

Domanda di conciliazione in ambito di responsabilità professionale medica

ai sensi dell'art. 4/bis della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, e del decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11

Anno

Marca da bollo

16,00 Euro

Alla
Commissione conciliativa
per questioni di responsabilità medica
Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige
Ripartizione 23 – Sanità
Via Canonico Michael Gamper, 1
39100 Bolzano (BZ)
Tel. 0471 41 80 27, Fax 0471 41 80 39
E-mail: concilmed@provincia.bz.it
PEC: gesundheitswesen.sanita@pec.prov.bz.it

Richiedente

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Stato

Data di nascita .. Sesso maschio femmina

Residente a CAP Luogo Provincia

Via/piazza Numero

Cittadinanza Telefono

Cellulare Fax

E-mail PEC

Codice fiscale

Paziente (solo se diverso dalla/dal richiedente (ad esempio paziente minore o paziente deceduto); allegare prova del titolo rappresentativo (ad esempio autodichiarazione in ordine al rapporto di parentela, certificato di eredità))

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Stato

Data di nascita .. Sesso maschio femmina

Codice fiscale

Rapporto con la/il richiedente

Rappresentante (allegare apposita delega)

Cognome Nome

Con recapito a/con sede a CAP Luogo Provincia

Via/piazza Numero

Telefono Cellulare Fax

E-mail PEC

Controparte/i (uno o più medici oppure uno o più medici e una struttura sanitaria)

Medico/medici

1) Cognome Nome

Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura

Con studio in CAP Luogo Prov.

Via/piazza Numero

2) Cognome Nome

Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura

Con studio in CAP Luogo Prov.

Via/piazza Numero

3) Cognome Nome

Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura

Con studio in CAP Luogo Prov.

Via/piazza Numero

4) Cognome Nome

Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura

Con studio in CAP Luogo Prov.

Via/piazza Numero

Qualora si volessero indicare ulteriori medici, è da compilare l'allegato A.

Struttura sanitaria (da compilare soltanto in caso di rapporto professionale con uno o più dei medici di cui sopra o indicati nell'allegato A)

- Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Comprensorio sanitario di
Ospedale di
Distretto sanitario di/Punto di riferimento di distretto
- Casa di cura
CAP Luogo Provincia
Via/piazza Numero

Lingua del procedimento conciliativo

- italiano tedesco

Oggetto della domanda

La/il richiedente chiede che venga aperta una procedura di conciliazione avanti codesta Commissione conciliativa affinché le/gli venga riconosciuto il diritto al risarcimento dei danni tutti conseguenti a ritenuto errore nella diagnosi o nella terapia o nella diagnosi e nella terapia oppure all'omessa o irregolare informazione, come meglio precisato di seguito.

- 1) Sintetica, ma precisa descrizione dei fatti accaduti** (prego compilare l'allegato B)
- 2) Indicazione dei comportamenti censurati, indicando per ciascuno di essi, il nome del medico ritenuto responsabile e i motivi per cui il comportamento è oggetto di censura sul piano della diligenza professionale attesa** (prego compilare l'allegato C)
- 3) Descrizione precisa del danno subito e sua quantificazione monetaria** (prego compilare l'allegato D)

Dichiarazioni e altre indicazioni

Ai fini dell'instaurazione del procedimento conciliativo, la/il richiedente dichiara altresì quanto segue:

- a) di esonerare i medici ed i responsabili della struttura sanitaria dal dovere del segreto professionale nei confronti della Commissione conciliativa, del consulente tecnico della Commissione conciliativa, del Servizio di Medicina Legale o della Direzione sanitaria aziendale, comprensoriale od ospedaliera nonché del Difensore civico;
- b) di autorizzare i medici e la struttura sanitaria a consegnare alla Commissione conciliativa, su semplice richiesta di quest'ultima, tutta la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie erogate a favore della/del paziente;
- c) che sulla questione oggetto del procedimento davanti alla Commissione conciliativa non è già stata pronunciata sentenza civile o penale, anche non passata in giudicato, da parte dell'autorità giudiziaria ordinaria, che non è pendente un procedimento giudiziario civile o penale davanti all'autorità medesima, e che la controversia non è stata risolta in via transattiva;
- d) di essere stata informata/stato informato sulla possibilità di farsi rappresentare o assistere nel procedimento davanti alla Commissione conciliativa da una persona di sua fiducia o dal Difensore civico, limitatamente, in quest'ultima ipotesi, a casi in cui sia coinvolta una struttura del Servizio sanitario provinciale o un medico o una struttura sanitaria convenzionati con il medesimo;

e) di essere consapevole che il procedimento davanti alla Commissione conciliativa non è idoneo ad interrompere l'eventuale prescrizione dei diritti fatti valere davanti alla Commissione medesima;

f) di essere stata informata/stato informato sulla gratuità del procedimento davanti alla Commissione conciliativa, salva l'imposta di bollo dovuta e le spese per difensori e consulenti di parte eventualmente nominati; di accettare inoltre di farsi carico delle spese sostenute per chi funge da consulente tecnico della Commissione, se, dopo la decisione della Commissione di acquisire la consulenza, decide di non proseguire il procedimento davanti alla Commissione medesima;

g) di impegnarsi a trasmettere alla Commissione conciliativa copia della transazione, se la questione per cui è stato avviato il procedimento davanti alla Commissione conciliativa si conclude, al di fuori del procedimento, con la sottoscrizione di una transazione stragiudiziale fra le parti.

Allegati

Documentazione clinica (elencata in ordine di tempo)

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)
- 11)
- 12)
- 13)
- 14)
- 15)

Altra documentazione

- 1) eventuale delega al rappresentante
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche)

Titolare del trattamento dei dati è la Provincia Autonoma di Bolzano. I dati forniti verranno trattati dall'Amministrazione provinciale, anche in forma elettronica, per l'applicazione dell'articolo 4/bis della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, e del D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, allo scopo di trovare una soluzione stragiudiziale di una controversia relativa a un ritenuto errore medico nella diagnosi o nella terapia o nella diagnosi e terapia oppure all'omessa o irregolare informazione. Responsabile del trattamento è la Direttrice/il Direttore *pro tempore* della Ripartizione provinciale Sanità. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi. In caso di rifiuto non si potrà dar seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. In base agli articoli 7, 8, 9 e 10 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche, la/il richiedente, su richiesta, ottiene l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

La/il richiedente dichiara di aver letto e compreso l'informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui sopra e di dare il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

La/il richiedente inoltre

- autorizza
 non autorizza

l'utilizzo, in forma del tutto anonima e al solo fine di promuovere la conoscenza dell'organismo conciliativo istituito dalla Provincia Autonoma di Bolzano, delle informazioni relative ai fatti che stanno alla base dei procedimenti davanti alla Commissione conciliativa. In caso di autorizzazione tali informazioni potranno per esempio essere oggetto di comunicazione/pubblicazione in occasione di congressi o in giornali e riviste.

- Richiedo che le comunicazioni inerenti al procedimento conciliativo avvengano esclusivamente tramite PEC.

Dichiaro il mio indirizzo di PEC:

luogo e data

firma

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(firma leggibile della/del richiedente)

Controparte/i (uno o più medici oppure uno o più medici e una struttura sanitaria)

Medico/medici

- 5) Cognome Nome
- Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura
- Con studio in CAP Luogo Prov.
- Via/piazza Numero
- 6) Cognome Nome
- Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura
- Con studio in CAP Luogo Prov.
- Via/piazza Numero
- 7) Cognome Nome
- Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura
- Con studio in CAP Luogo Prov.
- Via/piazza Numero
- 8) Cognome Nome
- Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura
- Con studio in CAP Luogo Prov.
- Via/piazza Numero
- 9) Cognome Nome
- Reparto/Servizio Ospedale/Casa di cura
- Con studio in CAP Luogo Prov.
- Via/piazza Numero

