

Medical overuse, medicina difensiva e nuova riforma della colpa professionale

Specialità e professioni a colloquio

Fabio Cembrani¹, Piergiorgio Fedeli², Diego De Leo³, Mariano Cingolani⁴

1 Professore a contratto, Università degli Studi di Verona

2 Associato di Medicina legale, Università di Camerino

3 Emerito di Psichiatria, Università di Brisbane (Australia)

4 Ordinario di Medicina legale, Università di Macerata



Fabio Cembrani

Corrispondenza a:

Fabio Cembrani

E-mail: f.cembrani@gmail.com

ABSTRACT

Riflettendo sulla inappropriatelyzza (*medical overuse*) e sulla medicina difensiva (*defensive medicine*), gli Autori si interrogano per capire se la nuova (annunciata) riforma italiana della colpa professionale, auspicata a tutti i livelli istituzionali, potrà realmente contenere gli elevati costi economici prodotti da questi ampi e diffusi fenomeni. Dopo aver caratterizzato la *medical overuse* e la medicina difensiva indicandone i tratti comuni e le principali differenze, la riflessione viene condotta esplorando le molte evidenze scientifiche che non documentano alcun nesso di causa-effetto tra la depenalizzazione della condotta professionale e la riduzione dei costi economici prodotti dall'inappropriatezza diagnostica e prescrittiva. Concludono affermando che per il loro effettivo contenimento non sarà utile una terza riforma della colpa professionale che dovrà, invece, focalizzarsi su altre relevantissime questioni, risolvere, in via principale, l'esagerato ricorso alla via giudiziaria, prevedere obbligatori, più rapidi e severi meccanismi conciliativi stragiudiziali e, soprattutto, non lasciare ancora incerto o comunque indefinito l'ombrello protettivo della non punibilità penale del medico.

PAROLE CHIAVE: *medical overuse*, inappropriatelyzza diagnostica, medicina difensiva, colpa professionale

Introduzione

L'idea che il medico sia l'attore di cartello dell'eccesso di prestazioni sanitarie inappropriate (*medical overuse*) è purtroppo diventata una costante che, con un'insolita periodicità, viene prospettata all'opinione pubblica del nostro Paese. Con conseguenze purtroppo deleterie per la nostra credibilità professionale perché, per la diffusione di questo vero e proprio pregiudizio, proprio ai medici si attribuiscono i passivi delle voci di bilancio della nostra sanità pubblica che la Corte dei Conti ha quantificato in 7,42 miliardi di Euro/anno [1] mentre altri li hanno stimati (non si capisce bene sulla base né di quali indicatori né di quali criteri presuntivi) in 10 miliardi di Euro [2], in 11 miliardi di Euro [3] ed addirittura in 13 miliardi di Euro [4].

La profonda diversità di queste proiezioni numeriche testimonia, oltre alla loro evidentissima approssimazione, che la *medical overuse* è un fenomeno non ancora sufficientemente indagato e che il sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci ed inappropriate, in particolare di quelle diagnostiche, non è il prodotto finale della sola medicina difensiva [5] anche se il contrasto di questo fenomeno è stato invocato dal nostro legislatore per approvare le due riforme della colpa professionale già realizzate dal nostro Paese, per ritenere improcrastinabile un ulteriore ammodernamento dell'impianto normativo che regola la responsabilità di chi esercita una professione sanitaria e per auspicare la piena e completa depenalizzazione dell'atto medico [6]. Che non si potrà sicuramente realizzare come ha pubblicamente ammesso il nostro Guardasigilli [7] correggendo quanto ha incautamente annunciato l'attuale Ministro della salute del Governo di Giorgia Meloni [8] per il suo sostanziale difetto di costituzionalità (art. 3 Cost.). Non potendo dimenticare e ricordare agli sbadati che già l'art. 3 della legge 8 novembre 2012 n. 189 (c.d. 'decreto Balduzzi'), con il quale era stata scriminata la colpa lieve dei professionisti sanitari che si fossero attenuti nel loro comportamento alle linee guida e alle buone pratiche dell'*evidence* accreditata a livello internazionale, venne ritenuto essere, in una ordinanza di remissione emessa dal Tribunale di Milano il 21 marzo 2013, la causa di una irragionevole disparità di trattamento che privilegiava il medico (e gli altri esercenti la professione sanitaria) rispetto agli altri protagonisti della responsabilità colposa: questione poi ritenuta inammissibile dal Giudice costituzionale nonostante l'ammessa sua rilevabilità per un sostanziale mero vizio di forma non avendo il Giudice remittente descritto compiutamente "[...] la fattispecie concreta sottoposta al suo giudizio e, conseguentemente, di fornire una adeguata motivazione in ordine alla rilevanza della questione" (ordinanza n° 295 della Corte, depositata il 6 dicembre 2013).

Al di là di questo, ciò su cui dovremmo seriamente riflettere è se sia vero l'assunto che la medicina difensiva è il prodotto della paura/preoccupazione dei medici italiani di restare intrappolati nei contenziosi giudiziari per una presunta *malpractice* e se sia altrettanto vero che l'ulteriore allargamento della forbice protettiva della depenalizzazione darebbe una definitiva soluzione a questa tristissima realtà con un largo risparmio di risorse economiche che potrebbero essere impiegate per finalità sicuramente più nobili; e deflazionare, parallelamente, le aule dei nostri Tribunali intasate dall'elevatissimo numero di cause giudiziarie intentate ogni anno contro i professionisti della salute. Di questo si discuterà in questo breve saggio anticipando, fin da subito, che l'ampio dibattito sulla medicina difensiva è stato spesso condotto in maniera non solo confusa [9] e pericolosa [10] ma soprattutto in modo forzato (quasi strumentale) per portare a compimento alcune scelte politiche realizzate dal nostro Paese nell'ultimo decennio [11].

Caratteristiche generali della *clinical overuse* e della *medicina difensiva*

L'*overuse* di prestazioni sanitarie inefficaci/inappropriate e la *medicina difensiva* non sono un'endiade sia pur avendo, tra loro, alcuni tratti comuni; la prima è, infatti, l'effetto prodotto da tutta

una serie di variabili tra le quali l'ipertrofia della strategia diagnostica, le logiche di finanziamento e di incentivazione basate sulla produzione (non sull'appropriatezza) delle prestazioni, la medicalizzazione della società e le crescenti aspettative dei cittadini sull'infalibilità della cura [12]; la seconda è, invece, il prodotto finale di un atteggiamento autoprotettivo del medico consciamente mirato a ridurre al minimo, nell'eccezione più accreditata e comune [13], il rischio dei pur sempre possibili contenziosi da presunta *malpractice*. Entrambi i fenomeni producono, naturalmente, un eccesso di consumi e di paralleli costi economici anche se ciò che varia sono i loro fattori causali: ampi ed eterogenei per la *clinical overuse* [14], molto più contenuti, invece, per la medicina difensiva che richiede la sostanziale consapevolezza di autoprotezione dei professionisti. Anche se, in letteratura, le definizioni di quest'ultima spaziano all'interno di due estremi come indicato da una tra le rare *review* fin qui condotte, realizzata sulla base di 50 studi reperiti nelle banche dati internazionali [15]: accanto ad una concettualizzazione contenuta connessa alla sostanziale autodifesa giudiziaria del medico esiste, infatti, una definizione più ampia che dilata il perimetro dell'autoprotezione includendo, tra gli altri, la paura dell'insoddisfazione del paziente, la preoccupazione di trascurare una diagnosi grave ed il timore di compromettere la propria reputazione personale. Panella e Coll. [16], Tanriverdi e Coll. [17] e Osorio e Coll. [18] ritengono, così, che le difficoltà comunicative e quelle relazionali motivano i medici nelle prassi difensive al fine di ristabilire un miglior clima di cura; anche il desiderio dei medici di non esporsi alla violenza verbale e/o fisica dei pazienti li motiverebbe a questa prassi che rimetterebbe al centro le esigenze dei pazienti e dei loro familiari e la loro assicurazione [19]. La preoccupazione di trascurare una diagnosi con gravi conseguenze per il paziente motiverebbe, inoltre, i medici ad intraprendere prassi difensive [20] con una forte interferenza esercitata dalle esperienze professionali negative vissute dai Colleghi di lavoro [21]. L'altrettanto forte preoccupazione sulla pubblicità negativa che può derivare da una diagnosi errata spingerebbe, ancora, il 68% dei medici inglesi intervistati ad una pratica difensiva [22] che, a loro giudizio, consentirebbe di ridurre al minimo gli errori senza compromettere la propria reputazione personale e progressione di carriera [23].

A queste cause che spingono consciamente il medico a realizzare agiti difensivi se ne associano tuttavia altre essendoci molti studi che la riconnettono a fattori prevalentemente inconsci come ammettono Brilla e Coll. [24], Motta e Coll. [25], Olcay e Coll. [23] e Yan e Coll. [26] i quali ritengono che essa si sia radicata nella tradizione medica senza alcuna relazione con il desiderio di autoprotezione individuale. Anche se non può essere confuso il comportamento professionale prudente con quello difensivo; soprattutto perché la prudenza è una virtù ineludibile del ragionamento clinico sempre e comunque mirato all'interesse del bene principale oggetto di protezione giuridica (la salute della persona) mentre il comportamento difensivo lo pone in controtelaio antepoendo ad esso la sostanziale protezione degli interessi personali del professionista. Con la conseguenza che non tutto ciò che viene fatto rientra negli sprechi di denaro pubblico prodotti dalla medicina difensiva è l'effetto di un comportamento abnorme o comunque deviante del medico risultando difficile la rigorosa demarcazione dei confini esistenti tra le pratiche mediche sicuramente difensive e le prassi rigorosamente prudenziali [27] pur anche ammettendo che la medicina difensiva sia "una sorta di tassa di lusso per i Paesi più ricchi con sistemi giudiziari caratterizzati da pene severe sugli illeciti" [9]. Realtà, questa, tuttavia smentita dalla letteratura internazionale che non ammette una sicura relazione causale tra i *medicolegal systems* dei vari Paesi e la medicina difensiva che è un fenomeno trasversale, comune a tutte le zone del mondo (anche in quelle a reddito basso e medio-basso come confermato dall'unica meta-analisi fin qui eseguita su 64 studi selezionati che hanno coinvolto 35,9 mila medici di 23 Paesi [28]) ed anche in quelle che molto prima di noi hanno deciso di riformare la colpa professionale con la previsione di un ampio scudo penale. Infatti, anche in Europa la medicina difensiva è una pratica cui i medici ricorrono indipendentemente dalla numerosità della *malpractice litigation* la quale, guardando alla

responsabilità penale, è una realtà estremamente rara in Olanda [29], in Danimarca ed in Germania [30] e del tutto infrequente in Inghilterra e in Francia, Paesi, questi ultimi, in cui, nel periodo 2022-2023, sono state rispettivamente presentate 11 denunce penali contro i medici e poco più di 13 mila richieste risarcitorie al *NHS England* diversamente da ciò che accade in Italia, luogo in cui si contano, purtroppo, 35.600 cause/anno intentate contro i medici [31]. Un contenzioso davvero implosivo che può aver profondamente interferito gli stili di esercizio della pratica clinica dei medici italiani [32] anche se ciò su cui dovremmo seriamente riflettere è se una nuova riforma della colpa professionale potrà realmente calmierare gli sprechi da essa prodotti o se, invece, ciò che realmente serve sono azioni più strutturate che devono tener conto dell'ampia eterogeneità dei fattori produttivi delle prassi difensive e della circostanza che molti studi escludono la possibilità di disattivare queste deleterie prassi attraverso la sola riforma della colpa professionale [33].

Il termometro della colpa professionale: la colpa lieve e la colpa non lieve

La graduazione della colpa per l'esonero dalla responsabilità penale del medico (e degli altri professionisti della salute) è stata, come sappiamo, al centro della stagione delle riforme realizzate nell'ultimo decennio, accolte con pareri contrastanti e comunque discordi. La prima riforma, realizzata con la legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. 'decreto Balduzzi'), accolta anche dal mondo professionale con grandissime riserve per la sua "laconicità e incompletezza" [34], ha declinato le clausole di esiguità della colpa depenalizzando quella lieve dell'"esercitante la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica" (art. 3) senza comunque compromettere l'obbligo del risarcimento civilistico del danno. La seconda riforma, introdotta con la legge 28 febbraio 2017, n. 244 ('Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario', c.d. 'legge Gelli-Bianco') accolta con grandi plausi ed all'esito di una petizione pubblica che chiedeva di velocizzarne l'approvazione, ha poi rimesso tutto in gioco depenalizzando, in ultima analisi, la sola imperizia e così rinunciando al termometro della colpa come indicatore della sua rilevanza penale [35]. Con una scelta che ha sonoramente bocciato la strada maestra della cultura della non punibilità delle colpe meno gravi introdotta dal decreto Balduzzi e che si è sbarazzata di quella promettente elaborazione giurisprudenziale che aveva riempito di contenuti quella prima riforma della colpa ricomprendendo nella sfera del non rimprovero penale non solo l'imperizia ma anche la negligenza e l'imprudenza professionale, purchè non gravi [36]. Anche se poi la graduazione della colpa è rientrata dalla porta di servizio per l'effetto della pandemia da Covid-19, del recentissimo decreto Milleproroghe (legge 23 febbraio 2024, n. 18) e di una sentenza delle Sezioni Unite della Corte di cassazione (sent. n. 8770 del 22 febbraio 2018) alla quale si era dovuto appellare il Procuratore generale per dare una soluzione alle diverse interpretazioni interne. Un primo orientamento della Corte aveva, infatti, rilevato l'inutilità di quella parte della legge Gelli-Bianco che aveva escluso la punibilità del professionista laddove il suo comportamento si fosse adeguato al sapere scientifico codificato (linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali codificate ai sensi di legge) perché, in questa ipotesi, la censura penale non sarebbe possibile, cosicché la nuova riforma avrebbe introdotto una abrogazione parziale delle sole condotte sanitarie connotate da colpa lieve. L'opposto orientamento, a partire dall'interpretazione letterale della seconda riforma, riteneva, invece, che la causa di esclusione della punibilità era da circoscrivere ai soli casi di imperizia laddove il comportamento professionale si fosse attenuto al rispetto del sapere scientifico codificato; ritenendo così più favorevole l'ombrello protettivo allargato dalla legge Gelli-Bianco proprio sul presupposto dell'eliminazione della graduazione della colpa, cosicché se prima il professionista non rispondeva solo per i casi di colpa lieve, ora lo stesso non era punibile nemmeno nel caso di imperizia grave. Discutendo ed affrontando il contrasto interpretativo interno, le Sezioni Unite della

Corte di cassazione, alla luce dell'art. 12 delle preleggi, hanno così ritenuto che, laddove l'esercente sanitario abbia selezionato linee guida adeguate al caso concreto agendo in modo professionale corretto e, ciò nonostante, si sia verificato una sequela lesiva, l'atto professionale connotato da imperizia rientra nell'ambito di operatività della clausola di esiguità. Valorizzando, così, ancora una volta il grado della colpa che richiede una valutazione in concreto tenuto conto del quadro clinico generale presentato dal paziente, delle particolari condizioni in cui si è trovato ad operare il professionista, del grado di specializzazione, del grado di atipicità e novità della situazione affrontata, della motivazione della condotta, della consapevolezza di una condotta pericolosa e del *quantum* di scostamento tra il comportamento tenuto e quello che si sarebbe dovuto tenere. Così enunciando un nuovo principio interpretativo della legge Gelli-Bianco sulla base del quale chi esercita una professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per la morte della persona o per le sue lesioni personali se l'evento si è verificato: (a) per colpa (anche lieve) da negligenza o imprudenza; (b) per colpa (anche lieve) da imperizia quando il caso concreto non sia regolato da linee-guida o da buone pratiche clinico assistenziali; (c) per colpa (anche lieve) da imperizia nella individuazione e nella scelta delle linee guida o di buone pratiche clinico-assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto; (d) per colpa grave da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio e delle speciali difficoltà dell'azione professionale.

Difficile dire se questa interpretazione giurisprudenziale esprima al meglio le reali intenzioni del nostro legislatore pur dovendo riconoscere che l'esonero dell'imperizia dalla sfera del rimprovero penale è stato introdotto da un emendamento abrogativo dell'art. 3 della legge Balduzzi che la proposta di legge originaria presentata da Federico Gelli aveva mantenuto in vita. La graduazione della colpa professionale, espulsa dalla legge Gelli-Bianco, è così rientrata dalla porta principale limitatamente alla sola imperizia grazie alle Sezioni Unite della suprema Corte di cassazione cosicché, in ultima analisi, chi esercita una professione sanitaria risponderà penalmente per imperizia sia grave che lieve qualora manchino linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali o qualora lo stesso professionista non le individui, e per sola imperizia grave laddove il caso sia regolato da specifiche linee guida approvate ai sensi di legge o, in loro carenza, da buone pratiche clinico-assistenziali. La conseguenza di ciò è che il medico risponde sempre per colpa (anche lieve) quando il suo comportamento o la sua omissione sia stata negligente o imprudente e per colpa (anche lieve) per imperizia nell'ipotesi di mancanza di linee guida o, in alternativa, di buone pratiche clinico-assistenziali o per errore nella scelta delle stesse. L'esenzione dalla responsabilità penale opera, invece, solo riguardo alla fase esecutiva nell'attuazione delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali adeguate alla situazione specifica nell'ipotesi in cui la morte della persona o la sua lesione personale si sia verificata a causa di un'azione o di una omissione imperita.

Conclusioni

Se dovessimo passare sotto la lente di ingrandimento gli effetti prodotti dalle due riforme della colpa professionale realizzate dal nostro Paese per contrastare la medicina difensiva e deflazionare il contenzioso giudiziario, il loro bilancio sarebbe sicuramente negativo per non dire addirittura fallimentare: la *trend* in aumento del contenzioso giudiziario italiano non è stato, infatti, interrotto e gli sprechi prodotti dagli agiti difensivi, stando ai dati pubblicati, non sono stati certamente contenuti pur dovendoci chiedere se la *clinical overuse* registrata anche in Italia sia l'effetto finale di un agito professionale finalizzato a non cadere nelle insidiosissime trappole del conflitto giudiziario, o se essa non sia, in alternativa, l'effetto di altre più complesse variabili che dovrebbero essere meglio approfondite ed esplorate se l'obiettivo finale è quello di correggere questa diffusa realtà, che è un fenomeno non solo italiano. Quello che è tuttavia certo è che una terza riforma della colpa

professionale non dovrebbe puntare a contenere i suoi effetti come confermano la gran parte degli studi presenti in letteratura. Per ridurre il ricorso alla lite giudiziaria servono, infatti, meccanismi conciliativi stragiudiziali molto robusti e soprattutto credibili per contrastare, per la nostra personalissima esperienza, la temerarietà di molti conflitti e, del tutto probabilmente, l'allargamento delle maglie già previste dall'art. 131-bis c.p. per il riconoscimento della particolare tenuità del delitto, oggi circoscritte al limite della pena edittale (due anni di reclusione). Per la medicina difensiva, considerati i suoi eterogenei e complessi fattori causali, servono, a loro volta, altre strutturate azioni che devono puntare ad ottimizzare la formazione medica, a migliorare la comunicazione medico-paziente, a potenziare i sistemi assicurativi eliminando le attuali capziose franchigie e l'esclusione dalla copertura della colpa grave e a favorire, soprattutto, la nascita di un nuovo patto di reciproca alleanza tra i cittadini e chi si occupa della loro salute. Senza una nuova alleanza, che dovrà bilanciare il legittimo diritto del paziente al risarcimento del danno e l'altrettanto legittimo diritto del medico (e degli altri professionisti della salute) di curare senza l'ansia e la preoccupazione di essere chiamati a rispondere nelle aule di giustizia, l'attuale (negativa) rotta di tendenza non potrà essere sicuramente invertita ed i costi prodotti dalla medicina difensiva aumenteranno ulteriormente. Servirà una terza riforma della colpa professionale? Pensiamo di sì, ma non certo per procedere alla depenalizzazione dell'atto medico che infrangerebbe il principio di uguaglianza stabilito dall'art. 3 della nostra Costituzione ma per dar forma e sostanza a questo nuovo patto di alleanza basato sul reciproco rispetto.

BIBLIOGRAFIA

1. Audizione della Corte dei conti sul Documento di economia e finanza 2016 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 19 aprile 2016.
2. Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in sanità, Roma 22 gennaio 2013.
3. ANAAO-ASSOMED, Audizione alla Camera dei Deputati, 11 ottobre 2023.
4. Lorenzin B., in *Panorama sanità del 10 settembre 2015*.
5. Garattini L., De Compadri S., *Medicina difensiva: tutto e il contrario di tutto*, in *Ricerca e Pratica*, 2020, 36(4); 169 e ss.
6. Depenalizzazione atto medico. ANAAO: "Restituire tranquillità nell'erogazione delle cure", in *Quotidiano sanità* 27 novembre 2023.
7. Colpa medica. Nordio: "Molto difficile se non impensabile una depebnalizzazione ma si può ridurre la possibilità di aggredire gli operatori sanitar con denunce e case civili. In *Quotidiano sanità* 18 aprile 2023.
8. Depenalizzazione atto medico. Schillaci: "Va fatto, per dare serenità ai professionisti e far risparmiare il Servizio sanitario nazionale, in *Quotidiano sanità* 14 dicembre 2023.
9. Garattini L, Padula A., *La medicina difensiva in Europa: una 'chiusura del cerchio'?*, in *Eur J Health Econ*, 2020; 21: 477 e ss.
10. Laarman BS, Bouwman RJR, de Veer AJE et al. *Is the perceived impact of disciplinary procedures on medical doctors' professional practice associated with working in an open culture and feeling supported? A questionnaire among medical doctors in the Netherlands who have been disciplined*, in *BMJ Open*, 26 Nov 2020, 10(11).
11. Padovani T., *La disintegrazione attuale del sistema sanzionatorio e le prospettive di riforma: il problema della comminatoria edittale*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1992.
12. *Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025*.
13. Guthorn PJ., *Toward a defensive stance in medical practice*, in *J Med Soc N J*, 1968; 65: 548 e ss.
14. Segal J.B., Sen A.p., Glanzberg-Krain E., *Factors associated with overuse ih Health Care With in US Health Systems*, in *Jama Health Forum*, 2022;3(1).
15. Baungaard N., Labely Skovvang P., Assing Hvidt E. et Al., *How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review*, in *BMJ Open*, 022; 12(1): 57-169.
16. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F. et al. *Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians*, in *J Health Serv Res Policy* 2017;22:211–7.
17. Tanriverdi O, Cay-Senler F, Yavuzsen T, et al. *Perspectives and practical applications of medical oncologists on defensive medicine (SYSIPHUS study): a study of the palliative care working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG)*, in *Med Oncol* 2015;32. 10.1007/s
18. Osorio D, Ribera A, Solans-Domènech M., et al. *Healthcare professionals' opinions, barriers and facilitators towards low-value clinical practices in the hospital setting*, in *Gac Sanit* 2020;34:459–67.
19. Symon A., *Litigation and changes in professional behaviour: a qualitative appraisal*, in *Midwifery* 2000;16:15–21.
20. Summerton N., *Trends in negative defensive medicine within general practice*, in *Br J Gen Pract* 2000;50:565 e ss.
21. Müller BS, Donner-Banzhoff N, Beyer M, et al. *Regret among primary care physicians: a survey of diagnostic decisions*, in *BMC Fam Pract* 2020;21:53 e ss.
22. Ramella S, Mandoliti G, Trodella L, et al. *The first survey on defensive medicine in radiation oncology*, in *Radiol Med* 2015;120:421 e ss.
23. Olcay A, Emren SV, Babür Güler G, et al. *The opinion of Turkish cardiologists on current malpractice system and an alternative patient compensation system proposal: PCS Study Group*. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2017;45:630–7.
24. Brilla R, Evers S, Deutschländer A, et al. *Are neurology residents in the United States being taught defensive medicine?*, in *Clin Neurol Neurosurg* 2006;108:374–7.
25. Motta S, Testa D, Cesari U, et al. *Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology*, in *BMC Res Notes* 2015;8:343.
26. Yan SC, Hulsbergen AFC, Muskens IS, et al. *Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey*, in *Acta Neurochir* 2017;159:2341 e ss.
27. Coates J., *Defensive medicine*, in *N Z Med*, 2002 Aug 23;115(1160):U144.
28. Zheng J, Lu, Wenjie Li et Al., *Prevalence and determinants of defensive medicine among physicians: a systematic review and meta-analysis*, in *Int J Qual Health Care*, 7 dicembre 2023;35(4).
29. Van Boven K, Dijksterhuis P, Lamberts H., *Defensive testing in Dutch family practice. is the grass greener on the other side of the ocean?* *J Fam Pract* 1997;44:468–72
30. Schaffartzik W, Neu, *The frequency of medical malpractice: the results of the German Expert Panels and Arbitration Boards for Medical Liability*, in *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 2008;102(9):525 e ss.
31. *Colpa medica. Il flop (97%) di cause e risarcimenti non ferma le denunce. Omceomi:*

- “No impunità ma depenalizzazione necessaria, in Quotidiano sanità 5 luglio 2023.
32. Traina F., Medical malpractice: the experience in Italy, in Clin Orthop Relat Res, Febbraio 2009;467(2):434 e ss.
 33. Andrew Symon MA, Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem, in Midwifery, Volume 16, Issue 1, March 2000, 8-14.
 34. Corte di cass., sez. IV, n. 16237 del 29 gennaio 2013.
 35. Caputo M. (2017), Colpa penale del medico e sicurezza delle cure. Torino, p. 80.
 36. La sentenza apripista di questo orientamento estensivo è la decisione Cass. sez. IV, 9 ottobre 2014, n. 47289.