

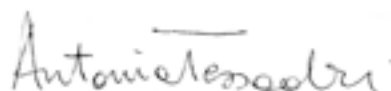
Bolzano, li 27 aprile 2015

La Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica:

Dott. Edoardo Armando Mori



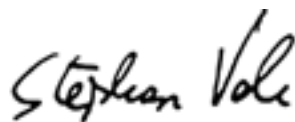
Dott.ssa Antonia Tessadri



Avv. Dott.ssa Silvia Winkler



Avv. Dott. Stephan Vale



Il Segretario
Dott. Christian Leuprecht



