

# Ulcera terminale di Kennedy e lesione da pressione: due differenti profili di responsabilità professionale per una lesione uguale

Riccardo Garcea, Paolo Savelli

AIUC Regione Lazio, Roma, Italia

## RIASSUNTO

La recente giurisprudenza prevede un contenzioso svantaggioso con una forte soccombenza per negligenza inerente le ulcere da pressione, anche quando queste sono lesioni di fine vita non diagnosticate correttamente come l'ulcera terminale di Kennedy e, quindi, patologie inguaribili che non prevedono una responsabilità professionale. Gli autori analizzano sia la giurisprudenza disponibile degli ultimi 15 anni in materia di decessi attribuibili anche in parte a lesioni da pressione, che cartelle cliniche disponibili, evidenziando le differenze tra queste due problematiche, focalizzando il differente aspetto di responsabilità professionale e le attuali "tendenze" giuridiche.

Corrispondenza: Riccardo Garcea, AIUC Regione Lazio, Via Campania 37/a, Roma, Italia.  
Tel.: +39.3313688551.  
E-mail: dr.garcea@libero.it

Parole chiave: ulcera di Kennedy, responsabilità professionale, lesioni da pressione, lesioni da decubito.

Contributi: GR, pianificazione e strutturazione dello studio, analisi medica e legale; PS, esperto di infermieristica.

Conflitto di interessi: RG dichiara una situazione di conflitto con l'ex-Sofar S.p.A.; PS dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori confermano l'accuratezza dei contenuti.

Disponibilità di dati e materiali: tutti i dati analizzati in questo studio sono disponibili nel presente articolo.

Approvazione etica e consenso alla partecipazione: non applicabile

Consenso alla pubblicazione: non applicabile.

Ringraziamenti: al S. Ten. CC RN Claudia Raiano per l'aiuto nella ricerca giuridica.

Ricevuto: 26 aprile 2023.

Accettato: 9 giugno 2023.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Italian Journal of Wound Care 2023; 7(2):101

doi:10.4081/ijwc.2023.101

## Introduzione

Una lesione cutanea in un paziente terminale viene spesso diagnosticata come lesione da pressione, i cosiddetti "decubiti", creando così un potenziale presupposto per un'azione risarcitoria per responsabilità professionale da parte degli eredi, essendo tali lesioni spesso attribuite ad una carenza assistenza.

Dall'esame delle cartelle cliniche giunte alla nostra osservazione e della letteratura,<sup>1-4</sup> risulta che una buona parte di tali lesioni possono essere tranquillamente classificate come ulcere terminali di Kennedy (alcune addirittura delle *3:30 syndrome*,<sup>5</sup> caratterizzate da un'aspettativa di vita di poche ore), consistenti in eventi tipici del fine vita, inevitabili ed incurabili e quindi privi di ogni responsabilità professionale sanitaria, salvo in caso di errori grossolani.

## Le lesioni da pressione

Si definisce lesione da pressione, quella particolare ferita cutanea, sottocutanea, muscolare e/o ossea, causata da prolungata pressione e/o ripetuta frizione (fattori estrinseci) tra il piano d'appoggio e la superficie ossea di un soggetto allettato o immobilizzato a causa dell'età avanzata o delle condizioni cliniche (fattori intrinseci).

Quando la compressione supera il valore pressorio della circolazione capillare, spesso alterato da edema o condizioni patologiche interessanti la cute o il sistema cardiovascolare, il sangue ossigenato non raggiunge i tessuti e si ha l'ischemia, alla quale il corpo risponde inizialmente con una vasodilatazione (eritema) ed alla quale (se non si ha risoluzione) segue la necrosi tissutale.

Per questo motivo le lesioni da pressione da postura obbligatoria originano prevalentemente a livello delle zone

di contatto osseo più superficiali: sacro coccigea, ischiatiche, cute dei talloni o lato del piede, spalle, scapole, gomiti e non ultima la regione occipitale.

La prevenzione di tale complicanza non consiste solamente nel mobilizzare periodicamente il paziente su un materasso specifico, come descritto sin dal 1948,<sup>6</sup> ma anche in una serie di interventi finalizzati alla riduzione di ogni fattore di rischio nei pazienti più a rischio (corretta valutazione dei rischi ed adeguata nutrizione, *skin care*, mobilizzazione precoce anche nei pazienti critici delle terapie intensive,<sup>7</sup> superfici di appoggio e di supporto idonee quali materassi ad aree gonfiabili automatizzati che prevedono spostamenti nelle aree di scarico, procedure per spostare il paziente, in particolare quelli incoscienti, impiego di materiali per favorire lo scivolamento, etc.).<sup>8</sup>

### Stadi delle lesioni da pressione

Per la classificazione delle lesioni da pressione, viene largamente utilizzato quella elaborata da EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) e PPPIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance),<sup>9</sup> ovvero la suddivisione in quattro stadi in base al tessuto coinvolto.

**Stadio 1:** eritema persistente, ovvero che non “sbianca” con la pressione (non blanching erythema).

**Stadio 2:** comparsa lesione superficiale che interessa solo epidermide e derma.

**Stadio 3:** la necrosi raggiunge l'ipoderma ovvero lo stato di grasso sottocutaneo.

**Stadio 4:** la ferita raggiunge muscoli ed ossa sottostanti.

**Stadio Indeterminato:** l'escara o il tessuto necrotico non permettono di capire la profondità della lesione (Figura 1).

### Le lesioni di fine vita e l'ulcera terminale di Kennedy

Nel 2003 si iniziò a parlare di “skin failure”,<sup>10</sup> ovvero a sostenere che la cute, come altri organi, nelle fasi finali della vita può andare incontro ad uno scompensamento con insufficienza delle proprie funzioni; 2008-2009 un team di

esperti statunitensi fondò un gruppo di lavoro e produsse un documento intitolato S.C.A.L.E. (Skin Changes At Life's End),<sup>11</sup> che identificò tutti i processi di fine vita che interessano la cute, ampliando le conoscenze in merito a tali lesioni, fino ad allora descritte solamente nell'ulcera terminale di Kennedy (K.T.U. – Kennedy terminal ulcer).<sup>12</sup>

Il panel di esperti ha non solo studiato i meccanismi che portano all'insufficienza cutanea, ma comprese ed espone che tali lesioni non sono curabili, poiché incluse nei processi fisiologici di fine vita ed elaborò 10 “statements” in merito, tutt'oggi ancora poco conosciuti da chi non è esperto del settore: i) i cambiamenti fisiologici che avvengono a carico della cute nel fine-vita sono inevitabili anche applicando le misure di prevenzione più idonee o anche oltre le necessità; ii) il programma terapeutico e la risposta del paziente va chiaramente documentato e deve essere rispettato in tutta la documentazione clinica; iii) le cure vanno incentrate sul paziente, includendo la riduzione del dolore e la riduzione della disabilità del paziente; iv) le alterazioni sono dovute alla situazione della cute in questa fase della vita del paziente (e non a fattori esterni n.d.r.); v) le aspettative del paziente nel fine-vita, gli obiettivi e tutto quello che potrebbe accadere va comunicato ed analizzato con il team di professionisti che lo segue e con le persone a lui vicine; vi) fattori di rischio, sintomi e segni non sono completamente noti, ma sono tra questi l'astenia ingravescente, la malnutrizione ecc.; vii) una valutazione di tutto lo stato della cute va fatto periodicamente e documentato, compatibilmente con i desideri e le condizioni del paziente. Particolare attenzione va dedicata alle prominenze ossee ed alle aree con sottostante cartilagini; viii) una visita specialistica è indicata per ogni cambiamento della cute associato ad aumento del dolore, segni di infezione o lesioni e quando i caregivers del paziente esprimono una preoccupazione significativa in tal senso; ix) la causa principale della “skin failure” andrebbe identificata; x) i pazienti e chi li segue devono essere educati sulle modifiche della cute ed il programma di cura.

Questo lavoro, sebbene sia stato rielaborato ed ampliato da nuove conoscenze,<sup>13</sup> rimane un landmark nel settore, poiché dichiara chiaramente che non tutte le lesioni sono guaribili, indicando anche come gestire le ferite incurabili del fine vita.

L'ulcera terminale di Kennedy è la più conosciuta e più riscontrata, meritando una particolare attenzione, poiché è costantemente confusa con una lesione da pressione e causa di contenziosi giuridici. La sua frequenza è più alta di quanto si creda: Hanson *et al.*<sup>14</sup> osservarono quest'ulcera nel 62,5% dei pazienti ricoverati in hospice nelle ultime 2 settimane di vita.

Le sedi sono quasi esclusivamente nell'area sacro coccigea e ai talloni, ma è stata descritta occasionalmente anche sui polpacci, braccia e gomiti.<sup>15</sup>



**Figura 1.** Lesione da pressione di grado indeterminato.

È una lesione cutanea a tutto spessore a comparsa e progressione rapidissima: a differenza delle normali ulcere da pressione che si sviluppano progressivamente nell'arco di qualche giorno, questa compare nell'arco di poche ore, tanto che si descrive con una presunta espressione di stupore degli operatori con il termine *ah-ha ulcer*.<sup>16</sup> È un classico esempio di "insufficienza cutanea", intendendo questa come un organo autonomo, quale realmente è, ovvero un sintomo del processo di fine vita, che generalmente avviene in più di metà dei pazienti entro poche settimane.<sup>12</sup>

### Come trattare un'ulcera di Kennedy?

Il target del trattamento locale va posto in secondo piano rispetto agli obiettivi assistenziali del paziente terminale: l'aspettativa e la qualità della vita residua rimangono gli elementi prioritari a cui fare riferimento. Sebbene in mani esperte tali lesioni possano in alcuni casi migliorare, la maggior parte delle ulcere di Kennedy ha un'evoluzione negativa indipendentemente dalla scelta terapeutica.

#### Competenze mediche

Il ruolo nella gestione della ferita è solamente di impostazione della medicazione iniziale e supervisione su eventuali complicanze, con una particolare cura alla terapia del dolore locale e sistemica.

#### Competenze infermieristiche

La gestione del paziente ricade praticamente su questa figura professionale, al quale spetta di valutare ed aggiustare i piani assistenziali in continuazione, scegliendo sempre quale procedura attuare, finalizzata al massimo comfort possibile nell'ultimo periodo di vita. La classica domanda è: lascio il paziente comodo o lo mobilizzo, causando dolore per curare una piaga inguaribile?

### Materiali e Metodi

Si è proceduto allo studio delle cartelle cliniche di 24 pazienti giunti alla nostra attenzione con lesioni comparse dalle 2 alle 12 settimane prima del decesso e diagnosticate come "lesioni da pressione", nonché delle più recenti sentenze della Corte di Cassazione, focalizzando l'attenzione su quelle ferite che potessero essere classificate come "lesioni di fine vita".

I criteri adottati per la nuova diagnosi sono quelli tipici dell'ulcera terminale di Kennedy: i) insorgenza rapida in regione sacrale; ii) scarsa risposta alle terapie ed aggravamento; iii) regione sacrale e forma a pera o a farfalla; iv) lesione singola; v) colore violaceo/blu/rosso.

Trattandosi di un'indagine a posteriori sugli atti, si è stabilito di dichiarare ulcere di Kennedy solamente quelle ferite che rispettavano tutti e cinque i criteri.

Per l'analisi giuridica è stata effettuata una ricerca negli ultimi 15 anni con le parole "lesione", "decubito" ed "ulcera" su due motori di ricerca dedicati (Leggi d'Italia e Top 24 Diritto), indagando tutte quelle cause in cui la lesione da pressione fosse stata sospettata o giudicata come causa o concausa del decesso.

Sono state analizzate poi le sentenze di ogni ordine e grado, al fine di capire la "tendenza" giuridica.

L'elaborazione dello studio garantisce l'anonimato.

### Risultati

Dei 24 pazienti con lesioni sacrali ben 16 (66,6%) rispecchiano i criteri per poter essere definite come ulcere terminali di Kennedy. La nostra percentuale è sovrapponibile con quella valutata da Hanson *et al.*<sup>14</sup>

La ricerca effettuata ha prodotto centinaia di sentenze, dalle quali sono state eliminate tutte quelle in cui le lesioni da pressione non fossero indicate come causa o concausa del decesso, quelle non inerenti a contenziosi civili o penali e le massime: si è così ottenuto un "core" di 24 giudizi civili di primo grado o preliminari ad esso, 12 di secondo grado, 14 penali di corte di assise ed 8 di appello.

L'esame della giurisprudenza della Suprema Corte invece ha fornito 10 sentenze (6 penali e 4 civili), evoluzioni delle precedenti condanne.

I risultati emersi sono i seguenti: i) soccombenza del personale sanitario nel I grado civile: 18 casi su 24 (75%); ii) soccombenza del personale sanitario in appello civile: 6 casi su 12 (50%); iii) soccombenza del personale sanitario nel I grado penale: 8 casi su 14 (57%); iv) soccombenza del personale sanitario in appello penale: 2 casi su 8 (25%); v) soccombenza del personale sanitario in cassazione civile: 4 casi su 6 (66%); vi) soccombenza del personale sanitario in cassazione penale: 0 casi su 4 (0%).

La ricerca con le parole "ulcera", "terminale" e "Kennedy" sui motori di ricerca non offre alcun risultato, ma è da segnalare, anche se non va inserita in tale casistica, un non luogo a procedere di un pubblico ministero, grazie ad una consulenza di un medico *wound specialist*, che ha posto diagnosi di ulcera di Kennedy.

Nonostante il riconoscimento di colpa professionale anche grave, il risarcimento è stato variabile, venendo adottato un principio di proporzionalità del danno in base alle condizioni generali del paziente, la cosiddetta perdita di chances, e solo in un caso (10%) ha superato il 10% di invalidità.

### Discussione

La maggior parte delle lesioni cutanee in pazienti terminali potrebbero non essere lesioni da pressione, bensì para-fisiologici aspetti del di fine-vita e, quindi, non im-

plicano alcuna responsabilità sanitaria o gestionale. Eppure tale problematica non risulta correttamente diagnosticata né in reparto (o hospice), tantomeno nelle aule giudiziarie nei plurimi gradi di giudizio.

Questo vuol dire che finiscono davanti ad un giudice veramente solo le colpe professionali o che vi è una scarsa conoscenza in materia? I risultati del nostro studio, seppur limitato dall'esiguo campione, sembrano propendere per la seconda ipotesi.

L'analisi della soccombenza giudiziaria mostra un alto tasso nel primo grado civile, che si riduce discretamente in appello: questo è spiegabile con il fatto che in secondo grado vanno quelle cause dove "il gioco vale la candela" per la parte soccombente (quasi sempre assicurazioni o enti), ovvero dove la condanna è pesante.

Nel penale, invece, la percentuale iniziale di soccombenza è minore: questo è spiegabile grazie al fatto che si rinvia qualcuno a giudizio dopo l'indagine del P.M., la prima sentenza del G.I.P. e la seconda del G.U.P.: in queste tre valutazioni la responsabilità deve essere veramente possibile, se non addirittura quasi ineluttabile per procedere.

La soccombenza sanitaria è più che dimezzata in appello penale, poiché si tratta veramente di una responsabilità difficile da dimostrare "al di là di ogni ragionevole dubbio"<sup>13</sup> e, personalmente, veramente difficile da credere.

La Suprema Corte, infine, seppur non intervenendo nel merito delle sentenze, ha mostrato in quei casi in ambito civile giunti fino alla Sua attenzione, una buona percentuale di rinvio a livelli giudicanti precedenti (33%), prova dell'evidente complessità di tale materia. Nel penale, invece, vi è un 100% di rigetto delle richieste, tutte di parenti che avevano perso i gradi precedenti di giudizio.

Queste decisioni spesso anti-sanitari dei magistrati sono purtroppo dovute anche a quanto spesso ritenuto da parte della comunità scientifica in passato,<sup>17-19</sup> ma dimostrato inesatto negli ultimi venti anni:<sup>3,4,20</sup> grazie ai progressi scientifici ed all'allungamento della vita media (ma non della qualità di vita), si è capito (ed è stato dimostrato) che la comparsa di una lesione da pressione non è automaticamente un segno di negligenza, ma può essere una complicanza di un ricovero, specialmente in pazienti affetti da alcune patologie predisponenti.<sup>21</sup> I più accreditati teams (panels) di esperti del settore sono concordi nel definire una buona parte di tali ferite "unavoidable" (inevitabili) e solo potenzialmente prevenibili.<sup>22-24</sup>

Purtroppo, studi legali ed associazioni di consumatori promuovono denunce per tali problematiche, presupponendo una negligenza prevalentemente infermieristica come causa del problema in ogni parte del mondo.<sup>25,26</sup>

Dal punto di vista giudiziario, si osserva una "linea rossa" sempre più diffusa, ovvero il riscontrare la responsabilità se vi sono omissioni o comportamenti dolosi dimostrati e non partire da un pregiudizio di colpevolezza.

Al contrario, l'assenza di lesioni da pressione in un paziente non è un certificato di adeguatezza delle cure.<sup>27</sup>

In aggiunta, è ormai prassi valutare la percentuale di riduzione di perdita di chances che tale lesione ha avuto in un percorso diagnostico-terapeutico, soprattutto se il risultato è stato il decesso<sup>28</sup> ed il suo esatto ruolo nel determinare l'*exitus*.<sup>29</sup> Anche la nostra piccola casistica conferma quanto affermato, nonostante la totale soccombenza civilistica da noi riscontrata.

In sintesi, quindi, la responsabilità inerente una lesione da pressione non è automatica, ma merita una valutazione caso per caso ed una sua quantificazione in caso di colpa non solo in relazione agli standard punti di invalidità, ma anche alle condizioni generali del paziente, dell'influenza che ha avuto sulla qualità residua di vita e sull'evolversi della malattia.

Al contrario, invece, l'ulcera terminale di Kennedy, se correttamente diagnosticata o ipotizzata è una lesione di fine-vita, inevitabile (come spesso anche le lesioni da pressione) e, soprattutto incurabile. Responsabilità dei sanitari in questo caso è esclusivamente ridurre la sofferenza ed evitare che diventi causa o concausa di morte, fenomeno che è inevitabile in questi casi.

Nell'ambito della ripartizione delle responsabilità, si osserva per le lesioni da pressione una sempre più marcata distinzione dei ruoli tra medico ed infermiere, venendo attribuita al primo l'errata impostazione terapeutica e la mancata (o omessa diagnosi tempestiva), mentre sulla seconda figura professionale ricade la responsabilità della comparsa, tutta la gestione delle medicazioni, comprese eventuali complicanze, nonché la registrazione dell'evoluzione.

## Conclusioni

Distinguere una lesione di fine vita da una da pressione è fondamentale dal punto di vista medico-legale, al fine di evitare una facile soccombenza in un contenzioso.

Ma il corretto inquadramento diagnostico della ferita terminale non tutela al 100%, poiché in sede giuridica (particolarmente in ambito civilistico) è necessario documentare correttamente ogni scelta, anche quella di ridurre le mobilitazioni del paziente al fine di evitare inutili sofferenze, altrimenti si rischia un sospetto di grave negligenza, se non addirittura di abbandono di incapace. Un consenso informato al trattamento, possibilmente sottoscritto o con riferimento in cartella se il paziente non è in grado di firmare, è una tutela indispensabile.

Queste scelte palliative e non terapeutiche vanno infine condivise con il paziente e con i familiari, includendo (quando possibile) tutta la rete assistenziale, certificando anche l'autorizzazione alla comunicazione dei dati personali con la comunicazione anche a terzi.

Solo così si garantirà un *exitus* decoroso al paziente,

la compartecipazione informata dei suoi cari e la sicurezza giuridica degli operatori sanitari.

Infine, bisogna augurarsi che anche i consulenti tecnici del giudice sappiano la differenza tra le due ulcere.

## Bibliografia

- Ayello EA, Jeffrey ML, Diane L, et al. Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries. *Adv Skin Wound Care* 2019;32:109-21.
- Alvarez OM, Brindle CT, Langemo K, et al. The VCU Pressure Ulcer Summit. The search for a clearer understanding and more precise clinical definition of the unavoidable pressure injury. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016;43:1-9.
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin Changes at Life's End: final consensus statement: October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care* 2010;23:225-36.
- Krasner DL, Stewart TP. SCALE wounds: unavoidable pressure injury. *Wounds* 2015;27:92-4
- Milne CT, Corbett LQ, Bubuc DL, eds. *Wound, ostomy, and continence nursing secrets*. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus Inc; 2003: p. 198-9.
- Gardner WJ. Prevention and treatment of bedsores; an air mattress accomplishing alternation of pressure points. *J Am Med Assoc* 1948;138:583.
- Zang K, Chen B, Wang M, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. *Nurs Crit Care* 2020;25:360-7.
- Alderden JG, Shibily F, Cowan L. Best Practice in Pressure Injury Prevention Among Critical Care Patients. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020 Dec;32(4):489-500. doi: 10.1016/j.cnc.2020.08.001.
- EPUAP, NPUAP, PPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline. The international guideline ed. 2019
- Langemo DK. The hot seat: the reality of skin failure. 18th Annual Clinical Symposium on Advances in Skin & Wound Care. Chicago, IL 2003.
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin Changes at Life's End: Final Consensus Statement: October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care.* 2010 May;23(5):225-36.
- Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. *Decubitus* 1989;2:44-5.
- Ayello EA, Levine JM, Langemo D, et al. Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries. *Adv Skin Wound Care* 2019;32:109-21.
- Hanson D, Langemo DK, Olson B, et al. The prevalence and incidence of pressure ulcers in the hospice setting: analysis of two methodologies. *Am J Hosp Palliat Care* 1991;8:18-22
- Langemo DK, Brown G. Skin fails too: acute, chronic, and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care* 2006;19:206-11.
- Schank JE. Kennedy terminal ulcer: the "ah-ha!" moment and diagnosis. *Ostomy Wound Manage* 2009;55:40-4.
- Codice di Procedura Penale, art. 533.
- Taylor JS. Malpractice implications of pressure ulcers. *Adv Wound Care* 1994;7:43-4, 46, 48-9.
- Hastings KE. Legal aspects of the pressure ulcer guidelines. *Decubitus* 1991;4:36-8.
- Meehan M, Hill WM. Pressure ulcers in nursing homes: does negligence litigation exceed available evidence? *Ostomy Wound Manage* 2002;48:46-54.
- Anders J, Heinemann A, Leffmann C, et al. Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:371-81; quiz 382.
- Hastings KE. Legal aspects of the pressure ulcer guidelines. *Decubitus* 1991;4:36-8.
- Edsberg LE, Langemo D, Baharestani MM, et al. Unavoidable pressure ulcer injury: state of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2014;41:313-34.
- Gibelli F, Bailo P, Sirignano A, Ricci G. Pressure ulcers from the medico-legal perspective: A case report and literature review. *Healthcare* 2022;10:1426.
- Brown AM. Clinical negligence claims for pressure injuries from the perspective of a tissue viability medico-legal nurse expert. *Br J Community Nurs* 2022;27:S14-S20.
- Pascall E, Trehane SJ, Georgiou A, Cook TM. Litigation associated with intensive care unit treatment in England: an analysis of NHSLA data 1995-2012. *Br J Anaesth* 2015;115:601-7.
- Cass. pen. Sez. II, Sent., (ud. 06/12/2012) 08-03-2013, n. 10994.
- Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 18/05/2018) 27-09-2018, n. 23164.
- Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 26/09/2019) 08-11-2019, n. 28823.