

Ufficio perizie extragiudiziarie FMH

Rapporto sul periodo 2003

Hanspeter Kuhn, avvocato, segretario generale supplente
Nathalie Favre, lic. iur., Servizio giuridico FMH

Nei due Uffici perizie FMH di Berna e Losanna sono state eseguite nel 2003 complessivamente 88 perizie. In 35 casi i periti hanno constatato la presenza di un errore di diagnosi o di cura, in 53 casi non si è constatato alcun errore.

L'Ufficio perizie FMH non è competente per qualsiasi tipo di contenzioso. Il suo compito consiste nel trasmettere ad un perito [1] competente l'incarico peritale quando il paziente ha il sospetto che il medico o l'ospedale siano incorsi in un errore di diagnosi o di cura con conseguente danno alla salute, e solo quando senza la perizia, il paziente e l'assicurazione responsabilità civile del medico o dell'ospedale non hanno trovato un accordo.

Il nuovo regolamento, entrato in vigore nel febbraio 2002, ha soddisfatto le attese. Le informazioni in merito al caso, che come previsto dal nuovo Regolamento riceviamo dal paziente, dal medico/dal suo assicuratore e/o dall'ospedale / dal suo assicuratore, permettono oggi di chiarire molto meglio la questione da esaminare. Ciò incrementa le probabilità che l'Ufficio perizie della FMH attribuisca l'esame della fattispecie in questione al gruppo d'esperti adeguato e assegni loro un incarico peritale corrispondente alle esigenze. D'altro canto ciò permette di riconoscere anticipatamente la complessità di certe fattispecie; in 14 casi si è dovuto incaricare un gruppo di periti per avere il parere degli specialisti di due o tre discipline mediche diverse.

Metodo

Da quando esiste l'Ufficio perizie, è compito dei periti comunicare al termine dell'esame peritale, anche all'Ufficio perizie, la loro conclusione e cioè se hanno constatato un errore di diagnosi o di cura.

La responsabile dell'Ufficio perizie decide in seguito a quale specialità medica applicare la conclusione. Nei casi in cui la perizia copre più discipline, la scelta cade per quanto riconoscibile, sulla specialità maggiormente coinvolta. Esempio: se il gruppo di periti si occupa in primo luogo di ginecologia e solo in secondo tempo di gastroenterologia, e l'errore è confermato in ginecologia e non in gastroenterologia, la perizia è registrata nella categoria «ginecologia, errore confermato» e non si trova sotto «gastroenterologia, errore negato». Se invece, si costata un errore unicamente nella disciplina meno implicata, il caso è registrato sotto quest'ultima, cioè riprendendo l'esempio sopraccitato con il risultato inverso, il caso sarà registrato nella rubrica «gastroenterologia, sì» e non ci sarà traccia sotto

«ginecologia, no». La statistica riflette quindi, il risultato per la paziente, mentre il volume del lavoro svolto dai periti per esaminare il caso è registrato solo in parte.

Nelle statistiche, mancano le conclusioni dei periti in merito alla questione del danno e della causalità, vale a dire, della relazione tra errore e danno. Una valutazione statistica di tale questione, in base al modello «sì» oppure «no», farebbe nascere un'impressione sbagliata, infatti, le conseguenze di un errore confermato possono, a secondo del caso, essere quantitativamente molto diverse. Possono variare da «non si costata nessuna conseguenza negativa», fino «ha causato la morte della paziente».

Risultati

Perizia comprendente più specialità mediche

La medicina moderna è diventata più complessa. L'immagine storica del medico che opera da solo su tutta la linea, per curare i suoi pazienti, non è più attuale nemmeno nell'attività dell'Ufficio perizie. L'anno scorso, circa la metà dei casi esaminati riguardava trattamenti ospedalieri, e in molti altri casi bisognava esaminare una serie di trattamenti, svolti da più medici in diversi studi privati. In concreto, per le perizie svolte nel 2003, in 14 casi è stato necessario impegnare un gruppo di periti [2].

Discussione

Limite della rappresentatività dei casi che approdano all'Ufficio perizie

La statistica dell'Ufficio perizie è limitatamente rappresentativa per la situazione a livello federale, negli ospedali e negli studi medici, in merito alla responsabilità civile. Per esempio, le 88 perizie svolte l'anno scorso su incarico dei due Uffici perizie FMH, sono da valutare in relazione ai circa 30 fino a 40 casi di responsabilità civile che si verificano in un anno, in un solo, grande ospedale cantonale, non universitario.

1 Per facilitare la leggibilità del testo si rinuncia ad indicare, ma resta sottinteso, il genere femminile. Si ringraziano le lettrici per la comprensione.

2 Ortopedia/anestesiologia/radiologia (errore negato; Ufficio perizie Berna = di seguito B); Anestesiologia/neurologia/neurochirurgia (no; B); Ortopedia/radiologia (sì; B); Chirurgia del cuore/anestesiologia (sì; B); Ginecologia/gastroenterologia (sì/no, cioè errore in una disciplina, no nelle altre; B); Patologia/citologia (no; B); Chirurgia/gastroenterologia (no; B); Chirurgia/radiologia/medicina interna (sì/no; Ufficio perizie Losanna = di seguito L); Medicina interna/chirurgia del cuore (sì/no; L); Cardiologia/neurologia (sì/no; L); Medicina generale/psichiatria/medicina interna (sì/no; L); Urologia/medicina interna (no; L); Ginecologia/neuropediatria (no; L); Chirurgia/radiologia (sì/no; L)

Tabella 1

Riassunto delle cifre complessive dal 1982 al 2003.

	Perizie eseguite	Errore di diagnosi o cura confermato	Errore di diagnosi o cura negato	Errore di diagnosi o cura incerto
Losanna e Berna 1982–2002	2720	838	1795	87
Ufficio Berna 2003	46	19	27	–
Ufficio Losanna 2003	42	16	26	–
Totale 1982–2003	2808 (100%)	873 (31,44%)	1848 (65,45%)	87 (3,1%)

Tabella 2

Risultati secondo le specialità mediche dal 1982 al 2003.

Specialità medica	Perizie eseguite	Errore di diagnosi o cura confermato	Errore di diagnosi o cura negato	Errore di diagnosi o cura incerto
Anestesiologia	99	28	69	2
Cardiologia	14	8	6	–
Chirurgia della mano	39	12	26	1
Chirurgia infantile	14	4	10	–
Chirurgia	730	250	454	26
Chirurgia del cuore e dei vasi toracici	18	4	13	1
Chirurgia maxillo-facciale	20	3	17	–
Chirurgia ortopedica	491	158	321	12
Chirurgia plastica e ricostruttiva	119	27	90	2
Dermatologia	28	8	18	2
Gastroenterologia	10	1	9	–
Ginecologia e ostetricia	337	123	209	6
Medicina fisica e riabilitazione	13	3	9	1
Medicina generale	197	67	121	9
Medicina interna	185	48	133	4
Nefrologia	2	–	2	–
Neurochirurgia	65	18	45	2
Neurologia	21	6	14	1
Oftalmologia	110	28	77	5
Oncologia	5	3	2	–
Otorinolaringoiatria ORL	102	21	77	4
Patologia	5	3	2	–
Pediatria	51	19	29	3
Pneumologia	1	1	–	–
Psichiatria	13	6	7	–
Psichiatria pediatrica	1	–	1	–
Radiologia	39	11	25	3
Reumatologia	14	4	10	–
Urologia	65	9	53	3
Totale	2808	873	1848	87

Sulla lunga durata

Dal 1982, in media, è stato confermato un errore nel 31,4% dei casi, è stato negato nel 65,4% dei casi, mentre la questione è rimasta aperta nel 3,1% dei casi.

In merito al ruolo dei consulenti e degli avvocati del paziente

La quota degli errori riconosciuti dipende chiaramente dalla qualità della rete di consulenza medica degli avvocati ai quali si rivolgono i pazienti, fatto che noi abbiamo riconosciuto dal loro modo di lavorare. Nel campo della responsabilità civile in medicina, l'avvocato deve essere innanzitutto traduttore della scienza medica (situazione simile, per esempio, per un avvocato specializzato in diritto per i brevetti che deve in primo luogo occuparsi principalmente di questioni tecniche, per cui ha bisogno di una rete di consulenti). È essenziale procedere ad una valutazione medica della situazione con il paziente, prima di avviare dispendiosi impegni giuridici. Questo significa, in pratica, riflettere con cartella medica e radiografie in mano, tra paziente o avvocato e medico consulente, se sia fondato che il paziente perseveri nel suo sospetto che sia stato commesso un errore di diagnosi o di cura.

Quest'analisi medica interna, con elemento (auto-)critico dalla parte del paziente, è importante innanzitutto per intavolare le trattative per un accordo diretto con la compagnia d'assicurazione responsabilità civile dell'ospedale o del medico, senza ricorrere ad una perizia. In seguito, se con l'assicurazione responsabilità civile non si trovasse accordo senza una perizia, la valutazione medica della situazione da parte del paziente è decisiva in merito al se e al come debba essere organizzata una perizia, indipendentemente dal fatto se le parti chiedano un esame peritale all'Ufficio perizie FMH, oppure cerchino e incarichino, direttamente, un perito o un gruppo di periti. Di conseguenza, consigliamo al paziente di scegliere il proprio avvocato in funzione dei consulenti medici con i quali collabora, e di verificare chi siano gli stessi.

Le questioni propriamente giuridiche, per le quali l'avvocato stesso ha la necessaria competenza specifica, si pongono soltanto *dopo che* sono state chiarite le questioni mediche in merito all'errore di diagnosi e di cura e le loro conseguenze mediche per lo stato di salute del paziente.

In merito al ruolo degli assicuratori di responsabilità civile nel momento precedente la perizia

L'Ufficio perizie FMH auspica che non soltanto i pazienti ma anche l'assicuratore responsabilità civile dell'ospedale o del medico, chiariscano la situazione medica prima di avviare la procedura per una perizia FMH. Di conseguenza il Regolamento dell'Ufficio perizie richiede, in fase preliminare, anche all'assicurazione responsabilità

civile una presa di posizione materiale in merito alla questione: perché l'assicurazione ritiene infondato il sospetto d'errore e di danno avanzato dal paziente?

Periti sovraccarichi negli ospedali pubblici

L'esame di questioni legate ad errori di diagnosi e di cura verificatisi negli ospedali pubblici, in certi casi, può essere ragionevolmente affidato solo a dei periti che lavorano in un ospedale pubblico e che sono in grado quindi di giudicare le circostanze. Purtroppo la situazione venutasi a creare negli ospedali pubblici, dove *primari, medici dirigenti e capiclinica con esperienza sono in modo crescente e palese, oberati dal lavoro*, unita alla complessità dei problemi sottoposti a perizia, ha come conseguenza che, oggi, il termine regolamentare di 3 o 4 mesi per la consegna della perizia, in non pochi casi è largamente superato. In rapporto, però, ad altre perizie extragiudiziali e alle perizie dell'assicurazione sociale, la nostra situazione è chiaramente migliore. Ciò nonostante, nel corso dell'anno, è nostra intenzione esaminare quali altre misure possono essere adottate dall'Ufficio perizie per riuscire a presentare le perizie in tempi ragionevoli.

Premi delle assicurazioni civili in crescita

Anche se non abbiamo a disposizione statistiche per tutta la Svizzera, in base ai rapporti di grandi assicurazioni e numerosi ospedali sembra chiaro che i premi assicurativi sono aumentati in modo importante e che probabilmente continueranno ad aumentare. Tutti gli indizi indicano che non è il numero dei casi che aumenta, ma *le prestazioni assicurative per ogni sinistro* (quest'aumento è parallelo a quello che si osserva in altri campi: anche negli incidenti stradali non è, in primo luogo, il numero dei casi, ma sono le spese per i danni delle persone nel singolo caso che aumentano).

Ufficio perizie e sistema CIRS (Critical Incident Reporting): funzioni complementari

L'attività dell'Ufficio perizie e il sistema di rapporto d'eventi critici CIRS sono complementari: l'Ufficio perizie incarica dei periti quando un paziente sospetta che il danno alla salute sia dovuto a un errore professionale. La procedura concede a tutte le parti dei diritti e tutte le parti ricevono un esemplare della perizia. Tra le parti il principio della trasparenza è rispettato.

Le dichiarazioni d'eventi critici (CIRS) e le conseguenti reazioni (completamento che sarebbe adeguato aggiungere) analizzano per contro i casi di danno evitati all'ultimo momento,

per migliorare la sicurezza dei pazienti. Durante un congresso all'Ospedale universitario di Zurigo, il 23 marzo 2004, si è stimato a ca. 10% il numero degli ospedali svizzeri che pratica il sistema di dichiarazione degli eventi critici (IC) in uno o più reparti o cliniche, praticamente due volte di più di quanto non si faccia in Germania.

Resta insoddisfacente il fatto che il legislatore non abbia ancora reagito. È chiaro che nel mondo intero, in medicina come in aeronautica, il sistema d'annuncio volontario d'eventi critici che avrebbero potuto causare danni, evitati solo all'ultimo momento, deve aver luogo, valutazione compresa, nella massima *confidenzialità*. La direttrice del sistema CIRS della NASA per l'aviazione civile americana, signora Linda J. Connel, già quattro anni fa ha sottolineato questa regola fondamentale davanti al Congresso. Tutto il sistema CIRS per l'aviazione civile di un paese era stato completamente paralizzato quando, in un unico caso, è stata rivelata pubblicamente la fonte da cui proveniva l'annuncio in questione [3]. È altrettanto chiaro che è necessaria una base giuridica per regolare la situazione, perché la confidenzialità dell'analisi d'incidenti evitati in extremis impone anche una limitazione della possibilità d'informare i tribunali. Il miglioramento della sicurezza ha il suo prezzo [4].

No-Fault-Compensation sarebbe più equo e sosterebbe il sistema CIRS

È fuori discussione che la sostituzione dell'attuale sistema di responsabilità civile basata sull'errore con la soluzione della No-Fault-Compensation (sistema di compensazione non dipendente dall'errore) non soltanto renderebbe meno rischioso l'impegno di CIRS, ma sarebbe più equo [5]. No-Fault-Compensation per la Svizzera significherebbe di fatto che bisogna introdurre una nuova assicurazione sociale. Una legge federale dovrebbe regolare quali complicazioni vengono risarcite, senza dover chiarire in ogni singolo caso l'errore. In base a degli studi svolti all'estero da anni, si costata che ci sono tante denunce inoltrate da pazienti che si concludono senza constatazione d'errore, mentre manca la denuncia di tanti pazienti che hanno subito un danno dovuto ad errore. Il nostro sistema quindi, non è molto equo [6].

Consiglio scientifico

Il Consiglio scientifico si è riunito due volte nel periodo oggetto di questo rapporto e ha consultato alcuni dossier campioni prelevati a caso. Anche se il Consiglio scientifico abbia formalmente soltanto una funzione di consulenza, riesce ad alleggerire notevolmente il Comitato

3 Linda J. Connell, Director, NASA Aviation Safety Reporting System, before the US-Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives, February 10, 2000: "There are currently seven countries that have operating voluntary, confidential incident reporting systems. These countries are United Kingdom, Australia, Canada, Russia, Taiwan, Korea, and the United States. Each country has preserved the concepts of voluntary and confidential as the necessary structure to accomplish the receipt of reports. But all countries are very aware of their survivability in relation to confidentiality. As an example to all systems, one country's first system was completely destroyed due to lack of reporting after a breach of a reporter's identity." <http://legislative.nasa.gov/hearings/connell2-10.html>

4 Vedi indicazioni bibliografiche in Kuhn HP, von Below G. Melden Sie keine Flugzeugunfälle auf diesem Formular! Schweiz Ärztezeitung 2003;84(26):1400-7.

5 Come già indicato da Bogner MS (nota bene non come rappresentante dei medici, ma per la FDA americana). A Frontier for Change. In: Bogner MS (ed.). Human Error in Medicine. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1994. p. 373-83.

6 Buona vista d'insieme in: Studdert DM, Brennan TA. Toward a workable model of «no-fault» compensation for medical injury in the United States. Am J Law Med 2001;27(2-3):225-52.

Il paziente presume un errore di diagnosi o di cura, come deve reagire il medico coinvolto?

1. Fissare con il paziente, un appuntamento per discuterne con calma. Chiedere al paziente se desidera farsi accompagnare da una persona di sua fiducia.
2. Comunicare rapidamente (!) il caso all'assicurazione responsabilità civile e discutere sul da farsi; chiedere in precedenza l'accordo del paziente (il consenso orale è sufficiente, ma deve essere annotato nella cartella medica). Annunciare il caso all'assicurazione di responsabilità civile, non significa ammettere l'errore!
3. In un ospedale pubblico: svolgere rapidamente un'analisi interna della situazione con il responsabile del reparto ospedaliero e il responsabile della direzione dell'ospedale.
4. Dettare o scrivere al più presto e in modo possibilmente completo, tutto quello che ancora si ricorda sulle fasi decisive della diagnosi e della cura, sotto forma di protocollo («rivedere il film ancora una volta»).
5. Su richiesta del paziente consegnare, senza indugio e gratuitamente, una fotocopia della cartella medica. Le radiografie devono essere messe a disposizione del paziente dietro ricevuta.
6. Quando il colloquio tra medico e paziente non ha portato al chiarimento desiderato, indicare al paziente altre possibilità per verificare il suo punto di vista.
7. Non indirizzare il paziente all'Ufficio perizie senza avere, in precedenza, discusso il caso al telefono, evitando di fare nomi, con la responsabile del competente Ufficio perizie.
8. Ha bisogno di un avvocato il medico coinvolto? L'assicurazione responsabilità civile non ha solo il compito di pagare quando un medico è responsabile di un danno, ma ha pure il dovere di evitare pretese di responsabilità civile ingiustificate. Pertanto il medico non ha bisogno, in fondo, di incaricare un suo avvocato. L'esperienza però insegna, che in certi casi, può essere utile discutere la situazione, in modo informale, con un avvocato indipendente. Una tale analisi della situazione permette inoltre di liberarsi da paure e incertezze. Di regola, l'assicurazione responsabilità civile non copre queste spese.

centrale FMH, organo sovrano responsabile per quanto riguarda il funzionamento dell'Ufficio perizie. Il Consiglio scientifico è, rispettivamente era, composto dal Dr. med. B. Kehrer (presidente dal 1° gennaio 2004), dal Prof. Dr. med. P. Aeberhard (presidente fino 2003), dal Dr. med. T. Froesch, dal Dr. iur. U. Karlen, e dal Prof. Dr. iur. F. Werro (fino 2004).

Ringraziamenti

Si ringraziano i periti, in modo particolare i medici delegati delle società mediche specialistiche e le due responsabili dell'Ufficio perizie di Berna e di Losanna per il notevole lavoro svolto nell'interesse di tutte le parti coinvolte.

È una constatazione banale riconoscere che dappertutto dove si lavora, è possibile commettere errori. Non è per niente banale, per le parti direttamente coinvolte, convivere con questa realtà. Un sincero ringraziamento va quindi anche a tutti i medici e a tutte le direzioni d'ospedale che collaborano, in modo aperto e corretto, alle perizie richieste dai pazienti.

Colloquio telefonico preliminare, indirizzo, documentazione

L'Ufficio perizie FMH, da anni, offre ai pazienti, ai loro avvocati e alle altre persone che consigliano i pazienti, la possibilità di discutere il caso per telefono con la responsabile dell'Ufficio perizie, prima di presentare la richiesta di perizia definitiva. In base ai primi accertamenti, dove e presso quale persona, sembra plausibile supporre un errore? A quali altre potenziali fonti d'errore si dovrebbe ancora pensare? In cosa potrebbe consistere il danno alla salute? Su quali particolari aspetti, l'Ufficio perizie deve rendere attenti i delegati delle società mediche specialistiche incaricati di proporre il perito? Ecc. Per questi colloqui preliminari bisogna investire mezz'ora o magari un'ora, però, in questo modo si guadagna tempo prezioso nella procedura peritale e si possono evitare in seguito ritardi dovuti a continue, ulteriori domande.

La Svizzera tedesca e il Ticino [7] ottengono la documentazione per presentare la richiesta di perizia, all'indirizzo seguente: Susanne Friedli, Responsabile dell'Ufficio perizie FMH, Casella postale 293, 3000 Berna 16, tel. 031 312 08 77, fax 031 311 99 81.

7 Indirizzo per la Svizzera romanda: Brigitte Mottet, Responsabile dell'Ufficio perizie extragiudiziarie della FMH, Casella postale 64, 1010 Losanna, tel. 021 652 16 74, fax 021 652 33 85.