



Autonome Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bulsan
SÜDTIROL • ALTO ADIGE



Commissione conciliativa

per questioni di responsabilità in ambito sanitario

RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ 2025

Indice

	PAGINA
Introduzione	3
1 La competenza della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario	4
2 La composizione della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario	5
3 I principi generali che informano l'attività della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario e il procedimento	6 - 7
4 Attività svolta dalla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario nell'anno 2025 e negli anni precedenti	8 - 18
5 Casistica	19 - 21
6 Conclusioni	22 - 23

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 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 alla/al pazien-

te 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 medio periodo.

La conciliazione stragiudiziale costituisce uno straordinario strumento per contenere il contenzioso giuridiziaro.

Evidentemente, la conciliazione segue la strada dell'assoluta indipendenza e terzietà che non può essere incrinata dai molti interessi economici in gioco.

La competenza della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambi- to 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 (per esempio carenze organizzative in violazione delle norme igieniche vigenti).

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 ambi- to 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 pertanto competente non soltanto per i medici, ma per esempio anche per le infermiere e gli infermieri, per le e i farmacisti o per altro personale sanitario.

La Commissione conciliativa è inoltre 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. Rientrano in questa fattispecie ad esempio carenze organizzative connesse al rispetto delle disposizioni in materia di igiene.

La Commissione conciliativa ai sensi dell'articolo 4/bis, comma 4, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, nonché delle deliberazioni della Giunta provinciale 14 novembre 2023, n. 983, e 19 marzo 2024, n. 170, era nell'anno 2025 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):

Presidente effettiva:

dott.ssa Silvia Winkler, avvocatessa in Bressanone;

Presidente supplente:

dott.ssa Elia Reinstadler, avvocatessa in Merano;

Componente effettivo:

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

Componente supplente:

dott.ssa Stefania Sipala, medico-legale libero professionista in Verona;

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.

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 2025 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 assolutamente 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 mo-

dificare 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.

Attività svolta dalla Commissione conciliativa

per questioni di responsabilità in ambito sanitario nell'anno 2025 e negli anni precedenti

Nel 2025 sono pervenute alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano 24 nuove domande (verso 21 domande presentate nel 2024) che, cumulate con quelle registrate negli anni precedenti, documentano un carico di lavoro complessivo di 505 casi.

Tabella 1 – domande presentate, definite e pendenti per anno (periodo: 01/08/2007 – 31/12/2025)

domande pervenute		domande definite al 31/12/2025	domande pendenti al 31/12/2025
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	14	0
2021	18	18	0
2022	22	22	0
2023	23	20	3
2024	21	13	8
2025	24	5	19
totale	505	475	30

La tabella 1 riporta il numero di domande definite e pendenti al 31/12/2025 con riguardo anche a domande presentate negli anni precedenti. Da una verifica risulta che nell'anno 2025 sono stati chiusi 16 casi (1 caso del 2022, 3 casi del 2023, 7 casi del 2024 e 5 casi del 2025).

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. sei 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 più di un anno e mezzo per i casi valutati in consulenza tecnica esterna) sia le spese per le stesse (in media euro 2.246,00 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 66,34% dei casi pervenuti fino al 31 dicembre 2025).

Le domande sono state presentate da persone di età anagrafica diversa con una media di 57 anni.

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

La situazione registrata a fine anno 2025 evidenzia che tutti i casi presentati alla Commissione conciliativa nel 2022 sono stati completati. Restano, invece, da esaminare ancora tre casi presentati nel 2023, otto casi presentati nel 2024 e 19 casi presentati nel 2025 che non sono stati ancora definiti.

Riepilogando, dei 505 casi complessivamente pervenuti all'esame della Commissione conciliativa dalla data del suo insediamento nel 2007 475 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 – 31/12/2025)**

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	2023	2024	2025	
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	8	10	8	5	1	0	155
conciliazione fra le parti (fase conciliativa del procedimento)	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	9	10	4	2	5	9	8	4	3	127
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	1	2	3	1	64
inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	1	1	0	0	1	0	2	1	47
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	3	4	3	0	45
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	1	0	0	29
archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	5
non competenza della commissione	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
archiviazione per incompletezza della domanda	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
totale dei procedimenti definiti	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	20	13	5	475
procedimenti pendenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	19	30
totale delle domande pervenute	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	23	21	24	505

Nel 13,47% 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'82,73% dei casi la Commissione ha affrontato il merito della questione: nel 26,74% dei casi le parti hanno raggiunto una conciliazione immediata di fronte

alla Commissione; nel 32,63% dei casi la Commissione è stata incaricata di valutare il caso; nell'9,89% dei casi la Commissione, dichiarando la domanda inammissibile, ha sostanzialmente escluso l'errore del sanitario; nel 13,47% 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 5,68% dei casi in cui le parti hanno trovato un accordo al di fuori del procedimento conciliativo.

Solo in meno di un caso su dieci (6,11%) 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.



Tabella 3 – status giuridico del personale sanitario coinvolto
(periodo 01/08/2007 – 31/12/2025)

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
2023	20	3	23
2024	18	3	21
2025	23	1	24
totale	425	80	505

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.

Riguardo ai 24 nuovi casi presentati nel 2025, solo uno di essi ha coinvolto un professionista sanitario che agisce in regime libero-professionale. I rimanenti 23 casi hanno, invece, riguardato professionisti sanitari che lavorano nelle strutture pubbliche del Servizio sanitario provinciale o in strutture convenzionate con il Servizio sanitario provinciale con la seguente distribuzione territoriale.

**Tabella 4 – distribuzione territoriale del personale del servizio sanitario provinciale
(periodo 01/08/2007 – 31/12/2025)**

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
2023	9	5	0	6	20
2024	7	7	2	2	18
2025	12	7	1	3	23
totale	173	126	66	60	425

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	2023	2024	2025	totale
ortopedia/medico ortopedico privato	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	8	7	5	5	5	4	10	10	155
medico dentista/ servizio odontoiatrico	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	5	1	1	0	1	2	1	2	52
pronto soccorso	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	3	5	3	0	3	5	0	1	49
chirurgia/medico chirurgo privato	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	3	3	1	3	3	2	0	1	46
ginecologia/ostetricia/medico specialista in ginecologia	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	2	2	0	2	1	3	3	1	36
oculistica	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	2	1	1	22
otorinolaringoiatria	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	0	1	0	16
urologia	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	2	1	13
neurochirurgia	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	0	1	12
psichiatria	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2	1	12
Medicina interna	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	10
chirurgia vascolare e toracica	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	9
chirurgia plastica	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	9
medico di medicina generale	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	8
anestesia	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7
pediatria/chirurgia pediatrica	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7
dermatologia e venerologia	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
radiologia	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
neurologia	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
cardiologia	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
malattie infettive	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
geriatria	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
servizio pneumologico	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
oncologia medica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
nefrologia e dialisi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
ematologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
ambulatorio di reumatologia	0	0	0	1	0	0	0	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	0	0	0	1
radioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
igiene e sanità pubblica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
totale	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	23	21	24	504

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, l'attività di pronto soccorso, la chirurgia generale 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 (1,59% 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.

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 un minor numero di casi ricorrendo alla 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
2023	6	12	5	23
2024	8	11	2	21
2025	6	14	4	24
totale	154	314	37	505

La tabella 7 riassume la durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2025.

Tabella 7 – durata media dei procedimenti definiti al 31/12/2025

	durata media
tutti indistintamente i procedimenti definiti al 31/12/2025	279 giorni
procedimenti che chiudono con un provvedimento di inammissibilità o di archiviazione	174 giorni
procedimenti con conciliazione riuscita	196 giorni
procedimenti in cui la commissione ha valutato il caso senza disporre consulenza tecnica	340 giorni
procedimenti in cui la commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha valutato il caso	598 giorni

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

La tabella 8 evidenzia i casi, definiti al 31/12/2025, 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 – 31/12/2025:

	numero dei casi
casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	53
casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del sanitario/del sanitario e della struttura sanitaria di appartenenza del sanitario	102
totale	155

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 – 31/12/2025 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	170
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	148
totale	318

La tabella 10 evidenzia i procedimenti definiti entro il 31/12/2025 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	88 su 475
costo medio della consulenza tecnica	euro 2.246,61

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 31/12/2025 ammonta a euro 45.991,13.

La tabella 11 evidenzia la lingua del procedimento scelta dalla parte istante, comunque precisando che, ad eccezione della struttura sanitaria pubblica, nel procedimento conciliativo ciascuna parte è libera di usare indifferentemente la lingua italiana o tedesca.

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
2023	7	16	23
2024	6	15	21
2025	6	18	24
totale	170	335	505

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
età media in anni	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52	50	56	49	57	56	47	49	57
paziente più giovane in anni	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7	16	12	4	22	12	11	19	13
paziente più anziano in anni	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94	84	86	77	91	88	80	82	88

5

Casistica

Si espongono sinteticamente alcuni casi trattati nell'anno 2025 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:

- pur non sussistendo alcuna responsabilità professionale in capo al personale del Pronto soccorso dell'ospedale che ha correttamente trattato un paziente in occasione di una pluralità di tempestivi accessi ospedalieri a seguito di un morso di gatto, pulendo e disinfettando la ferita lege artis e successivamente trattandola con antibiotici, non è stato possibile mettere in atto un approccio chirurgico resosi necessario a causa di un decorso atipico verificatosi, in quanto il paziente si era poi rivolto ad altra struttura sanitaria. Ciononostante, è stata raccomandata la corresponsione di un modesto indennizzo a causa delle discrepanze nella raccolta dei dati clinico-anamnestici (mancata considerazione del diabete accertato e supponendo un'allergia apparentemente inesistente all'amoxicillina, oltre all'esistenza di un'evidente discrepanza tra i sintomi lamentati e una descrizione oggettiva molto carente);
- pur non sussistendo alcuna responsabilità professionale in capo al chirurgo che ha effettuato un intervento di enucleazione della ghiandola del Bartolini, essendo dal successivo esame istologico scaturito che la ghiandola non sarebbe stata asportata, sussiste però un deficit informativo/comunicativo nei confronti della paziente che non è stata messa nella condizione di comprendere la propria situazione clinica e adottare le misure più opportune per prevenire o gestire eventuali recidive;
- non esiste nesso causale tra il decesso di un paziente anziano e il suo trattamento impeccabile nell'Astasteria e nel Reparto di Medicina interna dell'Ospedale nonché in un centro di riabilitazione prima che il paziente fosse trasferito in un centro di degenza. Il paziente soffriva di molte malattie e aveva contribuito al deterioramento generale della sua salute non seguendo le istruzioni impartite durante un precedente ricovero per

il trattamento del diabete. I medici che avevano in cura il paziente presso l'ospedale e il centro di riabilitazione avevano adottato in base alle regole dell'arte medica tutte le misure per garantire al paziente la migliore assistenza sanitaria possibile;

- sussiste errore dei medici ospedalieri che non hanno provveduto al necessario trasferimento d'urgenza del paziente in altra struttura in grado di trattare adeguatamente una sepsi da shock tossico, abbinata alla sussistenza di fascite necrotizzante. Le possibilità di sopravvivenza del paziente sarebbero comunque state assai remote, ma il paziente ha di fatto perso una chance di sopravvivenza. Tale perdita di chance determina il diritto al risarcimento del danno a favore del solo paziente e non anche dei parenti. Avendo i parenti rinunciato all'eredità del paziente, a loro non spetta pertanto alcun risarcimento;
- che sussiste la responsabilità professionale dei chirurghi che hanno sottoposto un paziente affetto da coxartrosi bilaterale a un intervento di protesi d'anca non eseguito secondo le regole dell'arte medica, in quanto il cotile della protesi era posizionato lateralmente e in modo sporgente, contrariamente alla pianificazione preoperatoria. Durante il successivo intervento di revisione, necessario anche a causa della marcata sintomatologia dolorosa e che prevedeva la sostituzione del cotile dopo l'allentamento dell'acetabolo, si è purtroppo verificata una frattura del fondo oculare e della parete posteriore dell'acetabolo nativo, fatto che può essere ascritto almeno in parte all'operato del chirurgo intervenuto. Solo un terzo intervento eseguito in un'altra struttura sanitaria è stato decisivo per un miglioramento duraturo, anche se non completo, dello stato di salute del paziente;
- che in nessun modo esiste una responsabilità professionale del personale chirurgico del reparto ospedaliero interessato nel trattamento di un paziente per il quale esisteva un'indicazione assoluta per l'esecuzione dell'intervento di bypass aorto-bi-femorale per arteriopatia degli arti inferiori in stadio III secondo Leriche-Fontaine, al fine di evitare il rischio di un'am-

putazione maggiore degli arti inferiori. L'operazione è stata eseguita correttamente, l'ischemia critica è stata eliminata e sono stati effettuati controlli regolari. La formazione di una fistola tra la protesi aorto-bi-femorale e la neovescica diversi anni dopo l'intervento vascolare è stata una complicazione tardiva, eccezionale, imprevedibile e di origine sconosciuta, non dipendente né dal chirurgo che ha eseguito l'intervento vascolare né da un difetto strutturale della protesi. È seguito un intervento correttamente eseguito con la rimozione della vecchia protesi e la sua sostituzione con una protesi biologica, nonché la ricostruzione plastica della rottura della vescica, con un decorso postoperatorio regolare e controlli regolari, senza alcun segno di cattiva condotta, né in ambito vascolare né urologico. L'intervento ha comportato un miglioramento della situazione clinica precedente ed è stato inoltre salvavita;

- che sussiste una responsabilità della medica interessata, la quale ha trattato in modo non corretto, mediante sutura ricostruttiva, una lacerazione delle piccole labbra e una rottura vulvo-vaginale verificatasi in paziente durante il parto vaginale spontaneo del proprio figlio; inoltre, nell'ambito dei controlli successivi, è stato omesso di avviare tempestivamente una revisione di tale trattamento errato;
- che sussiste responsabilità professionale del personale sanitario del pronto soccorso e del reparto interessato dell'ospedale per avere formulato una diagnosi tardiva di ematoma epidurale spinale spontaneo in via di sviluppo in paziente anziana con indicazione all'intervento chirurgico di laminectomia. È difficile sostenere che con un intervento tempestivo si sarebbe potuto ripristinare la capacità della paziente di assumere una posizione eretta e deambulare autonomamente, nonché di recuperare il controllo degli sfinteri. È più probabile che con un intervento tempestivo si sarebbe potuto ottenere un ripristino almeno parziale della mobilità e del controllo degli sfinteri, che avrebbe consentito alla paziente di conservare, con aiuto, una certa capacità di mantenere una posizione eretta e una migliore posizione seduta e di fare alcuni passi;
- che non sussiste errore dei medici chirurghi che hanno trattato un paziente dapprima per una necrosi settica della testa del femore sinistro con coinvolgimento dei tessuti molli in assenza di fatti traumatici precedenti, e poi, a distanza di tre mesi, hanno sottoposto il pazien-

te a intervento di artroprotesi anca sinistra, in occasione del quale si è verificata una frattura intraoperatoria accidentale del femore, che è stato necessario trattare, durante lo stesso atto operatorio, con riduzione e sintesi con placca e viti e inoltre cerchiaggi. La frattura del femore è dipesa non solo dalla complessità dell'atto chirurgico e dal pregresso intervento molto demolitivo con impianto di spaziatore, ma anche dalla fragilità ossea secondaria alla pregressa infezione ed all'intervento chirurgico, alla limitazione del carico tra primo e secondo intervento nonché alle condizioni di salute preesistenti del paziente (vizio tabagico, epatite C, utilizzo di metadone e pregresso abuso di sostanze stupefacenti per via endovenosa). La probabilità di frattura accidentale intra-operatoria del femore è stata incrementata da più fattori concomitanti prevedibili, ma non modificabili. La frattura del femore non è pertanto ascrivibile a errore medico nel trattamento del paziente;

- che esiste una responsabilità professionale del personale sanitario curante nel trattamento esclusivamente conservativo di una rottura del tendine alla spalla di un paziente dopo un incidente sciistico. Secondo la risonanza magnetica, non si riscontra alcuna compromissione degenerativa dei tendini, quindi nessuna lesione preesistente al momento dell'incidente. La chiara limitazione funzionale immediatamente dopo l'incidente indica una lesione acuta della cuffia e dei tendini, quindi la rottura del tendine è da considerarsi una conseguenza diretta dell'incidente. Con un trattamento esclusivamente conservativo, lo stato di salute del paziente non sarebbe mai stato completamente ripristinato, e solo questa circostanza è sufficiente per dare priorità all'intervento chirurgico (nonostante tutti i rischi generalmente associati a un intervento chirurgico) rispetto al trattamento conservativo nel caso specifico;
- che non sussiste errore del medico di medicina generale che, di fronte a paziente che lamentava mal di testa e tensione elevata del sangue, ha correttamente indagato l'eventuale presenza di un danno renale, prescrivendo un paio di volte, a distanza di circa cinque mesi, esami ematochimici mirati rispettivamente dell'urina, con valori nei limiti di norma e prescrivendo e valutando l'esame eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate) che rappresenta il tasso di filtrazione glomerulare stimato e fornisce una stima della capacità filtrante nel rene con valori nella norma in entrambi gli esami e nessuna indicazioni ad approfondire ulteriormente

la funzionalità renale, mentre l'idronefrosi con perdita funzionale del rene sinistro, diagnosticata tramite TAC dell'addome a distanza di altri quattro mesi dalle analisi del sangue effettuate per la seconda volta, è risultata correlata ad una malformazione congenita (doppio distretto renale con presenza di doppio uretere complicata da ostruzione). La malformazione congenita renale non era diagnosticabile, né sospettabile clinicamente al momento dell'effettuazione degli esami ematochimici;

- che sussiste un palese errore del personale sanitario che su paziente con diagnosi di retinopatia diabetica proliferante in occasione di uno su più trattamenti laser in entrambi gli occhi ha cagionato al paziente la perdita visiva dell'occhio sinistro appunto per trattamento laser accidentale della retina centrale (fotocoagulazione della retina centrale);
- che sussiste la responsabilità dei chirurghi che hanno sottoposto un paziente affetto da artrosi della spalla a un intervento per l'applicazione di una protesi di spalla inversa ("Sistema Modulare Randelli Shoulder Lima"), danneggiando colposamente un nervo e provocando una paresi radiale;
- che si possa eventualmente rimproverare ai sanitari del Pronto soccorso dell'Ospedale (per cui, ai soli fini conciliativi, si propone il pagamento di un indennizzo di modesta entità) per non avere dato indicazioni chiare/precise ad un paziente su come comportarsi in seguito. Il paziente si era rivolto in via d'urgenza al Pronto soccorso per lombosciatalgia destra ed era stato dimesso dopo la somministrazione di terapia antalgica e consiglio di effettuare risonanza magnetica a distanza di 8-10 giorni per successiva rivalutazione neurochirurgica. Considerato che il paziente avrebbe potuto effettuare la risonanza magnetica prescrittagli per il tramite del servizio sanitario pubblico solamente a distanza di dieci giorni, il paziente si era di propria iniziativa rivolto il giorno seguente alla dimissione a centro diagnostico privato, ma si era ripresentato al Pronto soccorso causa il forte peggioramento del quadro clinico solamente dopo alcuni giorni dall'effettuazione della risonanza magnetica. Non è dato dirsi con certezza se i trattamenti implementati al secondo accesso in Pronto soccorso (intervento chirurgico urgente in anestesia generale di asportazione ernia discale e decompressione della radice nervosa attraverso approccio interlaminare L4-L5 a destra), ove effettuati con anticipo di qualche giorno,

avrebbero prodotto un risultato percepibilmente diverso rispetto a quanto si è poi concretamente manifestato;

- che sussiste la responsabilità dei medici chirurghi che hanno sottoposto un paziente a intervento chirurgico di resezione totale del colon sigma e della porzione prossimale del retto (intervento di Hartmann) e che durante l'intervento hanno accidentalmente lesionato nervi pubici;
- che non sussiste errore da parte del personale sanitario del Pronto soccorso di due ospedali (neurochirurgo e ortopedico chiamati a visitare il paziente) che riguardo ad un paziente che, per la sua situazione clinica, era già prenotato per un intervento non urgente, nel corso di un accesso al Pronto soccorso per fortissimi dolori alla schiena e alla regione lombare e deficit neurologici con paralisi della vescica, ha preso in carico il paziente e, considerata la mancata concreta urgenza, ha effettuato un corretto trattamento diagnostico e terapeutico conservativo (terapia del dolore e invio a una risonanza magnetica) e comunque non ha causato alcun danno (permanente) alla salute a causa di un presunto ritardo colposo.

Conclusioni

Nel 2026 si concretizza l'entrata a regime della legge Gelli-Bianco (legge 8 marzo 2017, n. 24). Il 16 marzo 2026 è terminato il regime transitorio previsto dal D.M. 15 dicembre 2023, n. 232, decreto attuativo della citata legge Gelli-Bianco. Le disposizioni in materia di coperture assicurative e gestione del rischio sono quindi divenute pienamente operative.

È stato implementato l'obbligo effettivo di copertura assicurativa. Tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, devono oggi:

- disporre di una polizza assicurativa conforme ai requisiti di legge oppure adottare misure equivalenti di auto-ritenzione del rischio;
- rispettare i massimali minimi previsti dal D.M. 15 dicembre 2023, n. 232;
- garantire la copertura della responsabilità civile sanitaria secondo criteri uniformi su scala nazionale.

Per i professionisti sanitari, l'obbligo assicurativo assume ormai carattere sostanziale e non più soltanto programmatico.

Viene anche rafforzato il risk management. Il decreto attuativo impone alle strutture:

- una gestione strutturata del rischio clinico;
- procedure organizzative dedicate alla prevenzione dei sinistri;
- l'adozione di un Comitato Valutazione Sinistri (CVS), interno o convenzionato;
- un monitoraggio sistematico degli eventi avversi e del contenzioso.

Si tratta di un passaggio importante perché la responsabilità sanitaria viene sempre più letta in chiave preventiva e organizzativa, oltre che risarcitoria.

Viene valorizzato anche l'obbligo per le strutture di predisporre una relazione annuale sulla gestione del rischio sanitario, con analisi delle criticità e delle misure adottate per migliorare la sicurezza delle cure.

È inoltre in atto un progetto di riforma della responsabilità penale dei sanitari. Sul piano legislativo è particolarmente rilevante il disegno di legge-delega in ambito di professioni sanitarie (scudo penale), approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 settembre 2025. La riforma mira a:

- contrastare la medicina difensiva;
- confermare la responsabilità penale in caso di colpa grave;
- ridefinire l'attuale disciplina della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Al momento, tuttavia, si tratta di un percorso legislativo non ancora definitivamente concluso e occorrerà seguirne l'evoluzione parlamentare.

La Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano si inserisce in un contesto normativo nazionale in evoluzione. La Commissione conciliativa, pur operando soltanto in ambito civilistico, con la valutazione neutra di casi di presunta malpractice sanitaria, può dare un piccolo contributo per contrastare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva" e frenare il forte aumento dei costi assicurativi con polizze spesso molto salate per i sanitari più esposti al rischio cause.

Si auspica che questo importante servizio di valutazione tecnico-giuridica di casi di presunta malpractice sanitaria, messo a disposizione dalla Provincia Autonoma di Bolzano appunto a favore di pazienti e operatori sanitari, quale contributo alla risoluzione stragiudiziale di controversie insorte in questo ambito nonché al miglioramento continuo dei servizi sanitari offerti alla popolazione, continui a venire apprezzato e utilizzato da pazienti e operatori sanitari.

Bolzano, luglio 2026

La Commissione conciliativa per questioni di
responsabilità in ambito sanitario:

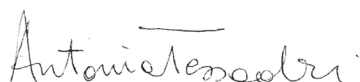
avv.ta dott.ssa Silvia Winkler



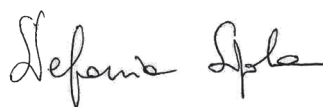
avv.ta dott.ssa Elia Reinstadler



dott.ssa Antonia Tessadri



dott.ssa Stefania Sipala



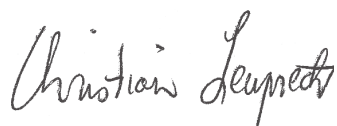
avv. dott. Stephan Vale



avv. dott. Werner Kirchler



Il segretario
Christian Leuprecht





Autonome Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bulsan
SÜDTIROL • ALTO ADIGE