

Gestione integrata del rischio clinico e del rischio assicurativo

Ernesto Macri¹
Luigi O. Molendini²
Massimo Monturano³

¹ Consulente legale S.I.O.T.
Studio Legale, Avv. Ernesto Macri, Roma;

² Medico Legale, Milano;

³ Hospital Risk Manager, Milano

Introduzione

I recenti interventi legislativi (in particolare, il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con l. n. 189/2012, c.d. legge Balduzzi) tengono costantemente acceso nel nostro Paese il dibattito sul tema dell'assicurazione della r.c. sanitaria, tema attorno al quale si registra un'attenzione sempre più crescente, poiché implica una serie di riflessioni che trascendono il campo prettamente giuridico.

Tra i fattori di crisi che principalmente hanno segnato tanto il quadro in cui la professione sanitaria si svolge quanto il profilo della responsabilità medica e degli altri professionisti sanitari e, di conseguenza, quello del sistema di assicurazione della sanità, va ricordato un profondo mutamento dell'elaborazione giurisprudenziale, che nell'ultimo decennio è passata ad un atteggiamento di estremo rigore nei confronti della classe medica, operando un aggravamento del regime della responsabilità gravante sugli operatori sanitari.

Le conseguenze legate alla dinamica giurisprudenziale, sul piano sociale, ha portato al livello di guardia due aspetti: quello relativo alla medicina difensiva (vedi *infra*) e quello della fuga delle assicurazioni dal settore della responsabilità civile del medico. Per quanto concerne quest'ultimo profilo, com'è noto, all'incremento del contenzioso legato alla *medical malpractice* si è accompagnata, come diretta conseguenza, una profonda crisi dell'assicurabilità per i medici e le strutture sanitarie, seguita nel tempo da un'impennata del costo dei risarcimenti e quindi dei premi assicurativi¹.

In ragione di ciò si è assistito, nelle aziende sanitarie, a un progressivo trasferimento del rischio, con il passaggio dalla copertura assicurativa alla ritenzione diretta, cioè alla cosiddetta "auto-assicurazione".

A tale mutamento si è giunti grazie alla convergenza di orientamenti – sinergici nell'allontanare tra loro assicurazioni e aziende sanitarie – di tutti i soggetti interessati al fenomeno assicurativo, cioè gli enti ospedalieri e gli istituti assicuratori.

Tuttavia, la soluzione assicurativa, al di là se gestita in proprio dalle aziende sanitarie e dalle Regioni o con il trasferimento del rischio alle compagnie di assicurazione, di per sé non è risolutiva, se non è preceduta e accompagnata da altri piani di intervento: in particolar modo, dato l'attuale contesto, è necessario rafforzare un'efficace attività di *risk management*, che consenta di ridurre quanto più

Indirizzo per la corrispondenza:

Avv. Ernesto Macri
Studio Legale Macri
via M. Dionigi, 43
00193 Roma
Tel. +39 06 95226392
Fax +39 06 95227827
E-mail: avv.emacri@gmail.com

¹ Dal rapporto dell'ANIA (Associazione nazionale delle imprese assicuratrici) 2012-2013 sui sinistri nell'area medica, si evince che "rispetto all'anno precedente i premi si sono incrementati del 5,5%: vi ha contribuito essenzialmente l'aumento di oltre otto punti percentuali registrato dal volume premi relativi alle polizze dei professionisti, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore (...) Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2001-2011 si attesta al 7,3% (rispettivamente 5,5% per le strutture sanitarie e 10,3% per i professionisti)" (cfr. Responsabilità civile in ambito sanitario, in Rapporto ANIA sullo stato dell'assicurazione 2012-2013, 221).

possibile gli effetti del rischio stesso e, di conseguenza, prevenirlo.

Il ruolo della giurisprudenza

Come già evidenziato più sopra, tra le cause che hanno particolarmente segnato la traiettoria evolutiva della responsabilità professionale sanitaria, va soprattutto ricordata l'incisiva e prolifica produzione giurisprudenziale, segnatamente della Corte di Cassazione, che elabora sistematicamente i propri principi.

Tra i quali va annoverato, sul finire degli anni novanta del secolo scorso, l'approdo **contrattuale** delle obbligazioni assunte tanto dalla struttura quanto dal professionista dipendente, inaugurando così un indirizzo interpretativo ad oggi consolidato.

Dunque, per quanto concerne l'operatore sanitario, pur mancando un contratto vero e proprio tra il professionista e il paziente, il sanitario sarebbe tenuto a rispondere, a titolo contrattuale, degli eventuali danni cagionati nell'esercizio della sua attività professionale per il solo fatto di essere entrato in **contatto** con il paziente.

Anche il rapporto tra il paziente e la struttura ospedaliera, rileva tanto sotto il profilo dell'inadempimento della prestazione eseguita dal sanitario, il quale, a prescindere da un vero e proprio rapporto di lavoro subordinato del medico con la struttura (pubblica o privata) sanitaria, assume la veste di ausiliario necessario del debitore, quanto sotto il profilo di un inadempimento delle obbligazioni poste a carico dell'ente ospedaliero.

Riguardo a tale ultimo aspetto, ai fini della responsabilità della struttura ospedaliera per carenze organizzative, non è necessario individuare una condotta dell'esercente una professione sanitaria operante in seno all'organizzazione: infatti, in simili contesti, ciò che deve essere accertato è un'eventuale responsabilità dell'azienda considerata nel suo complesso.

L'inquadramento della responsabilità professionale del professionista dipendente e dell'ente, nell'ambito contrattuale, ha delle ricadute anche da un punto di vista pratico, di rilievo certamente non trascurabile, in specie, sotto il profilo del regime dell'**onere probatorio**, dal momento che, graverà sul medico, l'incombenza di provare che la mancata o inesatta esecuzione della prestazione è derivata da impossibilità sopravvenuta a lui non imputabile.

In altri termini, affinché al sanitario e/o alla struttura non venga addebitata alcuna responsabilità, è necessario, anzitutto, dimostrare che la prestazione sanitaria è stata eseguita in modo diligente, ovvero provare che gli esiti peggiorativi – mancata guarigione, aggravamento della malattia, insorgenza di nuove patologie – sono stati determinati da un evento imprevisto o imprevedibile.

Nel percorso evolutivo della responsabilità medico-sanitaria sin qui descritto, la strada sempre più praticata dalle Regioni di adottare il sistema della cosiddetta auto-assicurazione, fa emergere una serie di quesiti e di criticità sul piano squisitamente giuridico, ancora tutti da decifrare, almeno per il settore sanitario.

Un aspetto ancora del tutto inesplorato è certamente rappresentato dalla responsabilità amministrativa a carico del medico e degli altri professionisti sanitari che provocano un danno a terzi.

Non è questa la sede per procedere ad una approfondita disamina di tale profilo, tuttavia appare utile qualche breve, ma essenziale, richiamo.

La responsabilità cd. erariale è quella che si configura ogni volta che una struttura del Servizio Sanitario Nazionale sia stata chiamata a risarcire un danno per colpa medica per il fatto del sanitario che lavora presso di essa, ed abbia conseguentemente sostenuto un esborso per far fronte a tale indennizzo. In tali ipotesi, verso il medico o il sanitario autore materiale del danno la struttura sanitaria può agire in **rivalsa**, attraverso, appunto, l'azione di responsabilità contabile, nei casi in cui questi abbia operato con dolo o con colpa grave. L'assicurazione personale dei sanitari, dunque, svolge una funzione essenziale, di contenimento del rischio per le richieste avanzate da soggetti rispetto a loro terzi, per intrattenere una relazione negoziale qualificabile in termini contrattuali unicamente con la pubblica amministrazione, cui i medesimi appartengono.

Dalla medicina difensiva alla prevenzione del rischio assicurativo

Tra gli effetti più indagati dell'incremento del rischio assicurativo osservato negli ultimi 20 anni è la diffusione incontrollata della medicina difensiva, sia essa positiva (quando si procede con esami e ricoveri evitabili o si prescrivono farmaci inutili) o negativa (ovvero quando si rifiutano pazienti "a rischio").

L'ultimo studio, pubblicato nell'aprile 2015, è stato condotto dall'Agenas (Quaderno di Monitor 2015) ed ha confermato i dati di precedenti indagini. Oltre la metà dei medici (il 58%) dichiara di attuare comportamenti di medicina difensiva pur a fronte della percezione che si tratti di un fattore limitante per la pratica professionale e dannoso per i pazienti. Il costo stimato dall'Agenas è pari al 10,5% della spesa sanitaria nazionale totale annua.

Tra le principali cause i medici intervistati indicano la legislazione sfavorevole (31%), il timore di essere citati in giudizio (28%) e le eccessive richieste, pressioni e aspettative di pazienti e familiari (14%).

In attesa dell'intervento del legislatore e del destino dei disegni di legge in discussione nei due rami del parlamento, sia la struttura che i singoli professionisti hanno la necessità di pianificare interventi per gestire il rischio assicurativo, ovvero finalizzati al contenimento del rischio economico relativo ai costi per le polizze assicurative, agli esborsi diretti per la gestione dei sinistri, al danno all'immagine aziendale, alle spese per le prestazioni che rientrano nella cosiddetta medicina difensiva.

Le attività di *clinical risk management* orientate alla sicurezza dei pazienti

Le attività di *clinical risk management*, introdotte in Italia a partire dall'inizio degli anni 2000 anche grazie alla spinta dei costi assicurativi, sono la prima positiva risposta in termini di prevenzione del rischio assicurativo. Infatti, contribuendo a diffondere la cultura della prevenzione e del miglioramento organizzativo portano ad una riduzione degli eventi avversi che possono essere oggetto di una richiesta danni, unitamente alla importante connotazione etica del miglioramento della qualità delle cure.

L'obiettivo della gestione del rischio clinico è quello di ridurre l'incidenza degli eventi avversi prevenibili e la gravità delle loro conseguenze. A tale fine sono stati adattati alla sanità strumenti e metodologie provenienti da esperienze maturate in altri settori ad alta complessità (aeronautica militare e civile, industria automobilistica, piattaforme petrolifere, centrali nucleari). I principali modelli teorici di riferimento, che si basano sugli studi della psicologia cognitiva nonché su modelli di sociologia organizzativa, focalizzano l'attenzione sui meccanismi comportamentali che portano il professionista a commettere un errore o una violazione e sui fattori organizzativi che possono facilitare tali meccanismi.

Il primo passo per una mappatura del rischio clinico è quello di attingere alle fonti informative già disponibili: richieste risarcimento danni, reclami, flussi amministrativi (SDO).

Ma ciò non è sufficiente, l'esperienza insegna che è fondamentale l'implementazione di un sistema di segnalazione da parte degli operatori degli eventi avversi accaduti o potenziali (*incident reporting*), il che presuppone una diffusa cultura della sicurezza, che a sua volta presuppone una formazione capillare e costante nel tempo. Le segnalazioni dovrebbero riguardare:

- eventi avversi (*accident*), ovvero errori o violazioni che determinano un evento da cui consegue un danno per il paziente;
- eventi indesiderati (*incident*), ovvero errori o violazioni

che determinano un evento ma senza danno clinico per il paziente;

- quasi eventi (*near miss*), ovvero errori o violazioni che non determinano un evento per l'intervento di una barriera di protezione.

Un sistema di *incident reporting* maturo e utile per la finalità di prevenzione del rischio deve rispondere ad alcune caratteristiche:

- tempestività delle segnalazioni;
- consistenza numerica delle medesime (dati indicizzati), e l'alto tasso di *near miss* rispetto a *incident* e *accident*;
- adozione di azioni correttive efficaci e la restituzione ai professionisti.

Tra le metodologie di analisi per la ricerca delle cause degli eventi o quasi eventi, una delle più diffuse e di semplice applicazione è la *Root Cause Analysis*, definita reattiva poiché si attua a seguito di un evento indesiderato accaduto. Nella realtà, il confine tra metodologie reattive e proattive/preventive può essere talvolta sottile, si pensi ad esempio all'effettuazione di una *Root Cause Analysis* su un evento potenziale (i cosiddetti "*near miss*" o quasi eventi), in tal caso la definizione di metodo preventivo potrebbe essere più calzante.

A prescindere dalle classificazioni, la caratteristica principale di tale metodologia è che si fonda su una concezione sistemica dell'errore umano, secondo la quale quando un professionista in "prima linea" compie un errore e/o una violazione, determinando in tal modo un evento indesiderato (produttivo o meno di danno per il paziente), quasi sempre tale evento ha anche delle concause sistemiche, riconducibili a falle o "errori latenti" all'interno della organizzazione nel quale l'operatore agisce, costituito dall'interazione tra più parti (strumenti/tecnologie, metodo/organizzazione, persona). Tali concause non sono sempre di agevole individuazione, sia perché è più istintivo e semplice, soffermarsi sul primo anello della catena (l'operatore che ha commesso l'errore e/o la violazione) e fermarsi all'individuazione del "colpevole", sia perché le concause sistemiche (dette anche errori latenti), sono spesso lontane nello spazio e nel tempo rispetto agli errori attivi e/o alle violazioni che hanno direttamente determinato l'evento.

La *Root Cause Analysis*, oltre ad essere indicata in caso di accadimento di evento sentinella (vedi raccomandazione del Ministero della Salute del marzo 2008), può essere effettuata per qualunque tipologia di evento anche solo potenziale (*near miss* o quasi eventi). Tale estensione è significativa poiché la possibilità di apprendimento dagli eventi potenziali è analoga a quella per gli eventi accaduti ma con il vantaggio che non vi sono tensioni legate a possibili contenziosi, indagini della magistratura, pressione dei mass-media, sensi di colpa da parte degli operatori.

A tale attività possono essere affiancati gli studi di processo basati sulla analisi dei modi di errore e dei loro effetti: FMEA (*Failure Mode & Effect Analysis*) e HFMEA (Healthcare FMEA). Si tratta di metodologie di analisi preventive finalizzate a migliorare l'affidabilità e la sicurezza, che sono nate in ambito aerospaziale e missilistico ed in seguito trasferite ad altri settori complessi quali centrali nucleari, industria automobilistica e chimica, per essere progressivamente adattate ed utilizzate anche in ambito sanitario.

Lo scopo per cui sono nate è che gli ingegneri non potessero permettersi, per ragioni di sicurezza e di costi, di lanciare un missile per verificare il suo funzionamento senza prima avere fatto una minuziosa e dettagliata analisi di processo ed avere ipotizzato sulla carta tutto ciò che potenzialmente poteva non funzionare (modalità di errore) e le relative conseguenze (effetti).

La metodologia FMEA/HFMEA nella sua versione semplificata prevede di:

- definire un gruppo multidisciplinare con rappresentanti di tutte le aree interessate dal processo;
- scomporre il processo in più sottoprocessi;
- scomporre ogni sottoprocesso nelle singole attività identificando l'autore della stessa;
- chiedersi per ogni attività cosa può non funzionare, quale modo di errore può accadere;
- attribuire un peso alla probabilità (P) che possa verificarsi quel modo di errore ed al relativo danno conseguente (D) sulla base di una matrice standardizzata;
- definire un valore di rischio (R) del modo di errore derivante dalla moltiplicazione di P per D, in funzione di una matrice di rischio predefinita, con assegnazione al modo di errore di una classe di rischio;
- approfondire l'analisi per i modi di errore classificati come a rischio medio ed elevato, definendo le possibili cause del modo di errore, attribuendo un peso ad ogni singola causa secondo parametri predefiniti;
- definire azioni correttive per ogni singola causa del modo di errore.

La metodologia di analisi utilizzata prevede che il gruppo di lavoro raggiunga il consenso nell'attribuzione dei punteggi di (P) e (D), al fine di mitigare i giudizi soggettivi. Infatti, in questa fase, non possedendo nella maggior parte dei casi di dati epidemiologici, per esprimere la probabilità di accadimento di ogni singolo modo di errore è necessario affidarsi all'esperienza diretta degli operatori: "quante volte nella mia esperienza di professionista mi è capitato di aver fatto, di stare per fare, di aver sentito fare questo modo di errore?".

Tale metodologia, nell'ambito degli strumenti di *hospital risk management*, è tra quelle che richiede il maggiore investimento di risorse ma i risultati sono estremamente

significativi perché definiscono nel dettaglio tutti gli aspetti critici di un processo classificandoli per priorità di rischio. Il vantaggio è che le risorse potranno essere investite per mitigare i rischi maggiori.

Molte delle azioni correttive attuate in sanità consistono nell'introduzione di barriere di protezione in grado di intercettare errori-violazioni: schede unica di terapia, check list, moduli per identificare il rischio di caduta, moduli per il conteggio garze e ferri, procedure per la comunicazione verbale sicura, per l'identificazione del paziente, per la gestione farmaci ad alto rischio, etc. Su tali argomenti sono numerosi i riferimenti di letteratura e nell'ambito delle attività preventive hanno un valore prioritario le azioni indicate nelle raccomandazioni del Ministero della Salute emanate a partire dal 2006.

È invece molto poco, se non per nulla affrontato, tranne rare eccezioni, il tema della riduzione del rischio clinico mediante una corretta gestione delle conoscenze e competenze dei professionisti sanitari. Negli ultimi dieci anni l'attenzione è stata totalmente assorbita dalla prevenzione degli eventi avversi dovuti ad errori cognitivi di distrazione, fraintendimento, errata interpretazione, dando per scontato un filone che probabilmente nasconde margini di miglioramento altrettanto rilevanti se non superiori a quello degli errori cognitivi inteso in senso stretto.

Conoscenze e competenze in realtà sono parte integrante delle mappe del comportamento umano e degli errori cognitivi ma non sono state trattate poiché la complessità tecnica e le resistenze al miglioramento sono decisamente superiori. La domanda che ci si pone è: in base a quali evidenze oggettive ed a quali risultati per il paziente, si decide che un medico, un infermiere, un tecnico sono abilitati a compiere quell'intervento o quella prestazione sanitaria?

Si tratta di una tematica meritevole di una attenzione da parte delle strutture di *clinical risk management* e delle organizzazioni sanitarie, che presenta ampi margini di miglioramento e che dovrebbe essere perseguita in un'ottica di gestione integrale del rischio clinico.

Gli strumenti per la gestione del rischio assicurativo

Gli strumenti impiegati nell'ambito del *clinical risk management*, perseguendo l'obiettivo di ridurre gli eventi potenzialmente lesivi e di gestire al meglio i casi in cui si commettono degli errori, hanno un effetto indiretto sul contenimento del rischio assicurativo.

Tuttavia, solo una parte dei sinistri sono rappresentati da eventi avversi prevenibili, ovvero quegli eventi sui cui sono dirette le azioni preventive del *clinical risk management*. Pertanto, per perseguire in modo efficace l'obiettivo del

contenimento del rischio assicurativo, le attività di clinical risk management devono essere affiancate dalla introduzione di una serie di iniziative specifiche relative alla gestione dei processi clinici ed alla gestione delle richieste di risarcimento.

Relativamente al primo punto si pone in particolare l'attenzione sui processi di comunicazione con il paziente e sulla tenuta della documentazione sanitaria.

Le problematiche di comunicazione, così come anche la "semplice" percezione da parte del paziente di una attenzione da parte del clinico non in linea con le proprie aspettative, sono uno dei principali motivi che induce ad inoltrare richiesta danni a fronte di un iter clinico che si conclude con un esito diverso dalle proprie aspettative. Tant'è che in molte richieste danni vengono denunciate "inadeguatezze" relative alla comunicazione, alla disponibilità, alle informazioni ricevute, in assenza di errori tecnici riscontrabili.

Il tempo che gli operatori possono dedicare alla comunicazione con il paziente, il coinvolgimento del paziente nelle decisioni cliniche, l'implementazione delle competenze comunicative degli operatori (generalmente non previste dai piani di studio), la disponibilità a raccogliere segnalazioni da parte dei pazienti ed a fornire spiegazioni esaurienti, la gestione delle conflittualità, sono tutte azioni in grado di intercettare le istanze di pazienti che, se non ascoltati, sono propensi a perseguire la loro richiesta di aiuto all'esterno del rapporto con il loro medico e l'ospedale dove sono in cura.

In questa prospettiva un ruolo importante, che talvolta viene gestito in un'ottica prettamente amministrativa risultando sottovalutato dalla componente sanitaria, è quello dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico).

Se i problemi di comunicazione sono ciò che spinge i pazienti a promuovere azioni legali, la qualità della documentazione sanitaria è la prevalente criticità nella gestione dei sinistri.

L'evoluzione della giurisprudenza civilistica, come visto, ha determinato nel corso degli anni il progressivo ampliamento della responsabilità contrattuale ed il graduale spostamento dell'onere probatorio sulle aziende e sui professionisti sanitari. Da ciò consegue l'onere in un eventuale procedimento civile, per la struttura così come per il singolo professionista, di dimostrare di avere correttamente adempiuto ai propri compiti. Pertanto, in caso di carente documentazione a supporto delle decisioni cliniche e dell'attività svolta rischia di venire meno la possibilità di difendersi, con conseguente onere risarcitorio, pur in assenza di un comportamento colposo commissivo od omissivo.

In considerazione di quanto sopra richiamato, la documentazione completa e puntuale dell'attività e dei percorsi decisionali è una componente fondamentale per il conte-

nimento del rischio assicurativo. L'obiettivo comune deve essere quello di avere una documentazione che descrive in modo puntuale tutte le fasi del processo diagnostico-terapeutico ed assistenziale del paziente, nonché i motivi della adesione o non adesione a linee guida e protocolli, in modo da potere dimostrare a posteriori (spesso molti anni dopo) di avere svolto in modo corretto la prestazione. A queste attività vanno poi affiancate quelle di tipo prettamente assicurativo: definizione delle politiche di assicurazione, copertura economica del rischio ritenuto (sia esso una forma di cosiddetta "autoassicurazione, piuttosto che il pagamento di un premio assicurativo e delle franchigie previste dalla polizza), gestione tecnica delle richieste danni.

Per la gestione tecnica delle richieste danni è fondamentale l'effettuazione di una istruttoria tempestiva e completa, da condividere con la eventuale compagnia di assicurazione, sulla base della quale definire una strategia fondata su aspetti di natura clinica, giuridica, organizzativa ed economica.

Nelle attività di prevenzione del rischio assicurativo sopra illustrate hanno un ruolo determinante sia l'organizzazione che i singoli professionisti sanitari. L'organizzazione ha il compito di predisporre gli strumenti, organizzare i processi, definire le regole per la gestione dei processi a rischio e della documentazione sanitaria, svolgere attività di controllo, formare gli operatori, diffondere le buone pratiche, nonché occuparsi della gestione dei sinistri e delle coperture economiche del rischio assicurativo.

Dal canto loro gli operatori sono tenuti ad utilizzare gli strumenti messi a disposizione dall'organizzazione, applicare le buone pratiche ed i protocolli, gestire in modo corretto la comunicazione con il paziente e la documentazione clinica, promuovere le azioni di miglioramento.

Tutto quanto sopra per perseguire l'obiettivo comune di risarcire unicamente le conseguenze degli errori che potevano essere prevenuti e quindi i casi nei quali sono identificabili effettivi comportamenti colposi.

Considerazioni conclusive

Così come le azioni di clinical risk management implicano il passaggio da un approccio reattivo agli eventi avversi ad un approccio proattivo finalizzato a prevenire gli errori ovvero limitarne gli effetti dannosi, analogamente prevenire il rischio assicurativo significa passare dalle attività "reattive" di sola gestione dei sinistri, spesso soprattutto in passato delegate in toto alle compagnie di assicurazione, all'implementazione di vere e proprie attività per la prevenzione dei sinistri.

I risultati più efficaci si possono perseguire attuando una azione di risk management che non si limita alla riduzione degli eventi avversi prevenibili, ma si occupa anche di presidiare le

attività per il contenimento del rischio assicurativo con misure specifiche relative a: tracciabilità delle azioni svolte, effettiva condivisione con il paziente del piano di cura, gestione dei reclami e dei sinistri, nonché quantificazione del rischio ritenuto e scelta delle coperture assicurative.

Bibliografia di riferimento

- AA.VV. *Ospedali e assicurazione: come tutelare il Paziente, il Personale Ospedaliero e lo Stato*. Cineas (reperibile sul sito www.cineas.it) 2014.
- AA.VV. *Medicina difensiva. Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione*. In: *I Quaderni*. Supplemento Monitor (reperibile sul sito www.agenas.it) 2015.
- Crema B, Gigliotti V, Molendini LO. *Gestione interna dei sinistri, proposta di uno strumento operativo*. *Tecnica Ospedaliera* 2015;2:44-51.
- Macrì E. *Profili assicurativi della rc professionale del medico*. In: *Il danno in ortopedia e traumatologia*. Carimate (CO): Griffin Editore 2013.
- Sabbatini R, ed. *Malpractice il grande caos*. I Dossier di ANIA, 2, 2014 (reperibile sul sito www.ania.it).