



Il danno biologico nella persona anziana: proposta di armonizzazione della metodologia valutativa
Position paper della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni e delle Scienze Forensi e Criminalistiche (SIMLA)

Abstract

La definizione del danno biologico nella persona anziana presenta importanti criticità valutative legate a numerosi fattori, tra cui l'assenza di riferimenti tabellari calibrati su individui in età avanzata, la complessità della ricostruzione multidimensionale dello stato anteriore, nonché la obiettiva difficoltà nel pervenire ad una metodologia medico-legale condivisa in grado di tradurre in termini valutativi l'impatto menomativo spesso molto rilevante che nella persona anziana può derivare da lesioni anche lievi e di per sé di peso specifico ben diverso su un soggetto giovane o adulto.

Un fondamentale contributo nell'appianare le difformità metodologiche affermatesi sul territorio nazionale nel corso degli anni è stato apportato da un documento inserito nel 2020 all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità come "buona pratica clinico-assistenziale", la Consensus Conference sulla valutazione del danno biologico nella persona anziana, che ha sviluppato, ampliato ed aggiornato le linee di indirizzo contenute all'interno del capitolo VIII ("Metodologia Valutativa nei soggetti in età avanzata") del manuale SIMLA del 2016.

Obiettivo del presente Position Paper è proporre una metodologia valutativa del danno nella persona anziana che possa rappresentare una quanto più efficace forma di raccordo tra i due documenti citati, nel tentativo di armonizzare l'approccio valutativo medico-legale.

Introduzione

Con riferimento all'obiettivo del documento, la domanda alla quale il presente paper si propone di fornire una risposta è la seguente: in quale misura e relativamente a quali aree valutative le linee di indirizzo proposte da SIMLA all'interno del manuale del 2016 sono state modificate all'esito della Consensus Conference sul danno nella persona anziana?

È un quesito fondamentale che a sua volta si inserisce nel vulnus di principale riscontro sul piano applicativo professionale quotidiano, che è rappresentato dalla difficoltà di circoscrivere (percentualmente o meno) la dimensione del danno patito dal soggetto anziano, con tutto il carico delle pre e comorbidità che sono intrinseche a questa categoria di pazienti.

Ma cosa si intende per "anziano"?

Il concetto di “anziano” assorbe, sotto il profilo semantico, aspetti di natura sia biologica che demografica. Esso, infatti, pertiene al fenomeno dell’invecchiamento individuale, inteso come progressivo deterioramento organico psicofisico propedeutico alla senescenza. Allo stesso tempo, con tale termine si identificano gli individui con età avanzata all’interno di una popolazione, il cui invecchiamento è sotteso tanto al progressivo incremento del valore medio dell’età complessivamente raggiunta in un dato momento storico quanto alla proporzione dei soggetti con età avanzata rispetto a quelli di altri gruppi di età.

È di piana evidenza come l’invecchiamento di una popolazione sia fortemente condizionato da fenomeni antropologici e sociologici, quali la nati-mortalità.

La WHO identifica nei 65 anni l’età di passaggio alla condizione di “anziano”, mentre le Nazioni Unite, considerando le aree geografiche svantaggiate per bassa aspettativa di vita alla nascita, riconoscono tale limite nei 60 anni.

Anche l’ISTAT conviene sul fatto che l’invecchiamento sia rappresentato dalla quota percentuale di soggetti con età pari o superiore ai 65 anni, ma dal momento che si tratta di persone ancora in piena attività, la soglia di ingresso nella cosiddetta terza età tende progressivamente a spostarsi in avanti.

In occasione del 63° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) tenutosi a Roma alla fine di novembre del 2018, è stata data una nuova definizione dinamica di anzianità (soglia da 65 a 75 anni), più confacente alle attuali performances fisiche e mentali, alla situazione demografica della popolazione italiana e, in generale, alle condizioni psicofisiche dei soggetti residenti in Paesi ad alto reddito. Per l’allungamento medio della speranza di vita alla nascita (in Italia 84,8 anni per le donne e 80,5 anni per gli uomini) è stata creata una nuova categoria di anzianità, dividendo le persone con più di 65 anni tra chi appartiene alla terza età (condizionata da buone condizioni di salute, inserimento sociale e disponibilità di risorse) e chi appartiene alla quarta età (caratterizzata da dipendenza da altri e decadimento fisico).

Intimamente connesso al concetto di “anzianità” è il concetto di “fragilità”.

In gerontologia la “fragilità” è la condizione per cui si è ridotta la riserva funzionale, con conseguente minor capacità di rispondere agli stress e difficoltà a ritornare alla condizione antecedente.

Quello di fragilità è un concetto a sé e del tutto distinto dal concetto di non autosufficienza: un evento avverso biologico, psichico o sociale può ridurre l’autonomia della persona ed avvicinarla o portarla ad una condizione di dipendenza. Nel caso di un organismo “robusto”/in salute e benessere, questo avviene temporaneamente con successivo ripristino della condizione funzionale precedente, mentre nel caso di un organismo “fragile” il recupero non sarà completo, ma si avvicinerà di molto alla dipendenza o sfocerà nella dipendenza, in quanto la riserva di autonomia funzionale è insufficiente. Trattasi, in estrema sintesi, di un concetto complesso, assimilabile ad un “aumentato rischio di perdita di autonomia”.

Purtroppo, sinora nessuno degli studi interventistici randomizzati controllati per ridurre lo sviluppo di fragilità ha potuto dimostrare evidenze di efficacia. Secondo il recente modello dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, il presupposto per l’invecchiamento in salute è il mantenimento della capacità funzionale, intesa come combinazione e interazione tra capacità intrinseca (il bagaglio di risorse fisiche e mentali individuali) e l’ambiente di vita. A parità di aspettativa di vita e condizioni psicofisiche, il processo d’invecchiamento non è quindi sempre uguale e le traiettorie di depauperamento progressivo della capacità funzionale variano da individuo a individuo. Essendo una condizione dinamica potenzialmente reversibile, l’individuazione precoce

della fragilità e la prevenzione dei fattori modificabili che ne influenzano la progressione rappresentano ad oggi una delle attuali priorità di intervento in salute pubblica.

Sulla scorta di tale breve premessa attinente a quanto la Letteratura più recente ha fatto emergere, pare allora non trovare più concreta applicazione la suddivisione in categorie di fragilità secondo la *Clinical Frailty Scale* della *Canadian Study On Health & Aging*, di cui al manuale SIMLA 2016, mentre parrebbe più fruibile, oltre che più lineare in relazione alle due principali tipologie di invecchiamento (“normale” ed “accelerato”) e quindi alle due tipologie di anziano (“robusto” e “fragile”), indentificare due macrocategorie:

- Soggetto anziano in buona performance e condizioni di salute, fragile solo perché di età avanzata, nel quale i processi fisiologici dell’invecchiamento sarebbero decorsi in un tempo fisiologico (normale), pervenendo infine alla prevedibile intrinseca condizione di necessità di cura ed assistenza propria di questa “stagione” della vita (si pensi agli ultranovantenni).
- Soggetto anziano fragile per copatologie e con performance ridotte, già modestamente rallentato nelle ADL/IADL ma non dipendente, in cui l’evento/stress acuto precorre ovvero accelera il concretizzarsi di uno scompenso non solo dell’organo-sistema direttamente correlato al trauma bensì generale e che si sarebbe comunque manifestato, per le comorbidità in essere, in un tempo anticipato rispetto alla macrocategoria precedente.

4. Scopo del documento

Il documento si propone di analizzare sistematicamente le singole aree tematiche inerenti agli aspetti valutativi di rilievo nell’approccio al danno nella persona anziana così come declinate all’interno del manuale SIMLA e del documento finale di consenso prodotto all’esito della Consensus Conference sul danno nell’anziano, al fine di evidenziare i punti di convergenza e di contrasto tra gli orientamenti valutativi ivi proposti, con l’intento di addivenire ad una proposta di criteriologia valutativa uniforme che possa essere di ausilio al professionista medico legale nell’esercizio della propria pratica professionale quotidiana.

Dichiarazione di posizione

Ricostruzione dello stato anteriore

La ricostruzione dello stato anteriore, inteso come *“complesso delle condizioni fisiologiche e patologiche esistenti al momento in cui si verificò l’evento di interesse medico-legale”* rappresenta un elemento irrinunciabile nell’operazione valutativa medico-legale del soggetto anziano, in quanto in questa particolare categoria di pazienti non è ammissibile valutare solo la menomazione senza tenere conto degli effetti che essa determina sulla stabilità e cenestesi della persona. **Il giudizio valutativo deve tener conto dell’effettiva incidenza negativa della menomazione sull’equilibrio omeostatico della persona anziana e non può basarsi su riferimenti standard, ma deve ricomprendere l’effettiva complessiva variazione dello stato anteriore, non trascurando di considerare e segnalare/descrivere (ove attendibilmente possibile) la normale/naturale evoluzione che comunque vi sarebbe stata.**

Relativamente ai dati che dovrebbero sempre essere raccolti riguardo allo stato anteriore, è necessario indagare ciò che la persona era in grado di fare prima della lesione, comprendendo i fattori clinici (sedentarietà, stato

nutrizionale e autonomia nell'alimentarsi, disturbi della memoria, farmaci assunti, uso di alcol e tabacco), l'autonomia nelle attività di vita quotidiana, negli spostamenti, nell'abbigliamento, nell'igiene personale e/o nelle relazioni e svantaggio sociale, l'anamnesi scolastica e lavorativa, nonché le eventuali condizioni patologiche (patologie preesistenti, malformazioni, postumi di precedenti lesioni/malattie) e la fragilità. Questo perché nella popolazione anziana la modificazione traumatica della cenestesi precedentemente posseduta deve necessariamente godere di una qualche forma di valorizzazione, se non altro per le ridotte capacità di recupero e adattamento che distinguono l'anziano dai soggetti più giovani.

In merito alla metodologia da seguire per giungere ad una quanto più completa, accurata ed affidabile ricostruzione dello stato anteriore risultano imprescindibili sia una accurata anamnesi raccolta dal paziente e dal familiare/caregiver (conoscere se viveva da solo/a, se richiedeva già un aiuto, eventuali svaghi) unitamente alla documentazione clinica prodotta, sia dati e informazioni sanitarie legittimamente acquisibili, nel rispetto delle norme in materia di tutela di dati personali, incluso l'utilizzo di risorse di assistenza formale e informale (centri diurni, assistenza domiciliare integrata, persone per l'assistenza privata).

In altri termini, è importante definire lo stato anteriore non solo dal punto di vista delle comorbilità, ma anche delle performances nella quotidianità, nella relazionalità e nella socialità, in armonia con l'impostazione della prospettiva biopsicosociale, modello posto a fondamento dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) in quanto in grado di descrivere al meglio la fenomenologia umana nella sua complessità (figura 1).

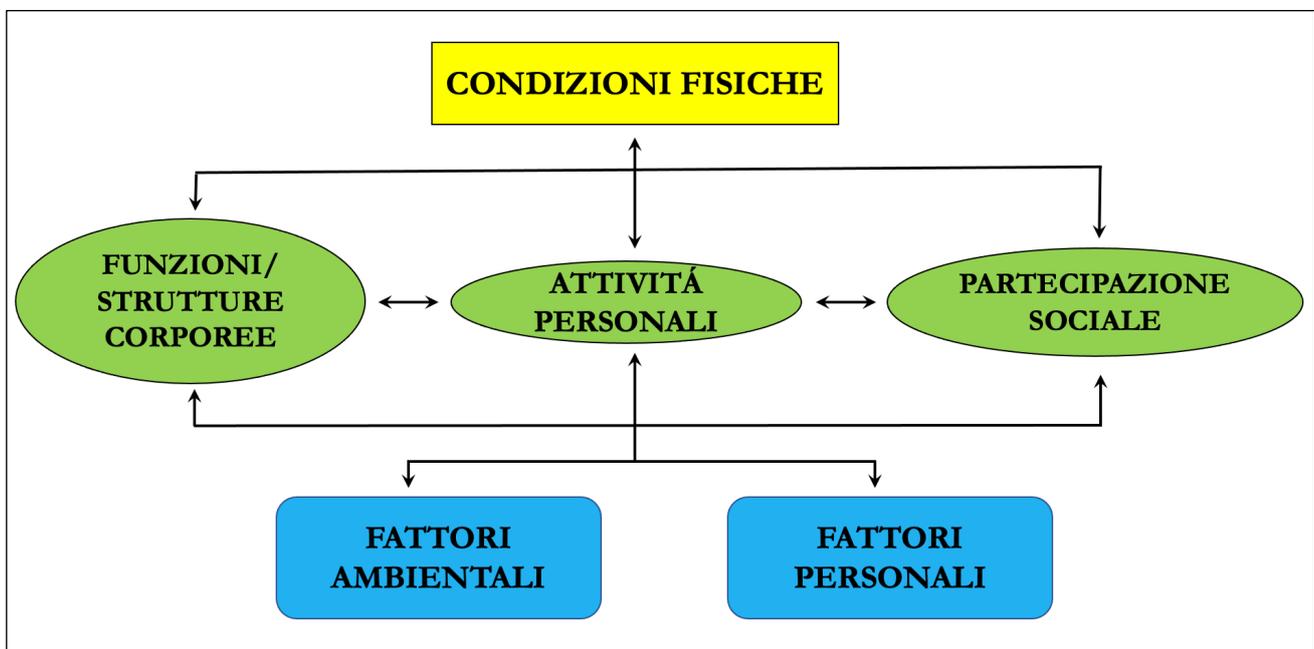


Figura 1. Le dimensioni dell'essere umano e le loro interazioni secondo il modello biopsicosociale

L'ICF, dunque, a differenza dell'ICD-10, di stampo prettamente nosografico, consente di dare il massimo rilievo alle implicazioni sul piano funzionale della menomazione, qualificando lo stato della persona come il risultato dell'interazione dinamica tra condizioni fisiche, aspetti sociali e fattori contestuali.

All'interno della tabella sottostante sono illustrati i singoli elementi (cosiddetti "capitoli") in cui sono declinate le dimensioni valutative (cosiddette "componenti") della classificazione ICF, utili da tenere in considerazione nella ricostruzione dello stato anteriore della persona anziana sottoposta a valutazione medico-legale del danno.

<i>Funzioni corporee</i>	<i>Strutture corporee</i>	<i>Attività personali</i>	<i>Partecipazione sociale</i>	<i>Fattori ambientali</i>	<i>Fattori personali</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Funzioni mentali • Funzioni sensoriali e dolore • Funzioni della voce e dell'eloquio • Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio • Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino • Funzioni genitourinarie e riproduttive • Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento • Funzioni della cute e delle strutture correlate 	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture del sistema nervoso • Occhio, orecchio e strutture correlate • Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio • Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio • Strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino • Strutture correlate ai sistemi genitourinario e riproduttivo • Strutture correlate al movimento • Cute e strutture correlate 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendimento e applicazione delle conoscenze • Compiti e richieste generali • Comunicazione • Mobilità • Cura della persona • Vita domestica • Interazioni e relazioni interpersonali 	<ul style="list-style-type: none"> • Aree di vita principali (istruzione-lavoro e impiego-vita economica) • Vita sociale, civile e di comunità 	<ul style="list-style-type: none"> • Prodotti e tecnologie • Ambiente naturale e cambiamenti ambientali offerti dall'uomo • Relazione e sostegno sociale • Atteggiamenti • Servizi, sistemi e politiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspetti psicologici, affettivi e comportamentali (stili di attribuzione, autoefficacia, autostima, emotività, motivazione, comportamenti problema)

È tuttavia importante precisare come l'inquadramento multidimensionale dello stato anteriore della persona anziana operato attraverso l'indagine delle dimensioni valutative ricomprese nell'ICF sia operazione ben diversa rispetto alla "conversione" del punteggio ottenuto all'esito dell'applicazione di scale multidimensionali comunemente impiegate nella pratica clinica geriatrica in punti percentuali di danno biologico permanente.

Deve infatti rilevarsi come la Consensus Conference sul danno biologico nella persona anziana abbia escluso in maniera chiara la sussistenza dei presupposti tecnici per tradurre in quota di danno biologico permanente gli esiti dell'applicazione di strumenti valutativi multidimensionali, non essendovene ancora di validati nel contesto della valutazione del danno alla persona.

Il ricorso alla Scala Canadese della Fragilità di cui si parla all'interno del capitolo "Metodologia valutativa nei soggetti in età avanzata" del manuale SIMLA del 2016, dunque, deve considerarsi prassi superata dai risultati della Consensus Conference, risultando tecnicamente inconsistente una definizione del valore percentuale del danno biologico permanente ricavata unicamente dall'inquadramento della classe di fragilità del soggetto prima e dopo l'evento lesivo.

Raccomandazione: la ricostruzione dello stato anteriore, momento cardine dell'attività valutativa, deve fondarsi su un approccio metodologico rigoroso e deve indagare nel dettaglio non solo la sfera prettamente clinica, ma anche lo status funzionale nelle sue differenti estrinsecazioni (quotidianità, relazionalità, socialità). L'impiego di scale multidimensionali può essere sfruttato efficacemente per definire con maggiore precisione lo stato anteriore, ma non vi sono i presupposti tecnici affinché il punteggio ottenuto all'esito dell'applicazione di tali scale possa essere convertito attraverso semplicistici automatismi in una quantificazione percentuale del danno biologico. Ove possibile non dovrà essere trascurato di soffermarsi sulla normale/naturale evoluzione dello stato anteriore.

La quantificazione del danno biologico permanente

Una delle più rilevanti criticità che caratterizzano il processo valutativo del danno nella persona anziana è rappresentata dal fatto che tutte le tabelle oggi in uso partono dal presupposto, peraltro anche regolamentato per Legge, che i valori sono da riferire alle attività medie della donna o dell'uomo mediamente sani, valori che dunque vanno aumentati o in alcuni casi ridotti qualora la lesione si realizzi in soggetti che, per condizioni preesistenti, non sono rapportabili all'uomo medio cui le tabelle fanno riferimento.

Ciò premesso, nella valutazione del danno biologico nella persona anziana possono essenzialmente profilarsi due scenari.

Un primo scenario è rappresentato da un esito menomativo coinvolgente il solo distretto leso in assenza di significative ripercussioni negative sulla autonomia globale e sul complessivo funzionamento dell'individuo, inteso nella sua accezione biopsicosociale. A fronte di esiti di lesioni traumatiche di rilevanza certa che comunque non diano apprezzabili riflessi negativi sul complessivo funzionamento della persona ma solo loco-regionali andranno comunque valorizzati, quando di essi vi è una evidenza certa, i più prolungati tempi di recupero e le minori capacità di adattamento alla condizione menomativa. E' il caso ad esempio di una frattura di caviglia che ha anatomicamente una regolare evoluzione, ma a causa della quale l'anziano, soltanto per la sua ridotta capacità dovuta all'età avanzata, giunge a stabilizzazione in tempi più prolungati e, alla fine, non recupera la completa stabilità e sicurezza nel cammino, continuando ad avvalersi di un bastone. In un caso del genere è allora pienamente legittimo quantificare il danno biologico temporaneo tenendo appunto conto dei tempi più prolungati per giungere ad una sostanziale stabilizzazione clinica (da non confondere con la, sola consolidazione della frattura) e, per quanto riguarda il danno biologico permanente, derogare dal valore tabellare previsto per le disfunzionalità di quel distretto, indicando una percentuale di danno permanente biologico più elevata rispetto alle comuni indicazioni tabellari.

Altro approccio riguarderà il caso di esiti menomativi che si estrinsecano in un pregiudizio non limitato al solo distretto leso bensì in grado di compromettere l'intera autonomia funzionale dell'individuo anziano. In tali casi, non di rado, ci si dovrà discostare dai valori tabellari "generalmente" previsti per la menomazione in esame, poiché ciò che deve essere valutato non è soltanto l'esito menomativo in sé, ma la globale compromissione del funzionamento biopsicosociale dell'individuo anziano. Ciò impone di operare una valutazione "sartoriale", come di norma dovrebbe essere, ed ancor più in casi come quelli che coinvolgono un soggetto anziano, svincolata dalla acritica applicazione di rigidi parametri numerici riferiti alla specifica menomazione e al contrario modulata in rapporto alle singole abilità perdute dall'individuo, cioè alla reale disfunzione dell'anziano esito del fatto in esame.

Ovviamente, il discostarsi – a volte anche sensibilmente – dall'orientamento valutativo tabellare previsto richiede necessariamente una mirata motivazione, indicando anche, con criterio di analogia, quale la voce tabellare più idonea a rappresentare la riduzione della complessiva efficienza ed autonomia che l'anziano leso possedeva prima del fatto da responsabilità di terzi.

Si consideri a titolo d'esempio un soggetto anziano completamente autonomo nelle ADL che a seguito di un intervento riporta una frattura prossimale di femore trattata mediante osteosintesi in ambiente ospedaliero che nel corso del ricovero va incontro ad un severo e globale decadimento generalizzato (sia cognitivo sia motorio) con perdita totale dell'autonomia e necessità di assistenza continuativa al domicilio da parte di terzi.

La valutazione del danno biologico andrà quindi operata secondo un approccio “tailor-made”, valutando in complesso le abilità e funzioni che caratterizzavano il soggetto prima dell’evento dannoso e che lo avrebbero caratterizzato nel futuro qualora non fosse stato danneggiato, discostandosi dunque dal riferimento tabellare relativo alle menomazioni dirette conseguenze delle specifiche lesioni. Quale riferimento tabellare (a cui, lo si rimarca, è comunque opportuno che la valutazione sia ancorata, onde evitare derive in senso arbitrario) potrà essere considerata una voce relativa ad una entità menomativa/disfunzionale che, malgrado non concretizzatasi nel caso in esame, possa risultare adeguata a rappresentare il grado di compromissione della validità complessiva del soggetto anziano (come potrebbe essere, ad esempio, la para/tetraparesi).

Si propone un altro esempio: si consideri un soggetto anziano che riporta un trauma cranico con emorragia subaracnoidea ed ematoma subdurale in assenza di deficit motori ma con residuo severo deficit cognitivo associato a marcati disturbi comportamentali. La valutazione “sartoriale” del danno biologico permanente dovrà ancorarsi (come valore base di riferimento) non tanto alla voce tabellare relativa agli esiti della lesione in sé (trauma cranico con emorragia endocranica), quanto piuttosto alla voce tabellare che meglio si adatta al complessivo deterioramento dell’individuo, in questo caso di matrice cognitiva (ad esempio il disturbo-neurocognitivo di grado 4 o 5 a seconda del punteggio della CDR).

Il giudizio andrà poi completato evidenziando se il decadimento successivo al fatto lesivo abbia rappresentato un momento acceleratore di una dipendenza/di uno stato naturalmente “invalidante” che, considerata l’età del soggetto, si sarebbe comunque verificata nel giro di tempi più o meno contenuti. Il naturale decremento potenziale delle funzioni nell’anziano, ha -in effetti- una particolare rapidità di instaurazione che non può essere d’emblée scotomizzato.

Infine, si ritiene di sconsigliare di prendere in considerazione quelle voci tabellari che facciano riferimento o ad una lesione dandone per scontato una “media” ricaduta menomativa (ad es. “postumi soggettivi in esiti di trauma cranico con lesioni encefaliche accertate”, “perdita dell’alluce e del primo metatarso”, ...), o ad una menomazione anatomica (ad es. “anchilosi di caviglia”).

Raccomandazione: *nella valutazione del danno biologico temporaneo e permanente dell’anziano è opportuno che non si trascurino i più prolungati tempi di recupero e le minori capacità di adattamento alla condizione menomativa finale. Proprio in considerazione delle inferiori capacità di recupero e adattamento ad una menomazione, quando di questa emerga una chiara evidenza in sede di accertamento definitivo, è legittimo derogare dal valore tabellare previsto per le disfunzionalità di quel distretto, indicando una percentuale di danno permanente biologico più elevata.*

Qualora il quadro menomativo abbia particolare incidenza negativa sul “fare” del soggetto, si dovrà ricorrere – ancor di più che di norma – ad una valutazione “omnicomprensiva” di tipo sartoriale, che dovrà tassativamente essere supportata da una mirata motivazione, anche per “analogia”.

In tal senso, si ritiene di sconsigliare di prendere in considerazione quelle voci tabellari che facciano riferimento o ad una lesione dandone per scontato una “media” ricaduta menomativa, o ad una menomazione anatomica. Sarà opportuno prendere a riferimento i valori tabellari relativi a condizioni menomative che ben equivalgono alla globale compromissione della validità analoga a quella realizzatasi, che deve puntualmente esprimere la variazione peggiorativa dello stato anteriore del soggetto. In caso di stati di decadimento già

presenti in precedenza, sarà opportuno avere cura di precisare se e in che misura l'evento ha anticipato una condizione che, seppure in tempi maggiori, si sarebbe comunque determinata con ragionevole probabilità.

Le tempistiche della visita medico-legale

La tempistica della visita senz'altro andrà modulata in funzione ed in rapporto ai concetti di stabilizzazione anatomica e di stabilizzazione funzionale, quest'ultima ancor più fondamentale per verificare gli effettivi bisogni dell'anziano e la loro modificazione o manifestazione rispetto alla condizione anteriore ed a quello che, in relazione all'età anagrafica, si sarebbe comunque verificato indipendentemente dall'evento traumatico/stress all'origine della valutazione stessa (anticipazione/accelerazione).

Conformemente a quanto definito nella Consensus Conference, il tempo medio necessario per visitare una persona anziana differisce da quello necessario per visitare soggetti di altre fasce di età e, in base alle evidenze attualmente disponibili, non è possibile definire un tempo minimo, sebbene, data la complessità sociale, clinica e gestionale, vada considerata una maggiore durata, non foss'altro per la frequente partecipazione di altri soggetti (familiare e/o caregiver) - nel rispetto della normativa in materia di consenso informato – talora essenziali per la raccolta delle informazioni sociali ed ambientali nonché per il ruolo facilitatore, mediatore ed incoraggiante che gli stessi possono svolgere.

Imprescindibile, anche nel contesto medico-legale, una VMD della persona anziana modulandola in rapporto alla complessità del caso, che sia comunque completa nell'esplorazione dei diversi domini: stato clinico (presenza di comorbidità), stato funzionale (BADL, IADL), stato cognitivo, stato psicoaffettivo, rete sociale, ambienti di vita.

Benché nell'ambito della valutazione del danno biologico non vi siano ancora strumenti valutativi multidimensionali validati, l'impiego degli stessi, in particolare per circoscrivere lo stato anteriore (pre-traumatico) e lo stato post-traumatico, sono importanti per poter pervenire ad un inquadramento che sia il più oggettivo ed il più attinente possibile al singolo soggetto/oggetto di valutazione, secondo una "descrizione sartoriale" delle modificazioni dello *status quo ante*.

Tutti gli strumenti generalmente usati nella pratica clinica per lo screening di primo livello possono di fatto essere usati a fini medico-legali. Si pensi all'applicazione che degli stessi viene fatta nel quotidiano per la valutazione degli stati di disabilità ed invalidità a fini assistenziali e previdenziali. In casi selezionati potrà essere necessaria una valutazione di II livello, generalmente eseguita dallo specialista del settore (geriatra, neurologo, psichiatra, fisiatra), in occasione della quale gli strumenti più idonei dovranno essere scelti in base alle finalità della valutazione.

Raccomandazione: *non sussistono i presupposti per pervenire alla definizione di un intervallo temporale minimo tra l'evento lesivo e la visita medico-legale nella persona anziana, dovendo tale arco temporale essere stabilito caso per caso in rapporto all'entità del danno ed alla attendibile dinamica di stabilizzazione anatomico-funzionale nello specifico individuo, nella stima della quale occorre considerare che mediamente l'anziano necessita di un tempo maggiore rispetto al giovane ed all'adulto per pervenire ad un consolidamento clinico.*

Si è ommesso di trattare le altre tematiche di interesse relative alla valutazione del danno biologico nell'anziano (sofferenza lesione e menomazione correlata, danno biologico temporaneo e spese di diagnosi e cura) in quanto

saranno oggetto di una ulteriore e specifica attività di approfondimento scientifico all'esito della quale sarà prodotto un nuovo Position Paper, che costituirà quindi una integrazione del presente documento.

Riferimenti bibliografici

- Bianca, C. M. (2020). Diritto civile. Terza edizione. Volume 5: “La responsabilità”. Giuffrè Editore, Milano
- Boulè P, Madec G (1996) Expertise de la personne âgée accidentée décompensée. Rev Franç Dom Corp 22:251-259
- Buzzi, F., Domenici, R. (eds) (2016). Linee guida per la valutazione del danno alla persona in ambito civilistico. Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. Giuffrè Editore, Milano
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762
- Eamer, G., Taheri, A., Chen, S. S., Daviduck, Q., Chambers, T., Shi, X., & Khadaroo, R. G. (2018). Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1)
- Elsayy, B., & Higgins, K. E. (2011). The geriatric assessment. *American family physician*, 83(1), 48-56.
- Fiori, A. (2000). Le guide per la valutazione quantitativa del danno alla persona, il 100% di invalidità permanente e la morte. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 919-945.
- Galluzzo, L., Feraldi, A. (2020). Gruppo di lavoro WP5 della Joint Action ADVANTAGE. Il quadro epidemiologico della fragilità dell'anziano dai risultati della Joint Action europea ADVANTAGE. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 1(1):19-23
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2), 76-86.
- Ingravallo, F., Cerquetti, I., Vignatelli, L., Albertini, S., Bolcato, M., Camerlingo, M., ... & Castellani, G. L. (2020). Medico-legal assessment of personal damage in older people: report from a multidisciplinary consensus conference. *International Journal of Legal Medicine*, 134(6), 2319-2334.
- Keyfitz, N. (1983). Age and productivity. *Journal of Policy Analysis and Management*, 2(4), 632-637.
- Kojima, G., Taniguchi, Y., Iliffe, S., Jivraj, S., & Walters, K. (2019). Transitions between frailty states among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 50, 81-88.
- Leonardi, M., Lee, H., Kostanjsek, N., Fornari, A., Raggi, A., Martinuzzi, A., ... & Kraus de Camargo, O. (2022). 20 Years of ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11321.
- Luvoni, R. (1965). Lo stato anteriore nella valutazione medico-legale in materia penale e civile. *Atti del Convegno Riflessioni medico-legali sullo stato anteriore*, Bologna, 14-15 maggio 1965.
- Morini, O. (1995). La stima medico-legale del danno alla persona nell'età senile. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 115-121.
- Navaratnarajah, A., & Jackson, S. H. (2017). The physiology of ageing. *Medicine*, 45(1), 6-10.

- Nazioni Unite. Dipartimento di Economia Internazionale. (1985). The world aging situation: Strategies and policies (Vol. 150). United Nations Publications.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2013). Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project: Definition of an older or elderly person.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2023). The Global Health Observatory (GHO). Life expectancy and Healthy life expectancy. Disponibile al link <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>. (Ultimo accesso: 09.02.2023)
- 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
- Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., ... & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age and ageing*, 46(3), 383-392.
- Romero-Ortuno, R., Cogan, L., O'Shea, D., Lawlor, B. A., & Kenny, R. A. (2011). Orthostatic haemodynamics may be impaired in frailty. *Age and ageing*, 40(5), 576-583.
- Ronchi, E., Morini, O. (1992). Riflessioni in tema di “stato anteriore” nella valutazione del danno biologico. *Rivista Italiana di Medicina Legale*.
- 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: con contributo medico-legale per la quantificazione della sofferenza morale e del danno da perdita di chances. Giuffrè Editore, Milano.
- Rossetti, M. (2021). Il danno alla salute, terza edizione. CEDAM, Milano.
- Serrao, E. (2006). Il danno risarcibile per responsabilità medica. *Giur Mer* 11:2321-2337.
- Victor, C. R. (2013). *Old age in modern society: A textbook of social gerontology*. Springer.
- Vitali, O. (1982). Invecchiamento della popolazione e riflessi sul sistema pensionistico, Atti della XXXI riunione scientifica della Società Italiana di Statistica, II, pp. 267-294.
- 63° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG). Roma, novembre 2018. Atti congressuali.

Autori del documento

Gloria L. Castellani

Umberto Genovese

Filippo Gibelli

Luigi Mastroberto

Maria Carla Mazzotti

Sara Sablone

Elisabetta Zaglia

Maggio 2023