

CONSENSUS CONFERENCE

**VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DEL DANNO BIOLOGICO NELLA
PERSONA ANZIANA**

Bologna, 8 giugno 2019

Documento definitivo di consenso

Il presente documento di consenso è stato definitivamente approvato nella versione italiana il
31 gennaio 2020

Per citare il presente documento: Gloria Luigia Castellani¹, Andrea Molinelli, Alessandro Feola, Paola Forti, Maria Lia Lunardelli, Luca Vignatelli, Sandra Albertini, Matteo Bolcato, Maria Camerlingo, Ilaria Cerquetti, Graziamaria Corbi, Domenico De Leo, Andrea De Nicolò, Francesco De Stefano, Alessandro Dell'Erba, Paola Di Giulio, Ranieri Domenici, Piergiorgio Fedeli, Nicola Ferrara, Francesca Frigiolini, Pasquale Gianniti, Enrico Gili, Primiano Iannone, Alessandro Lovato, Alessandra Marengoni, Franco Marozzi, Massimo Martelloni, Patrizia Mecocci, Lorenzo Polo, Margherita Portas, Patrizio Rossi, Carlo Scorretti, Marco Trabucchi, Stefano Volpato, Riccardo Zoja, Francesca Ingravallo

¹  Gloria L. Castellani
gloriacastellani@medico.vr.it

ORGANIGRAMMA DELLA CONSENSUS CONFERENCE	3
Promotori.....	3
Comitato Promotore	3
Comitato Tecnico-Scientifico.....	3
Relatori della Conferenza	4
Giuria.....	4
Segreteria Scientifica.....	5
PATROCINI.....	5
1. INTRODUZIONE.....	6
2. OBIETTIVI.....	7
3. METODOLOGIA	7
3.1 Preparazione della Consensus Conference	8
3.2 Quesiti e revisione della letteratura	8
3.3 Valutazione della qualità delle evidenze	10
3.4 Celebrazione della Consensus Conference e fasi successive.....	12
4. SINTESI DELLE EVIDENZE E DICHIARAZIONI DELLA GIURIA	12
4.1 Prove/evidenze che gli esiti (conseguenze) di una lesione traumatica differiscono nella popolazione anziana e loro rilevanza in tema di valutazione del danno biologico	12
4.2 Ricostruzione e valutazione dello stato anteriore	13
4.2.1 Ricostruzione dello stato anteriore	13
4.2.2 Valutazione medico-legale della modifica dello stato anteriore.....	15
4.3 Prassi della visita medico-legale ai fini dell'accertamento del danno biologico in una persona anziana....	16
4.3.1 Criteri per stabilire l'intervallo di tempo minimo che deve trascorrere prima di sottoporre il danneggiato a visita medico-legale.....	16
4.3.2 Tempo necessario per sottoporre a visita medico-legale una persona anziana.....	16
4.3.3 Presenza e modalità di partecipazione alla visita di un familiare/caregiver	17
4.3.4 Opportunità di visita a domicilio	17
4.4 Valutazione multidimensionale (VMD) e scale	18
4.4.1 Quando sarebbe necessaria una VMD.....	18
4.4.2 Quali domini indagare e con quali strumenti.....	19
4.5 Limiti e aree nelle quali è necessaria ricerca	20
FINANZIAMENTO.....	21
DICHIARAZIONI DI INTERESSI.....	21
BIBLIOGRAFIA	22
APPENDICE 1. TABELLE SINOTTICHE	29

ORGANIGRAMMA DELLA CONSENSUS CONFERENCE

Promotori

Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA)

Federazione delle Associazioni dei Medici Legali Italiani (FAMLI)

Consulta Nazionale dei Giovani Medici Legali Universitari

Centro di studio e ricerca sull'invecchiamento, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna

Con il patrocinio della **Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)**

Comitato Promotore

Gloria Luigia Castellani, Medico legale, Federazione delle Associazioni dei Medici Legali Italiani (FAMLI), Verona

Alessandro Feola, Medico legale, Consulta Nazionale dei Giovani Medici Legali Universitari, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Paola Forti, Geriatra, Centro di studio e ricerca sull'invecchiamento, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna

Francesca Ingravallo, Medico legale, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna, Bologna

Andrea Molinelli, Medico legale, Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), Università di Genova, Genova

Comitato Tecnico-Scientifico

Gloria Luigia Castellani, Medico legale, Federazione delle Associazioni dei Medici Legali Italiani (FAMLI), Verona

Alessandro Feola, Medico legale, Consulta Nazionale dei Giovani Medici Legali Universitari, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Paola Forti, Geriatra, Centro di studio e ricerca sull'invecchiamento, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna

Francesca Ingravallo, Medico legale, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna, Bologna (Coordinatrice)

Maria Lia Lunardelli, Geriatra, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna

Andrea Molinelli, Medico legale, Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), Università di Genova

Luca Vignatelli, Neurologo e Metodologo, Azienda USL di Bologna, Bologna

Relatori della Conferenza

Graziamaria Corbi, Geriatra, Università del Molise

Ranieri Domenici, Medico legale, già Professore all'Università di Pisa

Alessandra Marengoni, Geriatra, Università di Brescia

Patrizia Mecocci, Geriatra, Università di Perugia

Lorenzo Polo, Medico legale, Pavia

Carlo Scorretti, Medico legale, già Professore all'Università di Trieste

Stefano Volpato, Geriatra, Università di Ferrara

Riccardo Zoja, Medico legale, Università di Milano

Giuria

Presidente

Paola Di Giulio, Infermiera, Università di Torino

Componenti

Domenico De Leo, Medico legale, Presidente del Collegio dei Professori di Medicina Legale, Università di Verona

Francesco De Stefano, Medico legale, Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), Università di Genova

Alessandro Dell'Erba, Medico legale, Federazione delle Associazioni dei Medici Legali Italiani (FAMLI), Università di Bari

Piergiorgio Fedeli, Medico legale, Gruppo Italiano di Studio del Danno alla persona (GISDAP), Università di Camerino

Nicola Ferrara, Geriatra, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli

Pasquale Gianniti, Magistrato, Corte Suprema di Cassazione, Roma

Enrico Gili, Funzionario presso Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), Roma

Primiano Iannone, Internista e Gastroenterologo, Direttore Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC), Roma

Alessandro Lovato, Avvocato, Osservatori sulla Giustizia Civile, Bologna

Franco Marozzi, Medico legale, Federazione delle Associazioni dei Medici Legali Italiani (FAMLI), Milano

Massimo Martelloni, Medico legale, Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (COMLAS), Lucca

Massimo Piccioni, Medico legale, Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), Roma*

Patrizio Rossi, Medico legale, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL), Roma
Marco Trabucchi, Psichiatra, Associazione Italiana di Psicogeriatría (AIP), Università di Roma Tor Vergata, Roma

Segreteria Scientifica

Matteo Bolcato, Medico legale, Padova

Ilaria Cerquetti, Medico legale, ASUR Marche AV4, Fermo

Andrea De Nicolò, Medico legale, Torino

Francesca Frigiolini, Medico in formazione specialistica, Università di Genova

Margherita Portas, Medico legale, Verona

Maria Camerlingo, Documentalista, Bologna

PATROCINI

La celebrazione della Consensus Conference è stata patrocinata da: **Ministero della Salute**, **Associazione Italiana di Psicogeriatría (AIP)**, **Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA)**, **Istituto Superiore di Sanità (ISS)**, **Ordine degli Avvocati di Bologna**, **Osservatori sulla Giustizia Civile**, **Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (COMLAS)**.

*Il Dott. Piccioni ha approvato il documento preliminare di consenso ma non ha partecipato alle fasi successive a causa del suo pensionamento dall'INPS.

1. INTRODUZIONE

La popolazione di età pari o superiore ai 65 anni è in aumento in tutto il mondo, in particolare in Nord America e in Europa [1]. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, l'Italia è il paese con la più alta percentuale di persone di età pari o superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione totale (22,3%), seguita da Grecia (21,5%) e Germania (21,2%) [2]. Tale percentuale è destinata a crescere nei prossimi anni. In particolare, si prevede un picco nel 2045-50, quando le persone con più di 65 anni rappresenteranno quasi il 34% della popolazione italiana [3]. All'aumentare della longevità e della popolazione anziana attiva, si accompagna un aumento della percentuale di persone anziane che subiscono lesioni traumatiche. In Italia, dal 1987 al 2017 il numero di feriti a seguito di incidente stradale nella popolazione con più di 60 anni è raddoppiato (da 21.379 a 42.320) [4].

Per quanto riguarda gli accessi al Pronto Soccorso, il 36,5% degli uomini e il 60,4% delle donne che accedono per traumi accidentali hanno più di 60 anni, e il 41,6% degli accessi per infortuni domestici riguarda persone con più di 60 anni [5].

Tale scenario rappresenta una sfida per i sistemi sanitari e per tutte le figure professionali, inclusi gli specialisti in medicina legale sempre più frequentemente chiamati a definire le conseguenze, in termini di danno biologico, di lesioni traumatiche in persone anziane, in particolare nel contesto normativo della responsabilità civile da circolazione di veicoli¹.

L'accertamento e la valutazione del danno biologico sono questioni complesse dal punto di vista clinico e medico-legale [7]. Nel caso della persona anziana, l'accertamento del danno biologico può risultare ulteriormente problematico in rapporto alle modificazioni fisiopatologiche e funzionali che caratterizzano l'invecchiamento, all'eterogeneità della popolazione anziana in termini di validità psicofisica, alla mancanza di strumenti validati per la valutazione delle funzioni delle persone anziane in questo contesto e alla necessità di adattare i tempi e le modalità dell'accertamento medico-legale alle caratteristiche della popolazione anziana². Inoltre, i riferimenti percentuali della valutazione del danno biologico presenti nelle Tabelle di legge e nei barème di più comune utilizzo in ambito medico-legale corrispondono alle conseguenze mediamente osservabili per una determinata lesione, senza tener conto dell'età della persona e condizioni preesistenti. È tuttora oggetto di dibattito come considerare, ai fini della quantificazione percentuale del danno, tali ultime condizioni che nella popolazione anziana più frequentemente possono discostarsi da una completa integrità psico-fisica. Infine, non esiste accordo su come debbano valutarsi le conseguenze di lesioni relativamente modeste che portino a gravi compromissioni funzionali (si pensi, ad esempio, alla frattura di metatarso a seguito della quale una

¹ In tale contesto, ai fini della quantificazione percentuale del danno biologico nell'ambito dei danni di lieve entità -che, dal punto di vista della casistica, sono i più frequenti- deve essere fatto riferimento alla Tabella delle Menomazioni comprese tra l'1 e il 9% [6], che prevede per ciascuna menomazione un valore percentuale di danno biologico. Per danni di maggiore entità, esistono analoghe Tabelle di valutazione del danno (cosiddetti barème) che, sebbene non emanati dal legislatore, rappresentano un riferimento per la comunità medico-legale.

² Per questo, anche nella recente guida alla valutazione del danno biologico della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni [8] un capitolo è stato dedicato alla *Metodologia valutativa in soggetti di età avanzata*.

persona anziana non sia più in grado di camminare autonomamente), anche in considerazione del fatto che, per motivi attuariali, il risarcimento del danno è progressivamente ridotto all'aumentare dell'età. L'impatto nella pratica medico-legale quotidiana di tali problematiche nell'accertamento e valutazione del danno biologico nella persona anziana è stato confermato da interviste a medici legali esperti in valutazione del danno biologico (effettuate nel mese di dicembre 2017) ed è momento fondante della Consensus Conference.

Lo scopo di una Consensus Conference è di produrre raccomandazioni *evidence-based* attraverso "l'analisi delle prove disponibili su tematiche specifiche e controverse, in merito alle quali non esiste condivisione di opinioni e che spesso portano a una forte disomogeneità di comportamenti sul piano clinico, organizzativo e gestionale dell'assistenza sanitaria" [9]³.

2. OBIETTIVI

Questa Consensus Conference è dedicata alla valutazione medico-legale (intesa nel duplice significato di accertamento obiettivo e di stima percentuale) del danno biologico nella persona anziana, con i seguenti obiettivi:

Migliorare la conoscenza del fenomeno
Definire la prassi dell'accertamento medico-legale
Disporre di un linguaggio comune
Individuare indicatori qualitativi
Indicare aree nelle quali è necessaria ricerca

I principali destinatari della Consensus Conference sono gli specialisti in Medicina legale, i geriatri, gli operatori in ambito giuridico e assicurativo che si occupino di danno alla persona e i cittadini. Inoltre le indicazioni potranno essere utili per tutti i medici che hanno in cura persone anziane (primi tra tutti, i medici di Medicina Generale).

La Consensus Conference si è svolta a Bologna l'8 giugno 2019. Nel presente documento sono descritte la metodologia, la sintesi delle evidenze e le dichiarazioni della Giuria, la quale ha anche evidenziato i limiti e le aree in cui è necessaria ricerca.

3. METODOLOGIA

La Consensus Conference è stata promossa dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), dalla Federazione delle Associazioni dei Medici Legali Italiani (FAMLI), dalla Consulta Nazionale dei Giovani Medici Legali Universitari e dal Centro di studio e ricerca sull'invecchiamento del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC) dell'Università di

³Questo la differenza dalle linee guida, che invece rappresentano "il tentativo di produrre raccomandazioni basate su prove di efficacia riguardo ad argomenti vasti che coinvolgono diverse dimensioni assistenziali sulle quali esistono conoscenze più o meno consolidate" [9].

Bologna. In considerazione del carattere necessariamente multidisciplinare della Consensus Conference, fin dalle prime fasi è stata coinvolta la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la quale ha patrocinato il progetto e nominato una sua rappresentante nel Comitato Tecnico Scientifico.

La Consensus Conference è stata realizzata secondo lo standard definito dal Consensus Development Program dei National Institutes of Health [10], in accordo con il manuale metodologico *Come organizzare una conferenza di consenso* pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità [9]. La metodologia è stata adattata per permettere lo svolgimento dell'evento in una sola giornata [11].

3.1 Preparazione della Consensus Conference

La preparazione della Consensus Conference ha richiesto 2 anni (maggio 2017-maggio 2019), preceduti da 5 mesi (dicembre 2016-aprile 2017) nei quali è stata valutata la fattibilità del progetto. In una prima fase sono stati costituiti: 1) il Comitato Promotore (5 componenti), con il ruolo di promuovere la conferenza, nominare i/le componenti del Comitato Tecnico-Scientifico (CTS), individuare gli esperti e formulare i quesiti; 2) il CTS (7 componenti), con il compito di individuare i/le componenti della Segreteria Scientifica e fornire indicazioni metodologiche per la revisione della letteratura e per la preparazione delle relazioni; 3) la Segreteria Scientifica (6 componenti, inclusa una esperta documentalista), il cui compito era effettuare la revisione della letteratura e preparare una sintesi delle evidenze.

I Promotori della Consensus Conference hanno indicato 8 esperti/e (4 in Medicina legale e 4 in Geriatria), incaricati/e di fornire alla Giuria, e presentare in occasione della conferenza, la sintesi delle evidenze. Per la composizione della Giuria multidisciplinare e multiprofessionale, tutte le Società Scientifiche e le Istituzioni, Enti, Organizzazioni in ambito medico, giuridico e assicurativo maggiormente interessate ai temi della Consensus Conference sono state invitate a esprimere un/a loro delegato/a. Sono stati inoltre coinvolti: una professoressa di infermieristica con interessi di ricerca in ambito geriatrico, un metodologo esperto nel reperire e valutare le prove di efficacia e una rappresentante delle associazioni della terza età. Tutti/e i/le partecipanti al progetto hanno firmato un accordo di riservatezza e una dichiarazione di interessi.

3.2 Quesiti e revisione della letteratura

I quesiti della Consensus Conference (**Tabella 1**) riguardavano 4 aree tematiche:

1. prove/evidenze che gli esiti (conseguenze) di una lesione traumatica differiscono nella popolazione anziana e loro rilevanza in tema di valutazione del danno biologico;
2. ricostruzione e valutazione dello stato anteriore;
3. prassi della visita medico-legale;
4. valutazione multidimensionale (VMD) e scale.

Tutti i quesiti erano riferiti alla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana.

Tabella 1. Aree tematiche e quesiti della Consensus Conference

Area tematica	Quesiti
1. Parte generale	1.1 Esistono prove che gli esiti (conseguenze) di una lesione traumatica differiscono nella popolazione anziana rispetto alla popolazione più giovane? 1.2 Qual è la rilevanza medico-legale di tali evidenze in tema di valutazione del danno biologico?
2. Ricostruzione e valutazione dello stato anteriore	2.1 In quali circostanze il medico legale dovrebbe indagare e descrivere lo stato anteriore della persona anziana, e non solo quello riguardante il distretto funzionale leso? 2.2 Quali sono i dati riguardanti lo stato anteriore che dovrebbero sempre essere raccolti? 2.3 Quale dovrebbe essere la metodologia da seguire per giungere a una affidabile ricostruzione dello stato anteriore? 2.4 Come dovrebbe essere valutata da un punto di vista medico-legale la modifica dello stato anteriore nella persona anziana?
3. Prassi della visita medico-legale ai fini dell'accertamento del danno biologico in una persona anziana	3.1 Quali dovrebbero essere i criteri per stabilire l'intervallo di tempo minimo che deve trascorrere prima di sottoporre il danneggiato a visita medico-legale? 3.2 Il tempo necessario per visitare una persona anziana differisce da quello necessario per visitare persone di altre fasce di età? 3.3 Quale dovrebbe essere il tempo minimo da dedicare alla visita medico-legale di una persona anziana? 3.4 In quali circostanze dovrebbe essere presente un familiare o <i>caregiver</i> in occasione della visita medico-legale? 3.5 Con quali modalità il familiare o <i>caregiver</i> dovrebbe partecipare alla visita? 3.6 In quali casi bisognerebbe effettuare la visita medico-legale al domicilio del danneggiato?
4. Valutazione multidimensionale e scale	4.1. Quando, al fine della valutazione del danno, il medico legale dovrebbe disporre di (oppure effettuare) una valutazione multidimensionale della persona anziana? 4.2 Quali domini dovrebbero essere sempre valutati? 4.3 Quali sono gli strumenti raccomandati per valutare tali domini? 4.4 Quali sono gli strumenti di valutazione delle funzioni delle persone anziane validati in italiano più fruibili a fini medico-legali?

Sulla base dei quesiti è stata realizzata una revisione sistematica della letteratura per ciascuna delle aree tematiche oggetto della conferenza. Tenendo conto, da un lato, dell'ampiezza delle potenziali condizioni cliniche e, d'altro lato, della necessità di identificare anche documenti di tipo teorico-dottrinario, con conseguente attesa vastità della letteratura ma anche attesa difficoltà nell'individuare contributi inerenti all'attività medico-legale, tale revisione è stata condotta secondo alcuni principi generali di seguito esposti. In primo luogo, si è applicato un approccio gerarchico, ovvero prediligere le revisioni sistematiche, ove presenti, e considerare la più recente in caso di più revisioni sullo stesso argomento; in assenza di revisioni sistematiche, includere revisioni non sistematiche; includere studi primari in mancanza di revisioni e in caso di pubblicazione successiva alla revisione sistematica. In secondo luogo, sono stati ricercati documenti che trattavano i traumi in generale o i traumi più frequenti nelle persone anziane. Infine, per i quesiti riguardanti prassi cliniche e aspetti tecnici medico-legali, è stata effettuata una ricerca delle linee guida, revisioni narrative e letteratura grigia.

In particolare, per la prima area tematica sono state incluse solo revisioni che trattavano gli esiti dei traumi in generale o gli esiti di traumi maggiori, escludendo quelle che non analizzavano la correlazione tra esiti ed età ≥ 65 anni. Per i quesiti riguardanti lo stato anteriore, sono state incluse esclusivamente le revisioni che indagavano l'influenza dello stato anteriore sugli esiti del trauma nella persona anziana e contributi teorico-dottrinari. Per i quesiti riguardanti la prassi della visita, in assenza di revisioni su un

argomento sono stati inclusi studi osservazionali. Per i quesiti riguardanti VMD e scale, in assenza di revisioni sono stati inclusi documenti di sintesi, linee guida e studi primari su strumenti di valutazione delle funzioni delle persone anziane validati in italiano. Inoltre, è stato richiesto agli esperti di segnalare ulteriori contributi, che sono stati inclusi solo se rientravano nei criteri stabiliti.

La revisione della letteratura è stata effettuata da 4 coppie di revisori in cieco, supportati da una documentalista esperta e dai componenti del CTS. Nei mesi di luglio-agosto 2018 è stata condotta una prima ricerca sulle banche dati PubMed (inclusiva di In-Process & Other Non-Indexed Citations) ed EMBASE, da cui sono risultati 3.924 documenti, quasi tutti non rilevanti per i quesiti della conferenza. Pertanto, nei primi mesi del 2019 è stata effettuata una nuova ricerca di documenti presenti nelle banche dati fino al 31 dicembre 2018, da cui sono risultati 5.437 articoli, dei quali 29 sono stati inclusi nella revisione. Per la ricerca di contributi teorico-dottrinari e sentenze sono stati consultati gli indici di riviste di Medicina legale e la banca dati giuridica Dejure. Tale ricerca ha prodotto 10 documenti rilevanti. Sono stati inoltre consultati i database CISMef, Cochrane Library e NHS evidence ed effettuate ulteriori ricerche della letteratura grigia su siti di società scientifiche, UpToDate, Google Scholar e Google. Tale ricerca ha prodotto 10 documenti rilevanti, cui si è aggiunto 1 documento segnalato da un esperto.

Complessivamente, sono stati inclusi nella revisione 2 linee guida [12-13], 8 altri documenti sintesi [14-21], 7 revisioni sistematiche [22-28], 3 revisioni non sistematiche [29-31], 20 studi primari [32-51] e 10 contributi dottrinari [7, 8, 52-59]. Dei 50 documenti inclusi nella revisione, 33 erano in lingua inglese, 16 in lingua italiana e 1 in lingua francese; 45 dei 50 documenti inclusi stati utilizzati dalla Giuria per produrre le dichiarazioni.

Per ogni quesito o gruppo di quesiti, la Segreteria Scientifica ha realizzato una tabella di sintesi delle evidenze in cui erano riportate le caratteristiche principali dello studio (autore, anno, sede di pubblicazione, tipologia di documento, condizione/patologia indagata, caratteristiche e numero dei pazienti, numero totale degli studi inclusi ove applicabile, esiti principali misurati, lunghezza del follow-up) e i risultati principali con riferimento al quesito. Analoghe tabelle di sintesi sono state compilate anche per contributi dottrinari, documenti di sintesi e linee guida. Tutti i documenti inclusi nella revisione e le tabelle di sintesi, con indicazione della qualità del documento, sono stati forniti a esperti e componenti della Giuria prima della celebrazione della conferenza. Ulteriori 20 documenti non inclusi nella revisione sono stati utilizzati dagli esperti durante le loro presentazioni delle evidenze.

3.3 Valutazione della qualità delle evidenze

Per la valutazione degli studi sono stati utilizzati i seguenti strumenti: *AGREE II*, versione italiana [60], per le linee guida; *AMSTAR 2* [61] per le revisioni sistematiche, le metanalisi e le revisioni non sistematiche; *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields* [62] per gli studi primari. Ognuno di questi documenti è stato valutato da due

osservatori. Il livello di qualità, risultato dall'utilizzo dagli strumenti di valutazione citati, è stato riportato in maniera relativa secondo scala in quartili, per permettere una qualificazione omogenea delle evidenze (vedi legenda in **Tabella 2**).

Per quanto riguarda gli studi osservazionali, la qualità è risultata complessivamente buona, mentre per le revisioni sistematiche e non sistematiche la qualità è risultata scarsa (nessuna di qualità alta); una delle due linee guida è risultata di qualità alta, l'altra di qualità moderata (**Tabella 2**).

Tabella 2. Valutazione della qualità dei documenti inclusi nella revisione

Autore/i, anno	Tipo di documento	Valutazione†
Abete et al., 2017 [32]	Studio osservazionale	****
Britt et al., 2005 [33]	Studio osservazionale	***
Brown et al., 2017 [22]	Revisione sistematica	***
Callahan et al., 2000 [34]	Studio osservazionale	***
Callahan et al., 2004 [35]	Studio osservazionale	****
Chipi et al., 2018 [36]	Studio osservazionale	****
Clayman et al., 2005 [37]	Studio osservazionale	****
Corbi et al., 2018 [38]	Studio osservazionale	****
Deveugele et al., 2002 [39]	Studio osservazionale	****
Ferrari et al., 2017 [40]	Studio osservazionale	****
Gardner et al., 2018 [29]	Revisione narrativa	*
Girtler et al., 2012 [41]	Studio osservazionale	***
Hashmi et al., 2014 [23]	Revisione sistematica	*
Hildebrand et al., 2016 [30]	Revisione non sistematica	*
Hogan et al., 2011 [31]	Revisione non sistematica	*
Ishikawa et al., 2005 [42]	Studio osservazionale	***
Laidsaar-Powell et al., 2013 [24]	Revisione sistematica	**
McIntyre et al., 2013 [25]	Revisione sistematica e metanalisi	*
New Zealand Guidelines Group, 2003 [12]	Linea guida	****
Petek Ster et al., 2008 [43]	Studio osservazionale	****
Regione Toscana, 2017 [13]	Linea guida	***
Reuben et al., 2004 [44]	Studio osservazionale	****
Sammy et al., 2016 [26]	Revisione sistematica e metanalisi	**
Sawa et al., 2018 [27]	Revisione sistematica e metanalisi	***
Schmidt et al., 2009 [45]	Studio osservazionale	***
Storti, 2009 [46]	Studio osservazionale	***
Tähepold et al., 2003 [47]	Studio osservazionale	***
Wolff et al., 2008 [48]	Studio osservazionale	****
Wolff et al., 2011 [28]	Revisione sistematica e metanalisi	**
Wolff et al., 2012 [49]	Studio osservazionale	****
Wolff et al., 2017 [50]	Studio osservazionale	**
Wooldridge et al., 2010 [51]	Studio osservazionale	****

†Legenda valutazione: Linee guida, *Overall Quality* in quartili: * 0-24, ** 25-49, *** 50-74, **** 75-100; Revisioni, Revisioni sistematiche e metanalisi, *Rating overall confidence in the results of the review*: * *Critically low*, ** *Low*, *** *Moderate*, **** *High*; Studi primari, *Overall Quality* in quartili: * *Summary score <25%*, ** *Summary score 25-49%*, *** *Summary score 50-74%*, **** *Summary score 75-100%*.

I contributi dottrinari e i documenti che non rientrano nella definizione formale di linee guida di pratica clinica non sono stati valutati.

3.4 Celebrazione della Consensus Conference e fasi successive

La Consensus Conference si è svolta a Bologna l'8 giugno 2019, sotto il patrocinio del Ministero della Salute e di molte Società scientifiche e Istituzioni. Sono stati invitati a partecipare, in qualità di pubblico, esperti/e del settore e cittadini/e.

Durante la mattina, per ogni area tematica gli/le esperti/e hanno presentato la sintesi della letteratura in un dibattito pubblico. Ogni sessione è stata affidata a un medico legale e a un geriatra e si è articolata in 40 minuti di relazione seguiti da 30 minuti di discussione. Al termine della quarta sessione, la Giuria si è riunita a porte chiuse e ha redatto un documento preliminare di consenso che è stato presentato pubblicamente dalla Presidente della Giuria al termine della conferenza.

Nei mesi successivi è stato redatto il documento definitivo di consenso (per una visione d'insieme, si rimanda all'Appendice 1). L'accordo sulla formulazione finale delle dichiarazioni della Giuria è stato raggiunto con un metodo tipo Delphi in due round [11]. In accordo con il manuale metodologico [9], la Giuria ha potuto effettuare esclusivamente modifiche formali e non sostanziali delle dichiarazioni presenti nel documento preliminare.

4. SINTESI DELLE EVIDENZE E DICHIARAZIONI DELLA GIURIA

4.1 Prove/evidenze che gli esiti (conseguenze) di una lesione traumatica differiscono nella popolazione anziana e loro rilevanza in tema di valutazione del danno biologico

Due revisioni suggeriscono che le persone anziane a seguito di una lesione traumatica, a prescindere dal tipo di lesione, hanno una maggiore compromissione della qualità della vita, tempi più lunghi di ripresa e minore probabilità di tornare a una vita indipendente, nonché un peggiore stato funzionale [22, 30]. Buoni livelli di funzionamento (soprattutto motorio) e l'indipendenza nella vita quotidiana prima del trauma sono predittori di esiti migliori [22].

Molte revisioni hanno trovato un'associazione diretta tra aumento dell'età e mortalità come esito di traumi maggiori [23, 25-27, 30]. Non è chiaro, tuttavia, se l'età sia un fattore indipendente ed è difficile in genere identificare un valore soglia di età oltre il quale la mortalità aumenta significativamente [29, 30].

Altri fattori da prendere in considerazione sono la gravità della lesione [23, 27] e il genere (gli uomini anziani hanno un maggior rischio di morte se comparati alle donne [26]). Il ruolo delle comorbidità e della terapia farmacologica preesistenti al trauma è controverso [29, 30], sebbene in alcuni studi l'assunzione di politerapia sia risultata un fattore cruciale nel rendere le persone anziane più a rischio di morte anche dopo esposizione a modesto stress [23].

In conclusione, diversi studi mostrano che la popolazione anziana rispetto alla popolazione più giovane va incontro a esiti peggiori in termini di mortalità, complicanze, stato funzionale e qualità della vita. Diversi fattori contribuiscono al rischio di mortalità e di esiti peggiori nelle persone anziane, incluso lo stato funzionale precedente al trauma, ma sono necessari ulteriori studi per comprendere il ruolo di questi fattori e la loro interazione con l'età.

Secondo il parere degli esperti, le evidenze disponibili hanno una rilevanza in tema di valutazione del danno biologico sia con riferimento all'*an* (nesso di causalità generale e individuale) sia al *quantum* (metodologia di accertamento del danno e criteri per la quantificazione del danno). Per quanto riguarda il nesso di causalità, queste evidenze forniscono la base empirica/oggettiva per stabilire che gli esiti "medi" di una data lesione hanno una determinata, maggiore, entità in un particolare gruppo di persone anziane rispetto al gruppo di riferimento costituito da persone più giovani (causalità generale). Inoltre, tali evidenze possono fornire un supporto oggettivo per giustificare la specifica gravità degli esiti nella particolare persona anziana che viene sottoposta a valutazione medico-legale (causalità individuale). In tale valutazione, ha un ruolo importante la prova del meccanismo lesivo, che deve essere sempre valutata nell'accertamento della causalità [63], la cui comprensione dovrebbe essere fondamentale anche nel contesto della *evidence-based medicine* [64]. Per quanto riguarda il *quantum*, i criteri su cui si fonda la sua stima dipendono al momento da scelte che non derivano da riscontri empirici, ma l'evidenza disponibile potrebbe dare supporto di concretezza a tali scelte.

Dichiarazioni della Giuria

Le seguenti dichiarazioni sono basate su revisioni sistematiche (2 di qualità moderata, 1 di qualità bassa e 2 di qualità molto bassa), non sistematiche (2, di qualità molto bassa) e sull'opinione di esperti:

- *Esistono evidenze che gli esiti più sfavorevoli di una lesione traumatica sono generalmente associati all'età. Tuttavia, diversi fattori associati all'età anziana possono contribuire al rischio di esiti peggiori.*
- *La valutazione complessiva e personalizzata dei fattori sfavorevoli associati all'età è essenziale per la valutazione del danno biologico in ambito medico-legale.*

4.2 Ricostruzione e valutazione dello stato anteriore

La letteratura su questi argomenti è costituita principalmente da contributi teorico-dottrinari.

4.2.1 Ricostruzione dello stato anteriore

Secondo la dottrina è indispensabile ricostruire lo stato anteriore [7, 52, 56, 65], inteso come "complesso delle condizioni fisiologiche e patologiche esistenti al momento in cui si verificò l'evento di interesse

medico-legale” [66]. Si ritiene scorretto valutare solo la menomazione senza tenere conto degli effetti che essa determina sull’intera omeostasi (stabilità) della persona anziana [8]. Infatti, una singola lesione, anche di modesta entità, in una persona anziana può avere ripercussioni fisiche e psichiche maggiori che in una persona giovane [8, 53, 58], in linea con il “principio di località” [59]. Una valutazione dello stato di salute globale della persona anziana effettuata attraverso una valutazione multidimensionale è risultata essere predittiva dell’outcome post-operatorio o post-terapeutico [67, 68] (in questo caso visti quali “traumi”) indipendentemente dal distretto corporeo interessato.

In merito ai dati che dovrebbero sempre essere raccolti riguardo allo stato anteriore, in letteratura è indicata la necessità di indagare, oltre alle patologie preesistenti e alla terapia, ciò che la persona riusciva a fare [57], i fattori clinici (sedentarietà, stato nutrizionale, obesità, stress, uso di alcol e tabacco, peso, disturbi della memoria), l’autonomia nelle attività della vita quotidiana, lo svantaggio sociale [52], curriculum scolastico, curriculum lavorativo, condizioni patologiche (malformazioni, postumi di precedenti lesioni/malattie) [56] e la fragilità [8]. La fragilità e la performance fisica (mobilità e grado di autonomia) sono riconosciuti come i migliori indicatori dello stato di salute nella persona anziana [69].

Riguardo alla metodologia da seguire per giungere a un’affidabile ricostruzione dello stato anteriore, secondo alcuni Autori [52], ci si dovrebbe basare solo su notizie oggettive: terapie assunte, contributo del medico di Medicina generale, esami di laboratorio e strumentali, contesto familiare e autonomia personale (conoscere se viveva solo/a, se richiedeva già un aiuto, eventuali svaghi). Secondo altri [8], invece, è necessario prendere in considerazione le informazioni ottenute dall’interessato/a e dai familiari, oltre ai documenti socio-sanitari (es. invalidità civile, assicurazioni sociali). Secondo il parere degli esperti, la collaborazione della persona anziana, se possibile, va ricercata, essendo anche un elemento di giudizio clinico medico-legale.

Dichiarazioni della Giuria

Le seguenti dichiarazioni sono basate su contributi dottrinari e sull'opinione di esperti:

- *La ricostruzione dello stato anteriore rappresenta un elemento irrinunciabile per qualsiasi operazione valutativa medico-legale.*

- *I dati riguardanti lo stato anteriore devono comprendere: le patologie preesistenti, i farmaci assunti, le modalità di invecchiamento, la performance fisica e cognitiva, le relazioni sociali.*

- *La valutazione dello stato anteriore deve essere indirizzata a definire cosa la persona fosse in grado di fare, ovvero: sedentarietà; autonomia nell'alimentarsi, negli spostamenti, nell'abbigliamento, nell'igiene personale e nell'espletamento delle funzioni fisiologiche; grado di socialità e relazioni.*

- *La metodologia ottimale da seguire per giungere a un'affidabile ricostruzione dello stato anteriore poggia principalmente su:*

a) anamnesi (storia clinica) raccolta dal paziente e dal familiare/caregiver e documentazione clinica prodotta;

b) dati e informazioni sanitarie legittimamente acquisibili, incluso l'utilizzo di risorse di assistenza formale e informale (centri diurni, assistenza domiciliare integrata, persone stipendiate per l'assistenza privata).

L'acquisizione di dati e informazioni deve avvenire nel rispetto delle norme in materia di tutela dei dati personali e dei limiti di preclusione processuale.

4.2.2 Valutazione medico-legale della modifica dello stato anteriore

Secondo diversi Autori, il giudizio valutativo deve tener conto dell'effettiva incidenza negativa della menomazione sull'equilibrio omeostatico della persona [54] e non può basarsi su riferimenti standard, ma deve ricomprendere l'effettiva complessiva variazione dello stato anteriore [8]. La persona anziana non può essere equiparata a una persona con disabilità o menomazioni [70] se la sua validità complessiva, sebbene sia differente da quella di altre fasce di età in quanto fisiologicamente ridotta in vari domini, è comunque da considerarsi come "normale" per l'età. In ambito di valutazione medico-legale del danno biologico questa è una condizione che viene indicata con un valore di integrità pari a 100 e la valutazione del danno deve essere riferita a questo cento e a quanto l'integrità psico-fisica sia stata diminuita in conseguenza dell'evento [55].

Dichiarazioni della Giuria

Le seguenti dichiarazioni sono basate su contributi dottrinari e sull'opinione di esperti:

- *È raccomandata una valutazione che tenga conto della performance fisica e cognitiva della persona anziana prima dell'evento traumatico.*

- *I criteri di valutazione devono rappresentare l'effettivo grado di riduzione dello stato psicofisico anteriore e non devono necessariamente essere vincolati a indicazioni di barème costruiti sul riferimento quantitativo di singole menomazioni su una teorica integrità.*

4.3 Prassi della visita medico-legale ai fini dell'accertamento del danno biologico in una persona anziana

4.3.1 Criteri per stabilire l'intervallo di tempo minimo che deve trascorrere prima di sottoporre il danneggiato a visita medico-legale

La ricerca della letteratura non ha prodotto risultati in merito, anche in considerazione della mancanza di una univoca definizione di cosa debba intendersi per stabilità clinica [71]. Alcuni studi suggeriscono che l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionale possa aiutare nella definizione di criteri di stabilizzazione di determinate lesioni (es., frattura del femore), o condizioni acute [72-75]. Tuttavia, i risultati non sono conclusivi.

Dichiarazione della Giuria

La seguente dichiarazione è basata sull'opinione di esperti:

Non è possibile in base alle evidenze attualmente disponibili definire criteri validi per stabilire l'intervallo di tempo minimo che deve trascorrere prima di sottoporre il danneggiato a visita medico-legale.

4.3.2 Tempo necessario per sottoporre a visita medico-legale una persona anziana

Numerosi studi osservazionali hanno riscontrato come il tempo impiegato per visitare un paziente aumenti all'aumentare dell'età e in caso di persone anziane [33, 34, 39, 43, 47, 51]. Un unico studio [35] non ha rilevato associazioni. In tutti i casi, la maggiore durata della visita era messa in relazione alla maggiore complessità del paziente anziano, per la presenza di comorbilità e politerapia (e del loro impatto sulla raccolta della storia clinica) e per le condizioni psicologiche e sociali che caratterizzano questa fascia di età.

Dichiarazioni della Giuria

Le seguenti dichiarazioni sono basate su studi osservazionali (4 di qualità alta e 3 di qualità moderata) e sull'opinione di esperti:

- Il tempo necessario per visitare una persona anziana differisce da quello necessario per visitare persone di altre fasce di età.

- In base alle evidenze attualmente disponibili, non è possibile definire un tempo minimo da impiegare per la visita medico-legale di una persona anziana, sebbene, data la complessità sociale, clinica e gestionale, vada considerata una maggiore durata della visita rispetto alle persone più giovani.

- L'estrema eterogeneità della popolazione anziana e delle tipologie di menomazione non permette di definire un tempo minimo standard per l'effettuazione della visita medico-legale

4.3.3 Presenza e modalità di partecipazione alla visita di un familiare/caregiver

Numerosi studi osservazionali hanno dimostrato che i familiari/caregiver hanno un ruolo rilevante nella visita dei pazienti anziani soprattutto se di sesso femminile [28], affetti da patologie multiple [37], con scolarità più bassa [28, 42], in peggiori condizioni di salute [24, 28], con malattia di Alzheimer [45], con una peggiore percezione delle proprie condizioni di salute e con disturbi psichiatrici [28].

La maggior parte dei familiari/caregiver ha un comportamento incoraggiante [37, 42] e può migliorare la comunicazione medico-paziente sia direttamente (ponendo domande e fornendo informazioni al medico) che indirettamente, incoraggiando il paziente a parlare [42], ma anche prendendo nota di quanto detto dal medico e spiegando al paziente le istruzioni del medico. Inoltre, i familiari/caregiver forniscono supporto morale, aiutano il paziente negli spostamenti logistici e nel programmare le visite e forniscono assistenza fisica [24, 48, 49].

Dichiarazioni della Giuria

Le seguenti dichiarazioni sono basate su revisioni sistematiche (2, di qualità bassa), studi osservazionali (3 di qualità alta, 2 di qualità moderata e 1 di qualità bassa) e sull'opinione di esperti:

- Può essere utile la presenza di un familiare e/o caregiver in occasione della visita medico-legale per tutte le persone anziane con disabilità psicofisiche, nel rispetto della normativa in materia di consenso informato.

- La presenza del familiare o caregiver durante la visita medico-legale può risultare utile quando questi assuma un atteggiamento incoraggiante nei confronti del paziente; sicuramente si è dimostrata utile nel migliorare la comunicazione medico-paziente e nel sostegno logistico a persone con disabilità fisica.

Nota: Durante la discussione pubblica, in un intervento da parte del pubblico è stata sottolineata l'importanza di comunicare alle parti per tempo la presenza di uno o più familiari/caregiver allo svolgimento dell'accertamento medico-legale.

4.3.4 Opportunità di visita a domicilio

Secondo l'unica revisione sull'argomento [31], la prima valutazione del paziente anziano dovrebbe avvenire a domicilio in caso di: grave disabilità motoria con difficoltà a raggiungere l'ambulatorio; elevato rischio di caduta e relativa necessità di una valutazione ambientale; gravi disturbi comportamentali; patologie in fase terminale; impossibilità di accesso ai trasporti; rifiuto da parte del paziente di recarsi a visita ambulatoriale.

Inoltre, la visita domiciliare potrebbe essere indicata per i pazienti affetti da patologie con carattere di urgenza, per completare la valutazione di pazienti già visitati in ambulatorio o in ospedale, o potrebbe esser parte di un programma di VMD.

Dichiarazione della Giuria

La seguente dichiarazione è basata su una revisione narrativa (di qualità molto bassa) e sull'opinione di esperti:

Risulta opportuno considerare la visita medico-legale al domicilio del danneggiato in presenza di persone affette da grave disabilità motoria o psichica, ad alto rischio di caduta (anche per una valutazione ambientale), con patologie in fase terminale o laddove vi sia l'impossibilità di accedere ai trasporti.

Nota: Durante la discussione pubblica è stato sollevato il tema di chi possa/debba decidere se effettuare o meno la visita a domicilio del danneggiato. Dalla discussione che ne è seguita, è emerso un accordo sul fatto che tale decisione spetta esclusivamente al medico legale incaricato dell'accertamento.

4.4 Valutazione multidimensionale (VMD) e scale

4.4.1 Quando sarebbe necessaria una VMD

La VMD è in grado di riconoscere i fattori che influenzano lo stato di salute e la funzione della persona anziana anche quando questi non sono apprezzati dal paziente stesso [44]. Sebbene non esistano criteri univoci per definire quali pazienti possono avere beneficio certo dalla VMD, i criteri più utilizzati sono l'età avanzata, la comorbilità e la presenza di sindromi geriatriche [21].

Le valutazioni a più dimensioni sono utilizzate da tempo anche per lo studio epidemiologico della disabilità [76-77] e previste per l'accertamento della condizione di handicap ai sensi della legge 104/1992 [78]. In un singolo studio osservazionale l'indice di Barthel è risultato essere un predittore indipendente del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento [38]. In ambito medico-legale, la stadiazione secondo livelli di gravità (come ad esempio previsto dalla Guida dell'American Medical Association [79]), basati su scale di valutazione multidimensionali, dovrebbe imporsi soprattutto in caso di compromissione di funzioni essenziali sul piano biologico [80] o comunque in caso di gravi menomazioni che hanno un riflesso dannoso su tutta la persona (cosiddette menomazioni "focali" [81]). Non esistono, tuttavia, studi riguardo all'uso della VMD nello specifico ambito della valutazione del danno biologico nella persona anziana né evidenze riguardo a quali domini dovrebbero essere valutati e con quali strumenti.

Dichiarazione della Giuria

La seguente dichiarazione è basata su uno studio osservazionale (di qualità alta), contributi dottrinari, documenti di sintesi e sull'opinione di esperti:

Si raccomanda di acquisire una VMD in rapporto alla complessità del caso, vale a dire in presenza di elevata comorbidità o rilevanti alterazioni dello stato funzionale motorio o cognitivo, in particolare nei pazienti con più di 75 anni.

4.4.2 Quali domini indagare e con quali strumenti

Indipendentemente dalla finalità specifica della VMD, esiste un consenso internazionale sul set minimo di domini che devono essere valutati [17] e sugli strumenti di più comune uso [8, 13, 15-21, 38, 44]:

- stato clinico (comorbidità): Cumulative Illness Rating Scale; Indice di Charlson;
- stato funzionale: Basic Activities of Daily Living-BADL (Indice di Katz, Indice di Barthel) e Instrumental Activities of Daily Living-IADL (Scala di Lawton-Brody);
- stato cognitivo: Short Portable Mental Status Questionnaire, Mini Mental Status Examination, Clock Drawing test;
- stato affettivo: Geriatric Depression Scale (a 15 o 5 item);
- rete sociale: Oslo-3 Social Support Scale.

Alcuni Autori [12] hanno proposto un set più ristretto di domini (funzionale, cognitivo e sociale).

In presenza di specifiche alterazioni, dovrebbe essere eseguita una valutazione di secondo livello (es., test neuropsicologici di secondo livello).

In casi specifici, può essere utile una valutazione funzionale con misure di performance fisica, che permettono una miglior definizione dello stato funzionale [44]; i test più comunemente usati e facilmente eseguibili anche in ambulatorio sono:

- Velocità del cammino sui 4 metri [20];
- Up and go test [17, 20];
- Short Physical Performance Battery [8, 13, 14];
- Grip Strength [19].

Esistono numerosi metodi di valutazione della fragilità proposti in letteratura e la “physical frailty” e la “cumulative deficit frailty” sono i due modelli concettuali di riferimento più citati [82]. Il dominio “fragilità” cattura il livello di riserva funzionale e la capacità omeostatica dell'intero organismo e per questo motivo può essere molto utile per avere una stima complessiva dello stato di salute della persona anziana [13].

Tutti questi strumenti sono di uso comune da decenni nella pratica clinica geriatrica italiana, anche se non tutti sono stati formalmente validati, e forniscono una valutazione quantitativa con punteggio discreto che permette un relativamente facile confronto con la valutazione precedente, quando disponibile.

Esistono ulteriori strumenti di valutazione delle funzioni delle persone anziane validati in italiano [32, 36, 40, 41, 46], ma non ci sono evidenze sulla loro utilità per la valutazione medico-legale del danno biologico.

Dichiarazioni della Giuria

Le seguenti dichiarazioni sono basate su studi osservazionali (2, di qualità alta), linee guida (1 di qualità alta e 1 di qualità moderata), documenti di sintesi e sull'opinione di esperti:

- In ambito medico-legale, una VMD della persona anziana, in caso di perdita o importante riduzione dell'autonomia personale e in rapporto alla complessità del caso, deve essere basata sulla valutazione dei seguenti domini: stato clinico (presenza di comorbidità); stato funzionale (BADL, IADL); stato cognitivo; stato psicoaffettivo; rete sociale; ambienti di vita.

- Esistono da tempo numerosi strumenti in ambito clinico che possono essere utilizzati per una VMD della persona anziana. Tuttavia, nell'ambito della valutazione del danno biologico non vi sono ancora strumenti valutativi multidimensionali validati. Al fine di una corretta valutazione medico-legale del danno, gli strumenti valutativi multidimensionali devono essere gli stessi utilizzati per la valutazione dello stato anteriore.

- Tutti gli strumenti generalmente usati nella pratica clinica per lo screening di primo livello possono essere usati a fini medico-legali. In casi selezionati, potrà essere necessaria una valutazione di II livello, generalmente eseguita dallo specialista del settore (geriatra, psichiatra, ecc.), in occasione della quale gli strumenti più idonei dovranno essere scelti in base alle finalità della valutazione.

4.5 Limiti e aree nelle quali è necessaria ricerca

Nella maggior parte degli studi disponibili riguardanti gli esiti di una lesione traumatica, la persona anziana è considerata per lo più come un *unicum*, senza tenere conto della marcata eterogeneità della popolazione anziana riguardo a una serie di fattori determinanti per gli esiti del trauma: stato di salute globale, fragilità, possibilità di recupero, rete e capitale sociale. Anche gli strumenti di valutazione utilizzati sono generalmente inadeguati per la popolazione anziana. Sono pertanto auspicabili studi che prendano in considerazione questi fattori e che indaghino in maniera sistematica il rapporto tra esiti e condizione precedente al trauma. Sono inoltre necessari studi che validino nel contesto medico-legale gli strumenti utilizzati per valutare il funzionamento delle persone anziane e l'utilità, al fine della valutazione del danno biologico, del modello bio-psicosociale proposto dall'Organizzazione Mondiale

della Sanità [77] -che attualmente consente un apprezzamento estremamente dettagliato delle conseguenze negative dei fenomeni biologici nella persona- e delle scale di valutazione della fragilità. In considerazione delle evidenze disponibili, al momento non è possibile individuare indicatori qualitativi dell'attività medico-legale, se non quello riguardante la previsione di una maggiore durata della visita nel caso il danneggiato sia una persona anziana.

Infine, alcuni componenti della Giuria sollecitano un approfondimento sui criteri più appropriati per quantificare sul piano economico e liquidare il danno biologico nelle persone anziane, anche in considerazione della possibilità di liquidazione tramite il riconoscimento di una rendita vitalizia. Altri Componenti della Giuria hanno invece espresso il loro dissenso riguardo al riferimento, nel contesto del presente documento di consenso, ad aspetti attinenti alla liquidazione del danno, o comunque alla possibilità di liquidare lo stesso tramite una rendita vitalizia.

La presente Consensus Conference riguardava la valutazione del danno biologico, con particolare riferimento al contesto della responsabilità civile. Tuttavia, in un'ottica di unitarietà disciplinare, le indicazioni metodologiche emerse possono essere utili anche in altri contesti di valutazione del danno biologico e negli altri ambiti valutativi medico-legali, per quanto applicabili.

FINANZIAMENTO

La Consensus Conference è stata sostenuta economicamente dai Promotori.

DICHIARAZIONI DI INTERESSI

Le/i seguenti partecipanti alla Consensus Conference hanno dichiarato di aver ricevuto compensi per attività di consulenza da compagnie assicuratrici o infortunistiche: Gloria Luigia Castellani (Allianz, AXA, UnipolSai, Zurich), Alessandro Feola (Allianz, Helvetia, ITAS), Alessandro Lovato (Società Reale Mutua Assicurazioni e UnipolSai), Franco Marozzi (Allianz, CIS Infortunistica, GIESSE Infortunistica, Helvetia, ITAS) e Riccardo Zoja (Gruppo HDI, Global SE, Società Reale Mutua Assicurazioni). Gloria Luigia Castellani ha partecipato alla redazione del capitolo VIII *Metodologia valutativa nei soggetti in età avanzata* delle *Linee guida per la valutazione del danno alla persona in ambito civilistico* della SIMLA e Piergiorgio Fedeli è autore di varie pubblicazioni scientifiche in tema di valutazione del danno alla persona. Francesco De Stefano è Componente della Commissione Regionale per la valutazione dei danni da colpa medica della Regione Liguria. Enrico Gili riceve compensi dall'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), della quale è dipendente. I restanti partecipanti alla Consensus Conference hanno dichiarato di non avere interessi rispetto all'argomento oggetto della Consensus Conference.

BIBLIOGRAFIA

1. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2019) Revision of World Population Prospects. <https://population.un.org/wpp/>.
2. Eurostat (2019) Population structure and ageing. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing.
3. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (2018) Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base 1.1.2017). <https://www.istat.it/it/archivio/214228>.
4. Automobile Club d'Italia (ACI)-Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (2018) Incidenti stradali anno 2017. <http://www.aci.it/laci/studi-e-ricerche/dati-e-statistiche/incidentalita/la-statistica-istat-aci/2017.html>.
5. Balducci G, Fondi G, Pitidis A e gruppo di lavoro SINIACA-IDB (a cura di) (2013) Sorveglianza di Pronto Soccorso degli Incidenti e della Violenza. Rapporto tecnico finale progetto SINIACA-IDB. http://old.iss.it/binary/casa/cont/Rapporto_TecnicoFinale_IncidentiAll_SINIACA_IDB.pdf
6. D.M. 3 luglio 2003. Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità. G.U. Serie Generale n. 211 del 11.09.2003.
7. Ferrara SD, Baccino E, Boscolo-Berto R, Comandè G, Domenici R, Hernandez-Cueto C, Gulmen MK, Mendelson G, Montisci M, Norelli GA, Pinchi V, Ranavaya M, Shokry DA, Sterzik V, Vermeylen Y, Vieira DN, Viel G, Zoja R (2016) Members of the IALM Working Group on Personal Injury and Damage. Padova Charter on personal injury and damage under civil-tort law: Medico-legal guidelines on methods of ascertainment and criteria of evaluation. *Int J Legal Med* 130:1-12. <https://doi.org/10.1007/s00414-015-1244-9>
8. Buzzi F, Domenici R (a cura di) (2016) Linee guida per la valutazione del danno alla persona in ambito civilistico. Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. Giuffrè Editore, Milano.
9. Candiani G, Colombo C, Daghini R, Magrini N, Mosconi P, Nonino F, Satolli R (2009) Come organizzare una conferenza di consenso. Manuale metodologico. Roma: ISS-SNLG.
10. National Institutes of Health. Consensus Development Program. <http://consensus.nih.gov/ABOUTCDP.Htm>.
11. Gasparini S, Beghi E, Ferlazzo E, Beghi M, Belcastro V, Biermann KP, Bottini G, Capovilla G, Cervellione RA, Cianci V, Coppola G, Cornaggia CM, De Fazio P, De Masi S, De Sarro G, Elia M, Erba G, Fusco L, Gambardella A, Gentile V, Giallonardo AT, Guerrini R, Ingravallo F, Iudice A, Labate A, Lucenteforte E, Magaudda A, Mumoli L, Papagno C, Pesce GB, Pucci E, Ricci P, Romeo A, Quintas R, Sueri C, Vitaliti G, Zoia R, Aguglia U (2019) Management of psychogenic non-epileptic seizures: a multidisciplinary approach. *Eur J Neurol* 26:205-e15. <https://doi.org/10.1111/ene.13818>
12. New Zealand Guidelines Group (2003) Assessment processes for older people. https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/assess_processes_gl.pdf.

13. Regione Toscana (2017) La fragilità dell'anziano. Linea Guida. <https://www.regione.toscana.it/-/la-fragilita-dell-anziano>.
14. Ministero della Salute (2010) Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. Quaderni del Ministero della Salute. <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Fragilit%C3%A0%20dell%27anziano.pdf/7a2ae7ee-ab7f-4f2b-b97a-c5ac33cdcaaf?version=1.0>.
15. Regione Emilia-Romagna (2012) La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Dossier n. 218/2012. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss218>
16. Regione Emilia-Romagna (2013) Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model. Dossier n. 236/2013. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss236>.
17. Reuben DB, Leonard SD (2018) Office-based assessment of the older adult. <https://www.uptodate.com/contents/office-based-assessment-of-the-older-adult>.
18. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (2018) Manuale di competenza in geriatria. Item 7: Valutazione delle performance cognitive. https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-7_Valutazione-delle-performance-cognitive.pdf.
19. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (2018) Manuale di competenza in geriatria. Item 9: IADL e ADL, valutazione degli organi di senso, la disabilità e il recupero. https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-9_IADL-e-ADL-valutazione-degli-organi-di-senso-la-disabilit%C3%A0-e-il-recupero.pdf.
20. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (2018) Manuale di competenza in geriatria. Item 12: Le cadute in rapporto al cammino e alla capacità di alzarsi dalla sedia. https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-12_Le-cadute-in-rapporto-al-cammino-e-alla-capacit%C3%A0-di-alzarsi-dalla-sedia.pdf.
21. Ward KT, Reuben DB (2018) Comprehensive geriatric assessment. <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>.
22. Brown K, Cameron ID, Keay L, Coxon K, Ivers R (2017) Functioning and health-related quality of life following injury in older people: a systematic review. *Inj Prev* 23:403-411. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042192>
23. Hashmi A, Ibrahim-Zada I, Rhee P, Aziz H, Fain MJ, Friese RS, Joseph B (2014) Predictors of mortality in geriatric trauma patients: a systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg* 76:894-901. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3182ab0763>
24. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WW, Jansen J, McCaffery KJ, Shepherd HL, Tattersall MH, Juraskova I (2013) Physician-patient-companion communication and

- decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns* 91:3-13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.007>
25. McIntyre A, Mehta S, Aubut J, Dijkers M, Teasell RW (2013) Mortality among older adults after a traumatic brain injury: a meta-analysis. *Brain Inj* 27:31-40. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.700086>
26. Sammy I, Lecky F, Sutton A, Leaviss J, O’Cathain A (2016) Factors affecting mortality in older trauma patients-A systematic review and meta-analysis. *Injury* 47:1170-1183. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.02.027>
27. Sawa J, Green RS, Thoma B, Erdogan M, Davis PJ (2018) Risk factors for adverse outcomes in older adults with blunt chest trauma: A systematic review. *CJEM* 20:614-622. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.377>
28. Wolff JL, Roter DL (2011) Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. *Soc Sci Med* 72:823-831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.015>
29. Gardner RC, Dams-O’Connor K, Morrissey MR, Manley GT (2018) Geriatric traumatic brain injury: epidemiology, outcomes, knowledge gaps, and future directions. *J Neurotrauma* 35:889-906. <https://doi.org/10.1089/neu.2017.5371>
30. Hildebrand F, Pape HC, Horst K, Andruszkow H, Kobbe P, Simon TP, Marx G, Schürholz T (2016) Impact of age on the clinical outcomes of major trauma. *Eur J Trauma Emerg Surg* 42:317-332. <https://doi.org/10.1007/s00068-015-0557-1>
31. Hogan DB. The practice of geriatrics: specialized geriatric programs and home visits (2011) *Can Geriatr* 14:17-23. <https://doi.org/10.5770/cgj.v14i1.2>
32. Abete P, Basile C, Bulli G, Curcio F, Liguori I, Della-Morte D, Gargiulo G, Langellotto A, Testa G, Galizia G, Bonaduce D, Cacciatore F (2017) The Italian version of the “frailty index” based on deficits in health: a validation study. *Aging Clin Exp Res* 29:913-926. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0793-9>
33. Britt HC, Valenti L, Miller GC (2005) Determinants of consultation length in Australian general practice. *Med J Aust* 183:68-71. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb06924.x>
34. Callahan EJ, Bertakis KD, Azari R, Robbins JA, Helms LJ, Chang DW (2000) The influence of patient age on primary care resident physician-patient interaction. *J Am Geriatr Soc* 48:30-35. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03025>
35. Callahan EJ, Stange KC, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Flocke SA, Bertakis KD (2004) Physician-elder interaction in community family practice. *J Am Board Fam Pract* 17:19-25. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.1.19>
36. Chipi E, Frattini G, Eusebi P, Mollica A, D’Andrea K, Russo M, Bernardelli A, Montanucci C, Luchetti E, Calabresi P, Parnetti L (2018) The Italian version of cognitive function instrument (CFI):

- reliability and validity in a cohort of healthy elderly. *Neurol Sci* 39:111-118. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03960-x>
37. Clayman ML, Roter D, Wissow LS, Bandeen-Roche K (2005) Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Soc Sci Med* 60:1583-1591. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.004>
38. Corbi G, Ambrosino I, Massari M, De Lucia O, Simplicio S, Dragone M, Paolisso G, Piccioni M, Ferrara N, Campobasso CP (2018) The potential impact of multidimensional geriatric assessment in the social security system. *Aging Clin Exp Res* 30:1225-1232. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0889-2>
39. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J (2002) Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 325:472. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7362.472>
40. Ferrari S, Signorelli MS, Cerrato F, Pingani L, Massimino M, Valente S, Forlani M, Bonasegla P, Arcidiacono E, De Ronchi D, Rigatelli M, Aguglia E, Atti AR (2017) Never too late to be anxious: validation of the Geriatric Anxiety Inventory, Italian version. *Clin Ter* 168:e120-e127. <https://doi.org/10.7417/CT.2017.1992>
41. Girtler N, Brugnolo A, Campus C, De Carli F, Famà F, Ghio L, Robert P, Barbieri MP, Delmonte M, Venuti S, Gabrielli F, Rodriguez G, Nobili F (2012) The short cognitive evaluation battery in cognitive disorders of the elderly-Italian version. *Dement Geriatr Cogn Disord* 33:255-265. <https://doi.org/10.1159/000339230>
42. Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T (2005) Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Soc Sci Med* 60:2307-2320. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.071>
43. Petek Ster M, Svab I, Zivcec Kalan G (2008) Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 26:29-34. <https://doi.org/10.1080/02813430701760789>
44. Reuben DB, Seeman TE, Keeler E, Hayes RP, Bowman L, Sewall A, Hirsch SH, Wallace RB, Guralnik JM (2004) Refining the categorization of physical functional status: the added value of combining self-reported and performance-based measures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 59:1056-1061. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.10.m1056>
45. Schmidt KL, Lingler JH, Schulz R. (2009) Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits. *Patient Educ Couns* 77:197-201. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.023>
46. Storti M (2009) La validazione di una scala di accertamento del dolore in pazienti con decadimento cognitivo: la scala Abbey nella versione italiana. [The validation of a pain assessment scale for patients with cognitive impairment: The Italian version of Abbey's scale]. *Recenti Prog Med* 100:405-409. <https://doi.org/10.1701/450.5313>

47. Tähepold H, Maaros HI, Kalda R, van den Brink-Muinen A (2003) Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care* 21:167-170. <https://doi.org/10.1080/02813430310000708>
48. Wolff JL, Roter DL (2008) Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Arch Intern Med* 168:1409-1415. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1409>
49. Wolff JL, Roter DL (2012) Older adults' mental health function and patient-centered care: does the presence of a family companion help or hinder communication? *J Gen Intern Med* 27:661-668. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1957-5>
50. Wolff JL, Guan Y, Boyd CM, Vick J, Amjad H, Roth DL, Gitlin LN, Roter DL (2017) Examining the context and helpfulness of family companion contributions to older adults' primary care visits. *Patient Educ Couns* 100:487-494. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.022>
51. Wooldridge AN, Arató N, Sen A, Amenomori M, Fetters MD (2010) Truth or fallacy? Three hour wait for three minutes with the doctor: Findings from a private clinic in rural Japan. *Asia Pac Fam Med* 9:11. <https://doi.org/10.1186/1447-056X-9-11>
52. Boulè P, Madec G (1996) Expertise de la personne âgée accidentée décompensée. *Rev Franç Dom Corp* 22:251-259
53. Chindemi D (2006) Il risarcimento del danno non patrimoniale nel nuovo codice delle assicurazioni: risarcimento o indennizzo? *Resp Civ Prev* 3:549-569.
54. Morini O (1995) La stima medico-legale del danno alla persona nell'età senile. *Riv It Med Leg*: 115-121.
55. Papi L (2005) Lo stato anteriore e le macromenomazioni. In: Comandè G, Domenici R (a cura di) *La valutazione delle micropermanenti profili pratici e di comparazione*. Edizioni ETS, Pisa, pp 35-43
56. Ronchi E, Morini O (1992) Riflessioni in tema di "stato anteriore" nella valutazione del danno biologico. *Riv It Med Leg*: 547-553
57. Ronchi E, Mastroberto L, Genovese U (2015) Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente. In *responsabilità civile e nell'assicurazione privata contro gli infortuni e le malattie*. Giuffrè Editore, Milano.
58. Serrao E (2006) Il danno risarcibile per responsabilità medica. *Giur Mer* 11:2321-2337.
59. Vergari B, Vergari F (2006) Il danno alla salute: riflessioni sulle tabelle "di legge" e ricerca di nuove proposizioni metodologiche per una personalizzazione accertativi e valutativa degli integrali riflessi sul valore della persona. *Jura Medica* 19:1-29.
60. AGREE Next Step Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II (2019). Versione Italiana a cura della Fondazione GIMBE. https://www.gimbe.org/pubblicazioni/traduzioni/AGREE_IT.pdf.

61. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA (2017) AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 358: j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008> <https://amstar.ca/docs/AMSTAR-2.pdf>
62. Kmet LM, Lee RC, Cook LS (2004) Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHMFR) - AHFMR - HTA Initiative #13. <https://www.ihe.ca/publications/standard-quality-assessment-criteria-for-evaluating-primary-research-papers-from-a-variety-of-fields>
63. Parkkinen VP, Wallmann C, Wilde M, Clarke B, Illari P, Kelly MP, Norell C, Russo F, Shaw B, Williamson J (2018) *Evaluating Evidence of Mechanisms in Medicine: Principles and Procedures*. Springer International Publishing. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2018
64. Anjum RL, Copeland S, Rocca E (2020) Medical scientists and philosophers worldwide appeal to EBM to expand the notion of 'evidence'. *BMJ Evid Based Med* 25:6-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111092>
65. Domenici R, Selvaggio G (1986) La valutazione in sede di consulenza tecnica d'ufficio: considerazioni e suggerimenti. In: Bargagna M, Busnelli FD (a cura di) *La valutazione del danno alla salute*. CEDAM, Padova, pp 103-121.
66. Luvoni R (1965) Lo stato anteriore nella valutazione medico-legale in materia penale e civile. In: *Atti del Convegno Riflessioni medico-legali sullo stato anteriore*, Bologna, 14-15 maggio 1965
67. Eamer G, Taheri A, Chen SS, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, Khadaroo RG (2018) Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD012485. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012485.pub2>
68. Li D, Soto-Perez-de-Celis E, Hurria A (2017) Geriatric assessment and tools for predicting treatment toxicity in older adults with cancer. *Cancer J* 23: 206-210. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000269>
69. Vellas B, Cesari M, Li J (Eds) (2016). *White book on frailty*. IAGG-GARN global aging research network. Delort, Castanet-Tolosan. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/gakujutsu/pdf/whitebook.pdf>
70. Chini A (1988) *Semeiotica medico-legale*. Ed. SEU, Roma.
71. Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, Singer DE (1998) Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. *JAMA* 279:1452-1457. <https://doi.org/10.1001/jama.279.18.1452>
72. Bellelli G, Noale M, Guerini F, Turco R, Maggi S, Crepaldi G, Trabucchi M (2012) A prognostic model predicting recovery of walking independence of elderly patients after hip-fracture surgery. An experiment in a rehabilitation unit in Northern Italy. *Osteoporos Int* 23:2189-200. <https://doi.org/10.1007/s00198-011-1849-x>

73. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, Burant C, Covinsky KE (2008) Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc* 56:2171-2179. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x>
74. Cecchi F, Pancani S, Antonioli D, Avila L, Barilli M, Gambini M, Landucci Pellegrini L, Romano E, Sarti C, Zingoni M, Gabrielli MA, Vannetti F, Pasquini G, Macchi C (2018) Predictors of recovering ambulation after hip fracture in patient rehabilitation. *BMC Geriatr* 18:201. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0884-2>
75. Portegijs E, Buurman BM, Essink-Bot ML, Zwinderman AH, de Rooij SE (2012) Failure to regain function at 3 months after acute hospital admission predicts institutionalization within 12 months in older patients. *J Am Med Dir Assoc* 13:569. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.003>
76. World Health Organization (1980) International classification of impairments, disabilities, and handicaps. WHO, Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=6CFFA95FBC9E4D12FC3BA05AF3B57826?sequence=1
77. World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
78. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. G.U. Serie generale n. 39 del 17.02.1992
79. Rondinelli RD (Ed) (2008) American Medical Association: Guides to the evaluation of permanent impairment, 6th edn. AMA Press, Chicago, IL
80. Fallani M (2006) Un punto percentuale di "niente". Riflessioni sui metodi di individuazione e valutazione del danno alla persona. Ed. CLEUB, Bologna
81. Fiori A (2000) Le guide per la valutazione quantitativa del danno alla persona, il 100% di invalidità permanente e la morte. *Riv It Med Leg*: 919-945
82. Walston J, Bandeen-Roche K, Buta B, Bergman H, Gill TM, Morley JE, Fried LP, Robinson TN, Afilalo J, Newman AB, López-Otín C, De Cabo R, Theou O, Studenski S, Cohen HJ, Ferrucci L (2019) Moving frailty toward clinical practice: NIA Intramural Frailty Science Symposium Summary. *J Am Geriatr Soc* 67:1559-1564. <https://doi.org/10.1111/jgs.15928>

La versione inglese del documento, approvata il 29 febbraio 2020, è stata pubblicata, dopo essere stata sottoposta a revisione tra pari e con minime modifiche, nel seguente articolo *open access* con licenza CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) grazie al finanziamento fornito dall'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna nell'ambito dell'accordo CRUI-CARE Ingravallo F, Cerquetti I, Vignatelli L, Albertini S, Bolcato M, Camerlingo M, Corbi G, De Leo D, De Nicolò A, De Stefano F, Dell'Erba A, Di Giulio P, Domenici R, Fedeli P, Feola A, Ferrara N, Forti P, Frigiolini F, Gianniti P, Gili E, Iannone P, Lovato A, Lunardelli ML, Marengoni A, Marozzi F, Martelloni M, Mecocci P, Molinelli A, Polo L, Portas M, Rossi P, Scorretti C, Trabucchi M, Volpato S, Zoja R, Castellani GL. Medico-legal assessment of personal damage in older people: report from a multidisciplinary Consensus Conference. *Int J Legal Med*. 2020;134:2319-2334. doi: 10.1007/s00414-020-02368-z.

APPENDICE 1. TABELLE SINOTTICHE

1. Parte generale

Evidenze	Quesiti e dichiarazioni della Giuria
Revisioni sistematiche (2 di qualità moderata, 1 di qualità bassa, 2 di qualità molto bassa), 2 revisioni non sistematiche di qualità molto bassa e opinione di esperti	<p>1.1 Esistono prove che gli esiti (conseguenze) di una lesione traumatica differiscono nella popolazione anziana rispetto alla popolazione più giovane?</p> <p><i>Esistono evidenze che gli esiti più sfavorevoli di una lesione traumatica sono generalmente associati all'età. Tuttavia, diversi fattori associati all'età anziana possono contribuire al rischio di esiti peggiori.</i></p> <p>1.2 Qual è la rilevanza medico-legale di tali evidenze in tema di valutazione del danno biologico?</p> <p><i>La valutazione complessiva e personalizzata dei fattori sfavorevoli associati all'età è essenziale per la valutazione del danno biologico in ambito medico-legale.</i></p>

2. Ricostruzione e valutazione dello stato anteriore

Evidenze	Quesiti e dichiarazioni della Giuria
Contributi dottrinari e opinione di esperti	<p>2.1 In quali circostanze il medico legale dovrebbe indagare e descrivere lo stato anteriore della persona anziana, e non solo quello riguardante il distretto funzionale leso?</p> <p><i>La ricostruzione dello stato anteriore rappresenta un elemento irrinunciabile per qualsiasi operazione valutativa medico-legale.</i></p> <p>2.2 Quali sono i dati riguardanti lo stato anteriore che dovrebbero sempre essere raccolti?</p> <p><i>I dati riguardanti lo stato anteriore devono comprendere: le patologie preesistenti, i farmaci assunti, le modalità di invecchiamento, la performance fisica e cognitiva, le relazioni sociali. La valutazione dello stato anteriore deve essere indirizzata a definire cosa la persona fosse in grado di fare, ovvero: sedentarietà; autonomia nell'alimentarsi, negli spostamenti, nell'abbigliamento, nell'igiene personale e nell'espletamento delle funzioni fisiologiche; grado di socialità e relazioni.</i></p> <p>2.3 Quale dovrebbe essere la metodologia da seguire per giungere a una affidabile ricostruzione dello stato anteriore?</p> <p><i>La metodologia ottimale da seguire per giungere a un'affidabile ricostruzione dello stato anteriore poggia principalmente su:</i></p> <p><i>a) anamnesi (storia clinica) raccolta dal paziente e dal familiare/caregiver e documentazione clinica prodotta;</i></p> <p><i>b) dati e informazioni sanitarie legittimamente acquisibili, incluso l'utilizzo di risorse di assistenza formale e informale (centri diurni, assistenza domiciliare integrata, persone stipendiate per l'assistenza privata).</i></p> <p><i>L'acquisizione di dati e informazioni deve avvenire nel rispetto delle norme in materia di tutela dei dati personali e dei limiti di preclusione processuale.</i></p> <p>2.4 Come dovrebbe essere valutata da un punto di vista medico-legale la modifica dello stato anteriore nella persona anziana?</p> <p><i>È raccomandata una valutazione che tenga conto della performance fisica e cognitiva della persona anziana prima dell'evento traumatico. I criteri di valutazione devono rappresentare l'effettivo grado di riduzione dello stato psicofisico anteriore e non devono necessariamente essere vincolati a indicazioni di barème costruiti sul riferimento quantitativo di singole menomazioni su una teorica integrità.</i></p>

3. Prassi della visita medico-legale ai fini dell'accertamento del danno biologico in una persona anziana

Evidenze	Quesiti e dichiarazioni della Giuria
Opinione di esperti	<p>3.1 Quali dovrebbero essere i criteri per stabilire l'intervallo di tempo minimo che deve trascorrere prima di sottoporre il danneggiato a visita medico-legale?</p> <p><i>Non è possibile in base alle evidenze attualmente disponibili definire criteri validi per stabilire l'intervallo di tempo minimo che deve trascorrere prima di sottoporre il danneggiato a visita medico-legale.</i></p>
Studi osservazionali (4 di qualità alta e 3 di qualità moderata) e opinione di esperti	<p>3.2 Il tempo necessario per visitare una persona anziana differisce da quello necessario per visitare persone di altre fasce di età?</p> <p><i>Il tempo necessario per visitare una persona anziana differisce da quello necessario per visitare persone di altre fasce di età.</i></p>
	<p>3.3 Quale dovrebbe essere il tempo minimo da dedicare alla visita medico-legale di una persona anziana?</p> <p><i>In base alle evidenze attualmente disponibili, non è possibile definire un tempo minimo da impiegare per la visita medico-legale di una persona anziana, sebbene, data la complessità sociale, clinica e gestionale, vada considerata una maggiore durata della visita rispetto alle persone più giovani. L'estrema eterogeneità della popolazione anziana e delle tipologie di menomazione non permette di definire un tempo minimo standard per l'effettuazione della visita medico-legale.</i></p>
Due revisioni sistematiche di qualità bassa, studi osservazionali (3 di qualità alta, 2 di qualità moderata e 1 di qualità bassa) e opinione di esperti	<p>3.4 In quali circostanze dovrebbe essere presente un familiare o caregiver in occasione della visita medico-legale?</p> <p><i>Può essere utile la presenza di un familiare e/o caregiver in occasione della visita medico-legale per tutte le persone anziane con disabilità psicofisiche, nel rispetto della normativa in materia di consenso informato.</i></p> <p>3.5 Con quali modalità il familiare o caregiver dovrebbe partecipare alla visita?</p> <p><i>La presenza del familiare o caregiver durante la visita medico-legale può risultare utile quando questi assuma un atteggiamento incoraggiante nei confronti del paziente; sicuramente si è dimostrata utile nel migliorare la comunicazione medico-paziente e nel sostegno logistico a soggetti con disabilità fisica.*</i></p>
Una revisione narrativa di qualità molto bassa e opinione di esperti	<p>3.6 In quali casi bisognerebbe effettuare la visita medico-legale al domicilio del danneggiato?</p> <p><i>Risulta opportuno considerare la visita medico-legale al domicilio del danneggiato in presenza di persone affette da grave disabilità motoria o psichica, ad alto rischio di caduta (anche per una valutazione ambientale), con patologie in fase terminale o laddove vi sia l'impossibilità di accedere ai trasporti.**</i></p>

*Durante la discussione pubblica, in un intervento da parte del pubblico è stata sottolineata l'importanza di comunicare alle parti per tempo la presenza di uno o più familiari/caregiver allo svolgimento dell'accertamento medico-legale.

**Durante la discussione pubblica è stato sollevato il tema di chi possa/debba decidere se effettuare o meno la visita a domicilio del danneggiato. Dalla discussione che ne è seguita, è emerso un accordo sul fatto che tale decisione spetta esclusivamente al medico legale incaricato dell'accertamento

4. Valutazione multidimensionale e scale

Evidenze	Quesiti e dichiarazioni della Giuria
Uno studio osservazionale di qualità alta, contributi dottrinari, documenti di sintesi e opinione di esperti	4.1. Quando, al fine della valutazione del danno, il medico legale dovrebbe disporre di (oppure effettuare) una valutazione multidimensionale della persona anziana? <i>Si raccomanda di acquisire una VMD in rapporto alla complessità del caso, vale a dire in presenza di elevata comorbidità o rilevanti alterazioni dello stato funzionale motorio o cognitivo, in particolare nei pazienti con più di 75 anni.</i>
Due studi osservazionali di qualità alta, linee guida (1 di qualità alta e 1 di qualità moderata), documenti di sintesi e opinione di esperti	4.2 Quali domini dovrebbero essere sempre valutati? <i>In ambito medico-legale, una VMD della persona anziana, in caso di perdita o importante riduzione dell'autonomia personale e in rapporto alla complessità del caso, deve essere basata sulla valutazione dei seguenti domini: stato clinico (presenza di comorbidità); stato funzionale (BADL, IADL); stato cognitivo; stato psicoaffettivo; rete sociale; ambienti di vita.</i>
	4.3 Quali sono gli strumenti raccomandati per valutare tali domini? <i>Esistono da tempo numerosi strumenti in ambito clinico che possono essere utilizzati per una VMD della persona anziana. Tuttavia, nell'ambito della valutazione del danno biologico non vi sono ancora strumenti valutativi multidimensionali validati. Al fine di una corretta valutazione medico-legale del danno, gli strumenti valutativi multidimensionali devono essere gli stessi utilizzati per la valutazione dello stato anteriore.</i>
	4.4 Quali sono gli strumenti di valutazione delle funzioni delle persone anziane validati in italiano più fruibili a fini medico-legali? <i>Tutti gli strumenti generalmente usati nella pratica clinica per lo screening di primo livello possono essere usati a fini medico-legali. In casi selezionati, potrà essere necessaria una valutazione di II livello, generalmente eseguita dallo specialista del settore (geriatra, psichiatra, ecc.), in occasione della quale gli strumenti più idonei dovranno essere scelti in base alle finalità della valutazione.</i>