

L'OSSERVATORIO PRIVILEGIATO DEL LABORATORIO DI RESPONSABILITÀ SANITARIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

UMBERTO GENOVESE

SEZIONE DIPARTIMENTALE DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI

La Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università degli Studi di Milano da anni risulta un punto di convergenza del sapere medico e giuridico milanese in tema di responsabilità professionale.



Dal Gennaio 2010 è stato istituito al suo interno il **Laboratorio di Responsabilità Sanitaria**.

Questo Laboratorio si propone come punto di riferimento per lo studio e l'elaborazione dei meccanismi e dei processi che risultano coinvolti nell'interpretazione della Responsabilità professionale Sanitaria, non solo per valutare quanto fatto, ma soprattutto per cercare di migliorare ciò che si deve fare.

In definitiva un Laboratorio universitario pensato perché la teoria sia al servizio dell'applicazione e perché quest'ultima sia incentrata sul paziente e sulla soddisfazione dei suoi bisogni e delle sue preferenze di Sanità. Tutto ciò, puntando anche alla formazione degli *addetti ai lavori*, in quanto il bisogno di aggiornarsi, approfondire e confrontarsi, per mantenere elevata e al passo con i tempi la propria professionalità, deve riguardare anche la consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche intrinseche al fare sanitario.

In effetti, se il compito principale della Medicina Legale rimane quello di agevolare la creazione di una "interfaccia" tra aspetti scientifici e dottrina giuridica, prospettando in particolare, nell'ambito che qui interessa, le "possibili" evenienze di censura tecnica professionale e consentendo poi di quantificare l'eventuale danno alla persona conseguente, non deve essere trascurata la *mission* di favorire la maturazione della coscienza dei "doveri" del medico nella prospettiva non solo legale, ma anche etico-deontologica. Quest'ultimo ambito non di rado viene trascurato, dimenticandone l'estrema importanza non solo a fini applicativi professionali, ma anche valutativi (pochi, forse, si sono accorti che i Giudici fondano le loro sentenze drenando spunti e riflessioni dal nostro Codice Deontologico).

D'altra parte non è un buon segno che l'espressione "responsabilità professionale" sia ritenuta, nel comune linguaggio degli addetti ai lavori, una mera variante semantica di "colpa professionale". La "responsabilità" è e resta una categoria pre-giuridica e deontologica; rappresentando l'essenza stessa della professione sanitaria.

Non si discute che ciò risulti indubbiamente di difficile recepimento, soprattutto qualora si consideri che non di rado si addebitano direttamente alla responsabilità del Sanitario gli eventi

avversi, nonché gli eventi mancati o indesiderati e tutto ciò con vasta eco da parte dei *mass-media*.

A riguardo certamente non può essere sottaciuto, ad esempio, lo stupore che suscita la divulgazione di dati e statistiche riguardo non soltanto all'errore medico, ma anche ai danni in concreto provocati ai pazienti per colpa professionale e che tendono ad associare due concetti in realtà non necessariamente sovrapponibili (l'errore e la colpa), utilizzando dati non estrapolati da studi osservazionali, bensì da calcoli approssimativi quasi sempre inerenti a realtà nazionali diverse dalla nostra.

Basti ricordare, a tal proposito, i titoli riportati con ampia enfasi dai principali quotidiani italiani e che si fondavano sui dati divulgati nel 2004 dall'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri e da Assinform, poi ripresi nel 2006 dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica, in occasione di un convegno nazionale tenutosi presso l'Istituto dei Tumori di Milano (si prendano, ad esempio, gli articoli "Novanta morti al giorno per gli errori della Sanità. Ogni anno 320 mila pazienti danneggiati. Nasce l'osservatorio sui rischi" pubblicato sul Corriere della Sera il 18 settembre 2004 e quello "Sanità, gli errori dei medici provocano 90 morti al giorno. Oltre 14 mila decessi e 10 miliardi di euro di costi all'anno" comparso su La Repubblica del 23 ottobre 2006).

Secondo tali stime, gli errori commessi dai medici o causati dalla cattiva organizzazione dei servizi sanitari sarebbero la causa di un numero di decessi compreso tra 14 mila (secondo l'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri) e 50 mila all'anno (secondo Assinform): il che significherebbe una media di circa 80-90 morti al giorno.

Tali dati risultano pienamente in disaccordo non solo con la percezione del fenomeno in Italia, ma anche con la diretta esperienza nell'ambito del Settore medico-legale milanese e ciò pur sapendo che la maggior parte degli eventi anche in Sanità rimangono nascosti, come la parte sommersa di un iceberg e che emergono soltanto quelli più gravi (classico è ormai il riferimento, in ambito di Clinical Risk Management, alla proporzione di Heinrich, pur se concepita per il mondo dell'industria negli anni '50).

A tale proposito è senz'altro da citare uno studio del Laboratorio sulla casistica necroscopica della Sezione di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università degli Studi di Milano riguardante i casi giunti alla osservazione per "sospetta" *malpractice*. Il periodo preso in esame ha interessato un arco di tempo dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2009. Il campione è stato suddiviso ed analizzato secondo parametri demografici (sesso, età); si sono quindi valutate specificamente le aree mediche specialistiche interessate, con particolare attenzione all'area chirurgica, alla medicina internistica e generale, alla problematica delle procedure diagnostiche e terapeutiche interventistiche. Sono state oggetto di particolare valutazione l'ostetricia-ginecologia, l'ortopedia e l'anestesia-rianimazione. Inoltre si è effettuata un'analisi specifica dell'ambito infermieristico e assistenziale, della medicina del territorio e del Pronto Soccorso. Infine si sono valutate le cause di morte rilevate all'atto necroscopico. I risultati ottenuti verranno comunicati in una conferenza che si terrà a fine ottobre (con grande probabilità il 29) presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Milano. Questi ultimi, che già da ora si possono dire di gran lunga inferiori proporzionalmente a quelli che si citavano all'inizio (80-90 morti al giorno per errori medici), non mirano di certo ad inficiare o sminuire il favorevole ruolo della divulgazione inerente alla frequente possibilità dell'errore in Medicina, ma a sottolineare l'importanza che questa scaturisca da studi nazionali (vale a dire non applicando acriticamente percentuali provenienti da indagini condotte in altri Paesi), scientificamente corretti e verificabili, così da eventualmente indurre ad una censura nei

riguardi di coloro i quali diffondono dati privi di evidente fondatezza, che non sono utili a migliorare la cultura dell'errore, ma posseggono, quale unica finalità, quella di fomentare la sfiducia nella Sanità e di conseguenza il contenzioso medico-paziente.

Con ciò non si vuole di certo inficiare o sminuire il favorevole ruolo della divulgazione inerente alla frequente possibilità dell'errore in Medicina, anzi, non si può che rimarcare la notevole importanza degli studi svolti in tale ambito, i quali, ad esempio, hanno condotto a focalizzare ancora di più l'attenzione sulle categorie degli errori che più frequentemente si registrano in Sanità.

Tali studi hanno anche avuto il pregio di sottolineare come non debba, inoltre, essere trascurato il fatto che il cittadino percepisca soprattutto il comfort ambientale, la nostra sensibilità psicosociale e la nostra empatia e solidarietà umana nei confronti dei suoi problemi e dei suoi vissuti di malattia, piuttosto che la nostra competenza tecnica e professionale.

Ma anche i disagi provocati dalle disfunzioni organizzative nei percorsi della assistenza, le lunghe liste di attesa, la povertà delle informazioni ricevute, la sensazione di fretta e di estraneità, e magari anche i messaggi contrastanti provenienti dai numerosi attori coinvolti, dotati di un notevole individualismo, contribuiscono ai "sospetti" ed alla sfiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario.

A ciò si aggiunga che la tendenza attuale è quella di unificare e semplificare il più possibile l'operato medico-chirurgico, affermandosi, così, sempre più attività quali il day-hospital, la day-surgery, la chirurgia ambulatoriale e quella mini-invasiva, che se da una parte ridimensionano la spesa pubblica in campo medico e riducono i rischi connessi alla prolungata ospedalizzazione, diminuiscono, di fatto, la possibilità dell'instaurazione di un concreto e fattivo rapporto medico-paziente.

In uno studio casistico effettuato dal GISDI (Gruppo interdisciplinare di studio sul danno iatrogeno), riguardante 123 denunce a specialisti ortopedici e traumatologi di 5 regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Campania, Puglia e Sicilia), è emerso che circa 100 casi (81,3%) riguardavano prestazioni eseguite presso Aziende Ospedaliere.

Il 66% dei casi era inerente a problematiche di "errata esecuzione", il 18% ad errori nell'assistenza post-operatoria ed infine il 16% ad errori imputabili alla fase diagnostica. La branca traumatologica è risultata preminente rispetto a quella prettamente ortopedica (78% delle segnalazioni); in ambito traumatologico la maggior parte delle segnalazioni ha riguardato gli esiti di fratture a carico dell'arto superiore (34%) ed inferiore (48%), ovvero lesioni contestuali di muscoli o strutture nervose in relazione ad errore tecnico in sede di intervento (57% dei casi), a scarsa o non adeguata assistenza postoperatoria (16%) e ad errore diagnostico (14%). Per ciò che concerne invece l'Ortopedia, si è trattato di esiti di interventi sul rachide per patologie di tipo degenerativo (33%), interventi di protesi d'anca (33%) e ginocchio.

E' stata anche rilevata una prevalenza delle azioni promosse in sede civilistica (44%), seguite da quelle in sede penalistica (31%) e transattiva (25%). Il riconoscimento della colpa in sede civile si è avuto nel 79% dei casi, mentre in sede penale nel 50%.

In accordo con questi dati risulta lo studio preparato da RVA (Rasini Viganò S.p.A.) per la Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, relativo all'analisi dei dati dell'andamento del contenzioso in Responsabilità Civile generato dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale Lombardo. Oggetto del censimento era l'analisi dei sinistri di RCT/O (Responsabilità Civile Terzi e Operatori), nel periodo 1999-2007, riguardanti tutte le Aziende Ospedaliere, Sanitarie Locali e Fondazioni a partecipazione pubblica facenti capo al Servizio Sanitario della Regione Lombardia. In detto



periodo sono stati raccolti oltre 32.900 sinistri; di questi quasi 18.000 si riferiscono a richieste di risarcimento danni avanzate da e/o per conto del danneggiato (azioni giudiziali extra -giudiziali) per danni subiti nell'ambito dell'attività clinica o assistenziale, di cui l'86,5% generati nelle Aziende Ospedaliere. La specializzazione che ha generato il maggior numero di richieste di risarcimento in sede civile è risultata, appunto, l'Ortopedia-Traumatologia (15,4% dei casi); i casi più frequenti per tale branca riguardano gli errori chirurgici (52%), seguono poi gli errori diagnostici e terapeutici (12% ciascuno), ed in ultimo le infezioni (7%). Gli errori diagnostici, terapeutici e chirurgici riscontrati in Ortopedia e Traumatologia rappresentano anche gli eventi più frequenti in corso di prestazioni erogate in urgenza-emergenza (18% del totale).

I dati sopra riportati concordano, inoltre, con quelli desunti dal "Patient Safety Committee" dell'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), che nel 2009 ha effettuato un sondaggio tra i chirurghi ortopedici, riguardante la malpractice nell'ambito dell'Ortopedia e Traumatologia. Il sondaggio è stato compilato da 917 soggetti, di cui 483 (il 53%) hanno segnalato di aver osservato un errore medico negli ultimi 6 mesi: il 24,7% riguardante problematiche relative a comunicazione ed informazione al paziente, il 29% le attrezzature (63,2% problemi con attrezzature o strumentazioni di sala operatoria, 31,6% protesi), il 13% l'ambito tecnico-esecutivo, il 3,9% l'assistenza infermieristica, il 9,7% la terapia e il 5,6% la corretta identificazione del paziente o del sito chirurgico (nel 59% dei casi si è trattato di errore sul sito anatomico, nel 24% dei casi di effettuazione di procedura errata, nel 5% dei casi di non corretta identificazione del paziente). Per quanto concerne il luogo, il 78% degli errori si è verificato in ospedale, e tra questi il 54% in sala operatoria. Il chirurgo ortopedico è risultato coinvolto in prima persona nel 79% dei casi. Differentemente da ciò che risulta dalle casistiche ed indagini effettuate nel nostro Paese, nello studio sono state rilevate come sedi anatomiche più frequentemente coinvolte il ginocchio (35%), le dita e/o la mano (35%), il piede e/o la caviglia (15%), il femore (10%) ed il rachide (5%).

Ritornando alla realtà italiana, non si può fare a meno di prendere atto che il nostro Paese è tra quelli ove si registra il più alto numero di medici soggetti a procedimenti per colpa professionale, nonché la nazione europea con il più alto numero di Sanitari sottoposti a procedimenti penali: da qui il sorgere della così detta "medicina difensiva", vale a dire di quelle pratiche caratterizzate o da una maggior richiesta di indagini e accertamenti, anche superflui dal punto di vista diagnostico-terapeutico, ma molto pregnanti per ciò che concerne la dimostrazione di prudenza, diligenza e perizia del medico in un futuro contenzioso, ovvero dalla mancata effettuazione di alcuni trattamenti, seppur vantaggiosi per il paziente dal punto di vista tecnico-scientifico, ma che, per loro intrinseche caratteristiche, potrebbero facilmente esporre al rischio di contenzioso.

In un tale contesto non si può che prendere atto che la crisi di relazione tra medico e paziente risulti alla base di un gran numero di contenziosi: i medici sono ritenuti responsabili, perché, anche se da un lato è aumentata la possibilità tecnica e le conoscenze scientifiche, dall'altro è diminuito il tempo dedicato al rapporto col paziente, cos' come minore è la compartecipazione e l'inclinazione all'approccio umano.

Una ottimale relazione tra medico e paziente limiterebbe di sicuro il numero di lamentele e possibili contenziosi: da una analisi effettuata nel 2005 sulle richieste di risarcimento in casi di malpractice di chirurghi ortopedici assicurati da due importanti imprese assicuratrici di uno stato statunitense, nei 24 anni decorrenti dal 1 gennaio 1980 al 31 maggio 2004, su 1810 contenziosi in ambito di chirurgia ortopedica, 28 (5,9%) hanno riguardato, esclusivamente o preminentemente, l'ambito del consenso informato. In tutti i casi, comunque, i pazienti hanno lamentato una



mancanza di informazione e/o consenso: in 15 casi è stato sostenuto che la condizione patologica ortopedica alla base della patologia, e successivamente causa dell'intervento, non era stata adeguatamente spiegata e descritta; in 5 casi che la storia naturale della patologia e la sua possibile evoluzione in assenza della possibile procedura ortopedica non era stata discussa; in 13 casi venivano lamentate complicanze che non erano state prospettate prima dell'intervento; in un solo caso era stata poi avanzata l'incapacità del paziente di esprimere un valido consenso a causa di barriere linguistiche (anche a causa dell'assenza di un traduttore); in 26 casi, infine, veniva sostenuto il verificarsi di comportamenti negligenti e di un mancato rispetto dello standard di cura.

E' indubbio, d'altra parte, che un paziente che si è "sentito" accolto e curato in maniera adeguata, avrà l'impressione che sia stato fatto tutto ciò che poteva essere il meglio, ritenendosi considerato e addirittura protetto dal medico. Non vedrà in questi solamente un tecnico che decide di sua volontà ciò che è meglio per lui, ma si sentirà partecipe delle scelte effettuate, così che, qualora dovesse verificarsi un evento inatteso, saprà meglio distinguere ed accettare ciò che talvolta risulta inevitabilmente indipendente dalle capacità di chi lo ha in cura, in un ambito, come quello della medicina, gravato in ogni sua forma dall'imprevedibilità. Un rapporto ben instaurato con il paziente permetterà, infine, non solo una consapevolezza del paziente, ma aiuterà anche il medico in quelle decisioni che spesso comportano una perfetta *compliance* con le scelte di vita del paziente.

Ciò detto, appare opportuno segnalare, a questo punto, il problema dell'errore medico anche dalla prospettiva del paziente. Come risulta dal XII Rapporto PiT Salute¹ di Cittadinanzattiva e Tribunale per i diritti del malato, il trend di segnalazioni di "malpractice" è risultato abbastanza costante negli ultimi anni, con una "graduatoria" delle diverse specialità mediche coinvolte correlata all'evidenza dell'errore (senz'altro maggiore in quelle di carattere chirurgico) e alle caratteristiche del danno (sua sproporzione rispetto all'iniziale patologia - ad es. in Ortopedia - e sua entità - ad es. in Neurochirurgia). In effetti, *"tra le tipologie di sospetti errori figurano gli interventi (53%) e le diagnosi errate (26%). La gran parte si registra in strutture pubbliche (88%). Sette le aree specialistiche maggiormente interessate da presunti errori medici. Nell'ordine: ortopedia (17,5%), oncologia (13,9%), ginecologia e ostetricia (7,7%), chirurgia generale ed oculistica (5,4%), odontoiatria (5,2%), emergenza e pronto soccorso (2,8%). Della totalità delle segnalazioni pervenute sul tema, solo 28 cittadini su 100 richiedono specifica consulenza medico-legale in vista di una eventuale azione legale. Mentre la gran parte dei cittadini (72%) desidera principalmente segnalare l'accaduto ed ottenere informazioni, orientamento e tutela, anche con modalità che esulano da sedi giudiziarie. L'iter della consulenza medico-legale sortisce un parere favorevole all'esperibilità di eventuale azione legale nel 31% dei casi; diversamente per il 44% dei restanti, non si rilevano elementi di responsabilità professionale tali da supportare procedimenti legali. L'errore accertato riguarda principalmente una errata diagnosi (29% dei casi) ed errata esecuzione di interventi chirurgici (20% dei casi). Tra le tipologie di errore accertato è significativamente rilevante il dato relativo alle infezioni nosocomiali accertate (14%). Nei casi in cui di fatto non si rileva un vero e proprio errore, quello che è messo sotto accusa dai cittadini attiene al delicato*

1 Le informazioni presentate nel Rapporto fanno riferimento alla analisi di 5396 contatti gestiti dalla sede nazionale di PiT Salute, ai quali si devono aggiungere 20223 contatti provenienti dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti sul territorio nazionale e dai servizi PiT Salute locali. Il totale dei contatti ai quali fa riferimento il Rapporto è, quindi, di 25619. Il periodo preso in considerazione va dallo 01-01-2008 al 31-12-2008.

equilibrio della relazione medico – paziente (33,5%) e ad una sempre più carente umanizzazione delle cure (20,2%)".

La rilevanza del problema della comunicazione emerge ancor più qualora si consideri la difficoltà dei Sanitari a segnalare al paziente il ricorrere di un eventuale errore. Se il Code of Medical Ethics dell'American Medical Association enfatizza la responsabilità in capo ai Medici di riconoscere con i pazienti i propri errori (*Concern regarding legal liability which might result following truthful disclosure should not affect the physician's honesty with a patient*) e famosi standard di qualità (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2004) legano l'accreditamento degli ospedali alla comunicazione ai pazienti degli "eventi avversi", non bisogna trascurare di ricordare cosa esplicitamente afferma, riguardo all'impegno all'onestà verso i pazienti, la Carta della Professionalità medica: *"I medici devono fare in modo che i pazienti ricevano onestamente tutte le informazioni necessarie, prima di dare il proprio consenso per una cura e dopo che la stessa sia avvenuta. Ciò non significa che i pazienti debbano essere coinvolti in ogni minima decisione tecnica, ma che debbano avere le conoscenze per poter decidere del corso della terapia. Inoltre i medici dovrebbero riconoscere che, nel processo di cura, a volte si possono commettere errori che nuocciono ai pazienti. In questi casi è necessario informare immediatamente gli interessati, altrimenti verrebbe compromessa la fiducia dei pazienti e della società. Rendere noti gli errori medici ed analizzarne le cause è utile per sviluppare appropriate strategie di prevenzione, migliorare le procedure e, allo stesso tempo, risarcire adeguatamente le parti lese"*.

L'esigenza della adeguata informazione risulta però una priorità non solo del paziente (al fine anche di consentirgli di esprimere un motivato consenso all'atto sanitario), ma anche di chi, appunto, in concreto se ne prende cura, e che non infrequentemente si sente inoltre condizionato nelle sue scelte diagnostiche e terapeutiche più dal timore di incorrere in "guai" giudiziari, che dal perseguire ciò che "scienza e coscienza" gli consiglierebbero.

Ed è anche a tal fine che si muovono le iniziative del Laboratorio di Responsabilità Sanitaria dell'Università di Milano. Nel primo semestre 2010 hanno avuto luogo eventi mirati per professionisti della Sanità, ma anche per intermediari assicurativi, risk manager e insurance manager, e per avvocati. Nel secondo semestre 2010 sono in programma diverse attività formative, tra le quali un convegno per gli Oculisti (8 ottobre, presso l'ospedale Militare di Milano), uno per gli Odontoiatri (19 ottobre, presso l'Istituto di Medicina Legale) ed uno, in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Milano, per i Pediatri. Ma preme soprattutto segnalare il programma de **i mercoledì** del Laboratorio. In un momento in cui tutto appare incentrato sulla *standardizzazione*, il Laboratorio di Responsabilità Sanitaria ha, infatti, ritenuto di andare controcorrente e di proporre una Formazione "sartoriale", "tagliata su misura" per i Professionisti della Sanità: una serie di stimolanti argomenti che si offrono come momento di aggiornamento, approfondimento e discussione riguardo a problematiche del *fare* sanitario e che risulteranno, inoltre, ulteriormente preziosi dal contributo di Docenti esterni di rinomata competenza ed esperienza.

mercoledì 29 settembre 2010	LA SPERIMENTAZIONE CLINICA: RESPONSABILITÀ E TUTELE ASSICURATIVE PER PROMOTORI E RICERCATORI
mercoledì 13 ottobre 2010	L'INFORMAZIONE E IL CONSENSO NEL PAZIENTE COMPETENT E NON COMPETENT
mercoledì 20 ottobre 2010	LA CONTENZIONE DEI MALATI: PROBLEMI E RESPONSABILITÀ



mercoledì 27 ottobre 2010	L'IMPORTANZA DI COMUNICARE BENE LE CATTIVE NOTIZIE
mercoledì 3 novembre 2010	CORSO DI FORMAZIONE PER CONSULENTI TECNICI NON SPECIALISTI IN MEDICINA LEGALE NEI CASI DI COLPA MEDICA
mercoledì 17 novembre 2010	SEGNALARE O NON SEGNALARE? OBBLIGO DI REFERTO E DENUNCIA DI REATO: DUBBI INTERPRETATIVI E SOLUZIONI
mercoledì 24 novembre 2010	COMITATI ETICI PER LA SPERIMENTAZIONE FARMACOLOGICA: RESPONSABILITÀ E TUTELE ASSICURATIVE
mercoledì 1 dicembre 2010	LA PRESCRIZIONE DI FARMACI OFF LABEL: REGOLE, RISCHI E RESPONSABILITÀ
mercoledì 12 gennaio 2011	L'ESPLOSIONE DEI TEST GENETICI: NUOVE RESPONSABILITÀ PER IL MEDICO

Maggiori informazioni riguardo queste ed altre attività potranno essere visionate direttamente sul sito del Laboratorio: www.elleRS.unimi.it.

BIBLIOGRAFIA

- Del Vecchio M, Cosmi L., Il risk management nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2003
- Farneti A, Cucci M., Scarpati S, Problemi di responsabilità sanitaria, Giuffrè Ed., 2007
- Ferrario A, Mariotti P, Serpetti A, La responsabilità medica, questioni processuali, Giuffrè Ed., 2010
- Fondazione ABIM, Fondazione ACP-ASIM, Federazione Europea di Medicina Interna, Carta della Professionalità Medica, The Lancet 2002, 359:520-522 and Annals of Internal Medicine 2002, 136:243-246
- Genovese U, Sollenità L, Presunta malpractice: casistica settoria dell'Istituto di Medicina Legale di Milano, Rivista italiana di Medicina Legale, anno XXXI, Fasc. 1, 2009
- Reason J, Human error, New York, Cambridge University Press, 1990
- Secchi E, La responsabilità Medica, Giuffrè Ed., 2010
- Wright J, Hill P., La governance clinica, McGraw-Hill, Milano, 2003
- <http://www.aaos.org/research/committee/ptsafety/ptsafety.asp>
- http://www.medicina.unimi.it/1188_ITA_HTML.html
- <http://www.cittadinanzattiva.it/i-tuoi-diritti-pit-salute/il-rapporto/rapporto-2008-form.html>
- http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213283906245&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue&pagenam=DG_SANWrapper&rendermode=previewnoinsit
- http://www.rihor.it/cruscottoinformativo/dati-aspetti_legali_assicurativi.aspx

