



L'Anziano in Pronto Soccorso

La Linea Guida Nazionale sulla Valutazione Multidimensionale della Persona Anziana



Prof Alberto Pilotto

Direttore SC e UOC Geriatria a Direzione Universitaria
Direttore Dipartimento Cure Geriatriche, Neurologiche e Riabilitazione
E.O. Ospedali Galliera, Genova, Italy

Professore di Medicina Interna e Geriatria
Dipartimento Interdisciplinare di Medicina - Università degli Studi di Bari, Italy

General Secretary European Interdisciplinary Council on Aging (EICA)
Co-leader SIG-on-CGA European Geriatric Medicine Society (EuGMS)



Heterogeneity of Aging and the Multidimensional Approach (CGA)

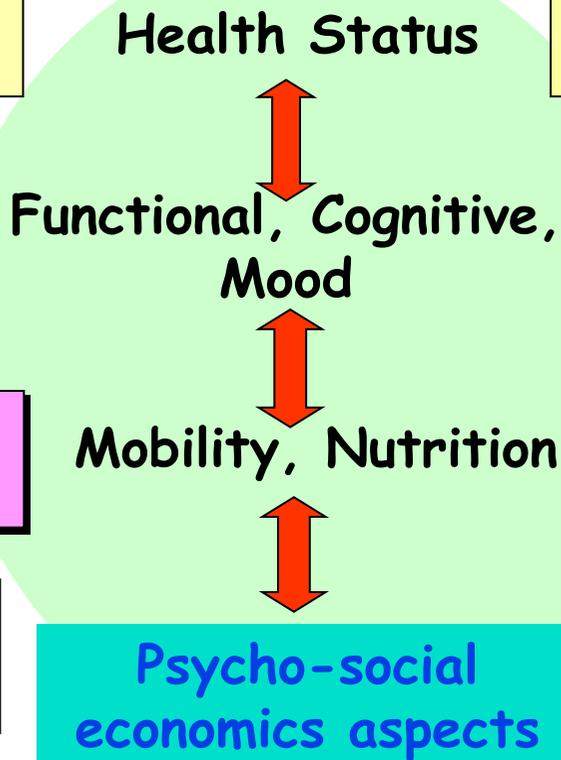


History, visit, Lab
Rx diagnostics

ADL, IADL,
Barthel

Gait, SPPB,
Barthel mob, Risk
of pressure sores

Social Network,
Cohabitation
Income



Comorbidity Index
(CIRS), Polypharmacy

SPMSQ, MMSE,
GDS

Nutritional
Assessment

Home-care,
long-term care
services



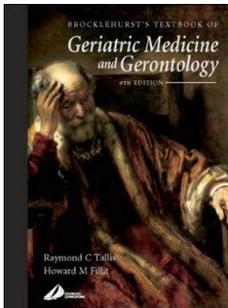
1) Clinical profile
2) Pathological Risk
3) Residual

Personalized Care Plan

Comprehensive Geriatric Assessment

Definition

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is a multidimensional, interdisciplinary **diagnostic process to determine the medical, psychological and functional capabilities of a **frail** elderly person in order **to develop** a coordinated and integrated **plan for treatment** and **long-term follow up****



Rubenstein LZ in Brocklehurst Textbook of Geriatric Medicine, Edition 6th, Churchill Livingstone, London, 2002, Chapter 26, pages 291-200



Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes

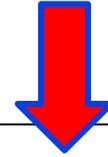
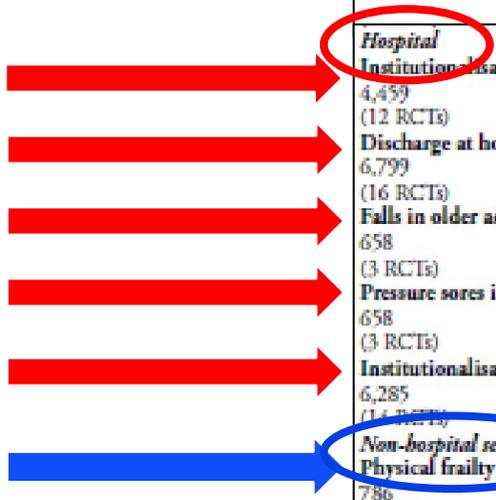
NICOLA VERONESE, CARLO CUSTODERO, JACOPO DEMURTAS, LEE SMITH, MARIO BARBAGALLO, STEFANIA MAGGI, ALBERTO CELLA, NICOLA VANACORE, PIERANGELO LORA APRILE, LUIGI FERRUCCI, ALBERTO PILOTTO, The Special Interest Group in Meta-analysis and Systematic Reviews and The Special Interest Group of the Comprehensive Geriatric Assessment of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS)

1,683 papers screened
 31 systematic reviews
 19 with meta-analysis
 279,744 subjects included
 13/53 outcomes significant

Table 1. GRADE assessment of significant associations of randomised controlled trials of comprehensive geriatric assessment

Participants (studies)	Certainty assessment						Overall certainty of evidence	Study event rates (%)		Relative effect (95% CI)
	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	With usual/standard care		With comprehensive geriatric assessment		
								Summary		
Hospital Institutionalisation in older adults admitted to hospital at discharge 4,459 (12 RCTs)	Not serious	Not serious	Not serious	Not serious	None	⊕⊕⊕⊕ HIGH	674/2300 (29.3%)	579/2159 (26.8%)	RR 0.86 (0.75 to 0.99)	
Discharge at home in older adults admitted to hospital 6,799 (16 RCTs)	Not serious	Serious ^a	Not serious	Not serious	None	⊕⊕⊕○ MODERATE	1852/3301 (56.1%)	2079/3498 (59.4%)	RR 1.060 (1.009 to 1.100)	
Falls in older adults admitted to hospital for acute medical condition or injury 658 (3 RCTs)	Not serious	Not serious	Not serious	Not serious	None	⊕⊕⊕⊕ HIGH	40/469 (8.5%)	14/189 (7.4%)	RR 0.51 (0.29–0.89)	
Pressure sores in older adults admitted to hospital for acute medical condition or injury 658 (3 RCTs)	Not serious	Not serious	Not serious	Not serious	None	⊕⊕⊕⊕ HIGH	36/469 (7.7%)	16/189 (8.5%)	RR 0.46 (0.24–0.89)	
Institutionalisation in older adults admitted to hospital at 3 and 6 months 6,285 (14 RCTs)	Not serious	Not serious	Not serious	Not serious	None	⊕⊕⊕⊕ HIGH	568/3061 (18.6%)	481/3224 (14.9%)	RR 0.80 (0.71–0.89)	
Non-hospital setting Physical frailty in community-dwelling older adults 786 (3 RCTs)	Not serious	Not serious	Not serious	Not serious	None	⊕⊕⊕⊕ HIGH	133/351 (37.9%)	135/435 (31.0%)	RR 0.77 (0.64 to 0.93)	

CI, confidence interval; RR, risk ratio; MD, mean difference; SMD, standardised mean difference; OR, odds ratio. ^aP between 50% and 75%. ^bEgger's test (*P*-value) high RoB. ^cRisk of bias present in more than 30% of the RCTs.





SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Roma, 16 novembre 2023

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA PERSONA ANZIANA (VMD)

AIOM - Associazione Italiana Oncologia Medica, **AIP** - Associazione Italiana di Psicogeriatria, **Cittadinanza Attiva**, **FIASF** - Federazione Italiana delle Associazioni Scientifiche di Fisioterapia, **FLI** - Federazione Logopedisti Italiani, **FNOPI** - Federazione Nazionale Degli Ordini Delle Professioni Infermieristiche, **SICG** - Società Italiana Chirurgia Geriatrica, **SICGe** - Società Italiana di Cardiologia Geriatrica, **SICP** - Società Italiana di Cure Palliative, **SIGG** - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, **SIGOT** Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio, **SIMI** - Società Italiana di Medicina Interna, **SIMEU** - Società Italiana Medicina Emergenza e Urgenza, **SIMFER** - Società italiana di Medicina fisica e riabilitativa, **SIMG** - Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie, **SIMIT** - Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, **SIN** - Società Italiana Nefrologia, **SIN** – Società Italiana Neurologia, **SINdem** - Associazione Autonoma Aderente alla SIN per le Demenze, **SIOT** - Società Italiana di Ortopedia Traumatologia, **SIPs** - Società Italiana di Psicologia, **SITI** - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, **SITO** - Società Tecnico-Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale, **SIU** - Società Italiana di Urologia, **SocISS** - Società Italiana di Servizio Sociale

LINEA GUIDA SULLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) DELLA PERSONA ANZIANA

OBIETTIVO

Produrre, sulla base dell'analisi della letteratura scientifica disponibile, **Raccomandazioni Cliniche** e **Raccomandazioni di Ricerca** riguardanti:

A) l'efficacia dell'intervento di VMD nel ridurre o migliorare una serie di esiti ("outcome") come dettagliati nei Quesiti specifici attraverso le cosiddette PICO (pazienti/popolazione, Intervento, Confronto, Outcome-Esiti);

B) quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti, come dettagliati nei Quesiti Specifici, in soggetti anziani

LINEA GUIDA SULLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) DELLA PERSONA ANZIANA

DESTINATARI

Tutti i professionisti sanitari e sociali coinvolti nel processo di presa in carico degli **anziani** in qualsiasi **setting di cura**:

- 1) Medicina Generale, Cure Primarie, Ambulatori specialistici
- 2) Pronto Soccorso**
- 3) Ospedale (area medica e chirurgica)
- 4) Strutture Residenziali di riabilitazione e assistenziali
- 5) Hospice e rete di altre Cure Palliative

Tutti i decisori e i responsabili di strutture che si occupano dell'organizzazione e gestione dell'assistenza e della riabilitazione della popolazione anziana afferente ai diversi setting di cura.

Dal GRADE alle raccomandazioni

Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation



Il **GRADE** è lo strumento di riferimento per la valutazione della **qualità** delle prove scientifiche e, per le **Linee Guida**, la **forza** delle raccomandazioni cliniche basate sulle evidenze; ad oggi più di 100 organizzazioni in tutto il mondo utilizzano questo metodo.

Il sistema **GRADE integra** la valutazione della **qualità metodologica** delle prove disponibili con altri aspetti quali: **fattibilità** e **trasferibilità** dell'intervento proposto; **benefici e rischi** attesi e loro rilevanza.

Livello di significatività	GRADE	Raccomandazione
Positiva : intervento statisticamente superiore al controllo ($p < 0.05$)	Forte	Si raccomanda di usare
Negativa : intervento simile al controllo oppure inferiore ($p > 0.05$)	Debole (Moderato/Debole/Molto Debole)	Si suggerisce di usare

Importanza di NON leggere soltanto le raccomandazioni finali:
le LG hanno infatti, **una valutazione qualitativa** delle prove ed una **analisi delle prove**.

Quesito 4A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso?

Ne degli studi	Certainty assessment						Ne di pazienti		Effetto		Certezza	Importanza
	Disegno dello studio	Rischio di distorsione	Mancanza di riproducibilità dei risultati	Mancanza di generalizzabilità	Imprecisione	Altre considerazioni	Valutazione multidimensionale	Standard care	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalità (follow up: intervallo 1 mesi a 12 mesi; valutato con: RR)												
3	studi randomizzati	non importante	non importante	non importante	serio ^a	nessuno	117/909 (12.9%)	122/912 (13.4%)	RR 0.97 (0.77 a 1.21)	4 meno per 1.000 (da 31 meno a 20 più)	⊕⊕⊕○ Moderata	CRITICO
Ospedalizzazione (follow up: intervallo 4 mesi a 12 mesi; valutato con: RR)												
4	studi randomizzati	non importante	non importante	non importante	non importante	nessuno	475/1023 (46.4%)	523/1022 (51.2%)	RR 0.91 (0.83 a 1.00)	46 meno per 1.000 (da 87 meno a 0 meno)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRITICO
Re-ammisione in Pronto Soccorso												
2	studi randomizzati	non importante	molto serio ^b	non importante	serio ^a	nessuno	65/448 (14.5%)	66/443 (14.9%)	RR 0.72 (0.25 a 2.13)	42 meno per 1.000 (da 112 meno a 168 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO
Peggioramento dello stato funzionale												
3	studi randomizzati	serio ^c	non importante	non importante	serio ^a	nessuno	82/316 (25.9%)	112/335 (33.4%)	RR 0.76 (0.60 a 0.97)	80 meno per 1.000 (da 134 meno a 10 meno)	⊕⊕○○ Bassa	CRITICO
Qualità della vita												
1	studi randomizzati	non importante	non importante	serio ^d	serio ^d	nessuno	213	219	-	MD 0 (0.05 inferiore a 0.05 maggiore)	⊕⊕○○ Bassa	CRITICO

Quesito 4A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso?

№ degli studi	Certainty assessment						№ di pazienti		Effetto		Certezza	Importanza
	Disegno dello studio	Rischio di distorsione	Mancanza di riproducibilità dei risultati	Mancanza di generalizzabilità	Imprecisione	Altre considerazioni	Valutazione multidimensionale	Standard care	Relativo (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Mortalità (follow up: intervallo 0.46 mesi a 12 mesi; valutato con: RR)												
8	studi osservazionali	serio ^e	non importante	non importante	non importante	nessuno	366/3957 (9.2%)	636/9979 (6.4%)	RR 0.91 (0.76 a 1.08)	6 meno per 1.000 (da 15 meno a 5 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO
Ospedalizzazione (follow up: intervallo 1 mesi a 18 mesi; valutato con: RR)												
10	studi osservazionali	serio ^e	molto serio ^f	non importante	non importante	nessuno	3225/7441 (43.3%)	5680/13191 (43.1%)	RR 0.89 (0.80 a 1.01)	47 meno per 1.000 (da 86 meno a 4 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO
Re-ammissione in Pronto Soccorso (follow up: intervallo 0.46 mesi a 12 mesi)												
8	studi osservazionali	serio ^e	non importante	non importante	non importante	nessuno	967/4514 (21.4%)	1066/4175 (25.5%)	RR 0.89 (0.82 a 0.97)	28 meno per 1.000 (da 46 meno a 8 meno)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO
1	studi osservazionali	non importante	non importante	serio ^d	non importante	nessuno	63/237 (26.6%)	52/242 (21.5%)	RR 1.24 (0.90 a 1.70)	52 più per 1.000 (da 21 meno a 150 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Quesito 4A: studi di intervento

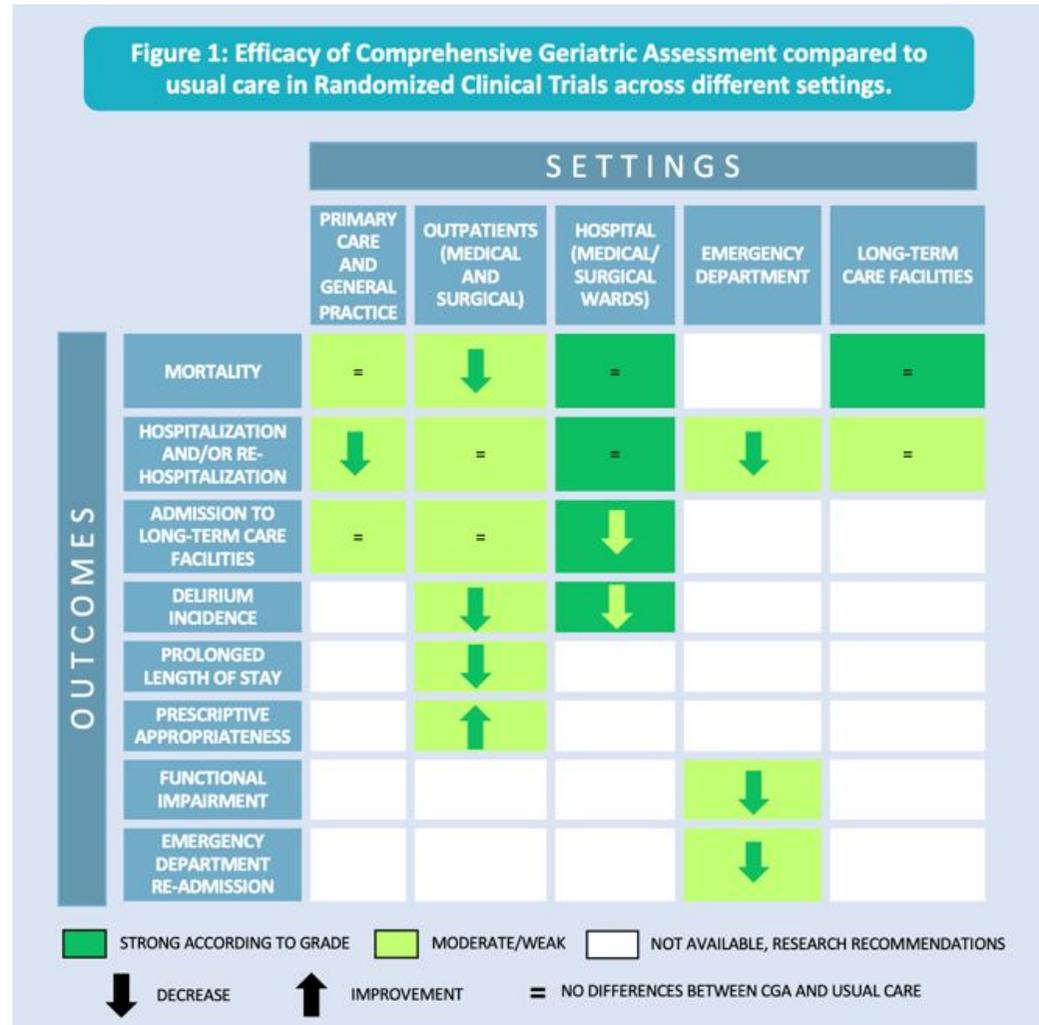
Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso?

RACCOMANDAZIONI 4A

R4a.1	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale per ridurre il tasso di ospedalizzazione in persone anziane afferenti al Pronto Soccorso.	POSITIVA DEBOLE
R4a.2	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale per ridurre la compromissione funzionale , in un arco temporale compreso tra 4 e 12 mesi, in persone anziane afferenti al Pronto Soccorso	POSITIVA DEBOLE
R4a.3	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale per ridurre la riammissione in Pronto Soccorso , in un arco temporale dalle due settimane ai 12 mesi successivi al primo accesso, in persone anziane afferenti al Pronto Soccorso.	POSITIVA DEBOLE

The Italian guideline on comprehensive geriatric assessment (CGA) for the older persons: a collaborative work of 25 Italian Scientific Societies and the National Institute of Health

Alberto Pilotto^{1,2} · Pierangelo Lora Aprile³ · Nicola Veronese⁴ · Eleonora Lacorte⁵ · Wanda Morganti¹ · Carlo Custodero² · Paola Piscopo⁵ · Elisa Fabrizi⁵ · Francesco Della Gatta⁶ · Andrea Merlo⁷ · Nicola Vanacore⁵ on behalf of the Working Group on the Italian Guideline on CGA for the Older Persons



Quesito 4B (studi di prognosi)

Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani che afferiscono al Pronto Soccorso?

RACCOMANDAZIONI DI RICERCA 4A e 4B

Ric4a.1: Qual è l'impatto della valutazione multidimensionale sulla **mortalità** in persone anziane afferenti al Pronto Soccorso?

Ric4b.1: **Quali strumenti multidimensionali** sono da usare per predire esiti negativi nella persona anziana in pronto soccorso?



Reflection paper on physical frailty: instruments for baseline characterization of older populations in clinical trials

- It is recognized that a *complete evaluation of frailty* to support its management requires a multidimensional interdisciplinary Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), which is the ‘gold standard’ in clinical practice
- the Multidimensional Prognostic Index (MPI) is able to extract information from CGA to categorize frailty in three subgroups with excellent prognostic value

Quesito 5B (studi di prognosi)

Quali strumenti multidimensionali sono da usare per predire esiti nei soggetti anziani ricoverati in reparti ospedalieri di area medica?

RACCOMANDAZIONI 5B

R5b.1	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso il multidimensional prognostic index (MPI) , al fine di predire il rischio di mortalità a breve (<1 mese), medio (6 mesi) e lungo termine (12 mesi) nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica	POSITIVA DEBOLE
R5b.5	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso il multidimensional prognostic index (MPI) , al fine di predire il rischio di prolungata degenza in ospedale nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.	POSITIVA DEBOLE
R5b.6	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale, attraverso il multidimensional prognostic index (MPI) , al fine di individuare pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica a rischio di delirium .	POSITIVA DEBOLE



PRIMACARE_P3

Personalized
Prevention
Program



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



IL BRIEF-MPI

DOMINIO	FONTE	ITEM	SCORE
Attività Basali di vita quotidiana	ADL	Il paziente è in grado di mangiare in modo completamente indipendente?	0= No 1= Si
		Il paziente è in grado di vestirsi da solo in modo completamente indipendente?	0= No 1= Si
		Il paziente esercita un completo controllo sulla minzione e sulla defecazione?	0= No 1= Si
Attività strumentali di vita quotidiana	IADL	È in grado di telefonare?	0= No 1= Si
		È responsabile dell'assunzione di farmaci in dosaggi corretti ed al momento giusto?	0= No 1= Si
		È in grado di fare acquisti in modo indipendente?	0= No 1= Si
Mobilità	MPI-InChianti	E' in grado di alzarsi dal letto / sedia da solo?	0= No 1= Si
		E' in grado di camminare almeno per 50 metri in modo autonomo, anche utilizzando ausili per la deambulazione come bastone, deambulatore, ecc)?	0= No 1= Si
		E' in grado di salire e scendere le scale in modo completamente indipendente?	0= No 1= Si

DOMINIO	FONTE	ITEM	SCORE
Stato Cognitivo	SPMSQ	Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)	0= Corretto 1= Errore
		Quanti anni ha?	0= Corretto 1= Errore
		Dal numero 20 sottragga il numero 3, e poi presegua fino in fondo	0= Corretto 1= Errore
Nutrizione	MNA mod.	BMI <21 oppure ≥ 30	0= No 1= Si
		L'assunzione di cibo è diminuita negli ultimi 3 mesi a causa di perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione?	0= No 1= Si
		C'è stata una perdita di peso > 3 kg negli ultimi 3 mesi?	0= No 1= Si
Comorbidità	CIRS Selfy-MPI	Numero di malattie che richiedono terapie croniche	----- (Da 0 a 13)
Numero Farmaci		Numero di farmaci (principi attivi) assunti dal paziente	
Status co-abitativo		Con chi vive il paziente?	<ul style="list-style-type: none"> In famiglia In RSA Da solo



Validation of Abbreviated Form of the Multidimensional Prognostic Index (MPI): The BRIEF-MPI Project

Alberto Cella, Nicola Veronese, Carlo Custodero, Alberto Castagna, Lisa A Cammalleri, Walter M Capitano, Luisa Solimando, Luca Carruba, Carlo Sabbà, Giovanni Ruotolo, Mario Barbagallo, Alberto Pilotto

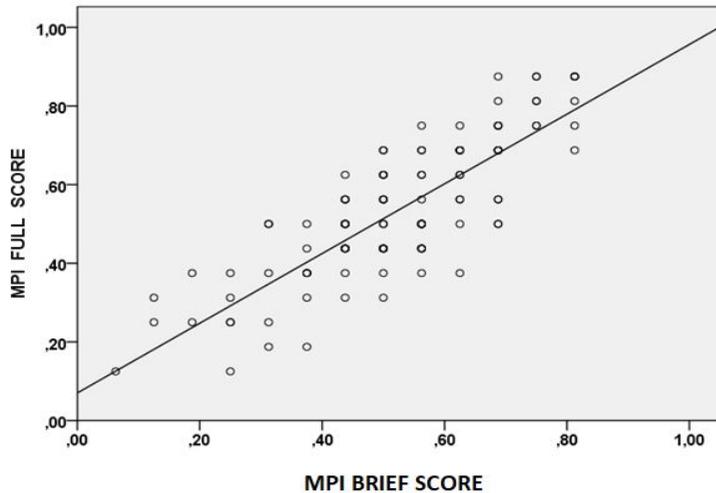


Figure 1. Linear correlation between full and BRIEF Multidimensional Prognostic Index

Figure 2. Bland-Altman plot for the agreement between BRIEF and standard version of MPI

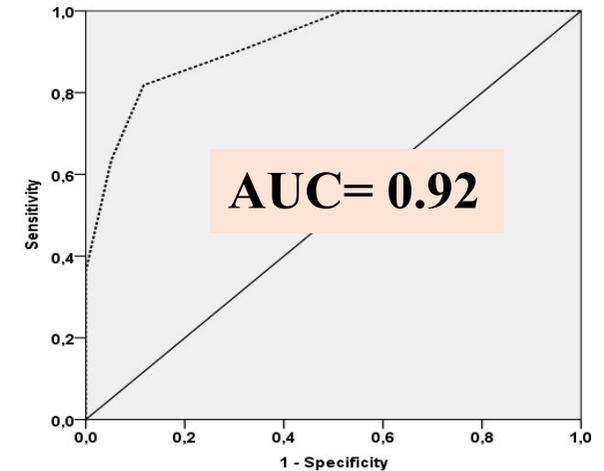


Figure 3. Accuracy of BRIEF-MPI in predicting frailty (MPI ≥ 0.66)

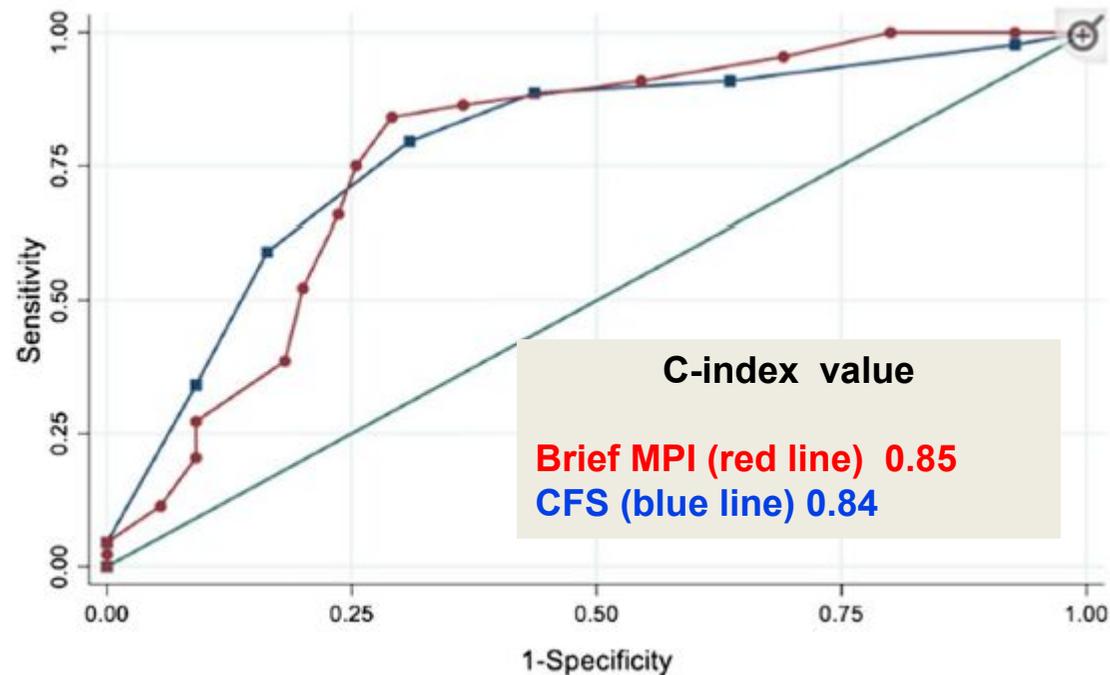
BRIEF-MPI showed excellent sensitivity and specificity (AUC 0.92) to identify frail patients compared to standard-MPI

The importance of prognosis in geriatric patients attending the emergency department: a comparison between two common short geriatric assessment tools

Agnese Di Prazza · Baldassare Canino · Mario Barbagallo · Nicola Veronese

579 patients, mean age = 79.8 years; 47% females; Brief-MPI in patients attending the ED

Fig. 1 Accuracy of Brief Multidimensional Prognostic Index and Clinical Frailty Scale in predicting mortality. In blue Clinical Frailty Scale; in red Multidimensional Prognostic Index

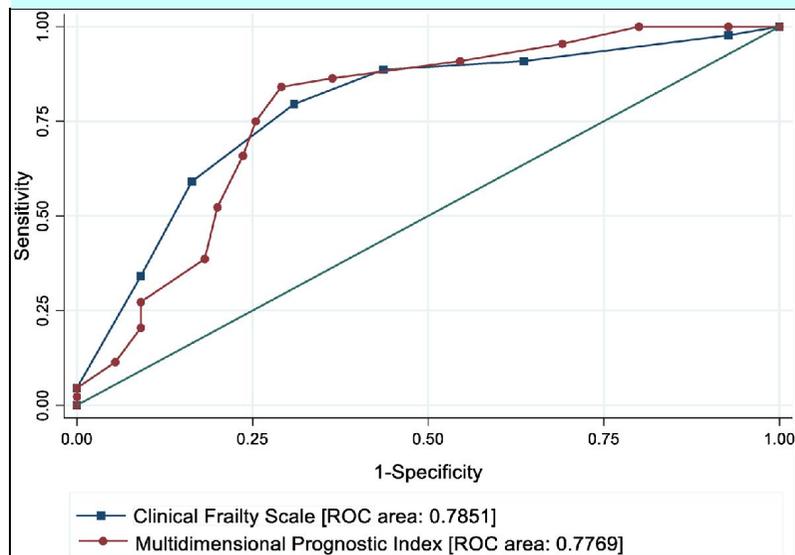


Conclusion Brief MPI and CFS showed a good accuracy/precision to predict mortality in older patients attending the ED. Considering that they are quick to perform, their introduction in ED clinical practice could be extremely helpful.

Clinical presentation and outcomes of COVID-19 in older hospitalized patients assessed by the record-based multidimensional prognostic index, a cross-sectional study

Ane B. Verholt · Merete Gregersen · Nuria G. Bofill · Troels K. Hansen · Lotte Ebdrup · Catherine H. Foss · Lone W. Lietzen

Fig. 2. Prediction of 90-day mortality using classification thresholds of CFS or MPI. AUC-ROC illustrates accuracy.



Clinical Frailty Scale*

- 1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
- 2 Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.
- 3 Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.
- 4 Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.
- 5 Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
- 6 Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
- 7 Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).
- 8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically they could not recover even from a minor illness.
- 9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia
 The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself repeating the same questionnaire and social withdrawal. In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In severe dementia, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
 2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ, 2005;173:469-476.
 © 2003, 2009 Version 1.1 All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



CGA-based MPI (8 domains)

ADL - IADL - SPMSQ
ESS - Barthel Motility
MNA.SF
CIRS - No. Drugs
Co-habitation

MPI score: from 0,0 to 1,0

MPI CLASS

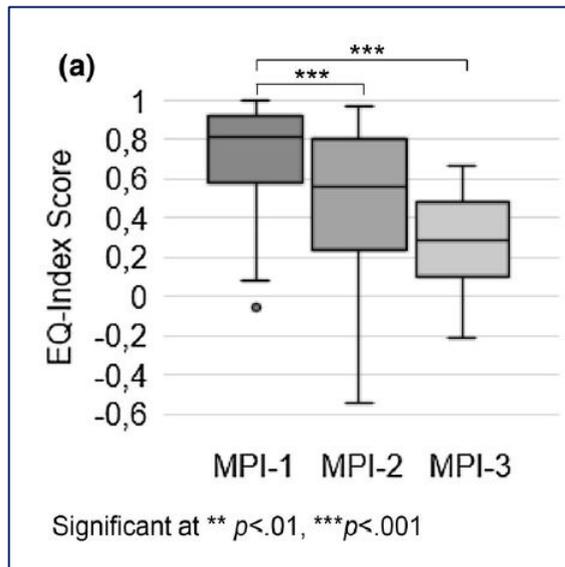
MPI 1 (0.0-0.33 mild)
MPI 2 (0.34-0.66 moderate)
MPI 3 (0.67-1.0 severe)

Conclusion MPI can be recommended to detangle complex physical and mental health needs among elderly and for early discharge planning in the geriatric wards.

The prognostic signature of health-related quality of life in older patients admitted to the emergency department: a 6-month follow-up study

Marcel Pascal Rarek · Anna Maria Meyer · Lena Pickert · Alberto Pilotto · Thomas Benzing · Volker Burst · Maria Cristina Polidori

165 patients, mean age = 80.0 years; 40.6% females; MPI in patients attending the ED and HRQoL after 3 and 6 months of follow-up



Patients in low-risk group MPI-1 reported significantly higher HRQoL on the EQ-Index compared to patients in the moderate-risk (MPI-2) and high-risk (MPI-3) groups.

Conclusion The MPI as a multidimensional “snapshot” provides information on clinical health indicators and informs about subjective HRQoL, thereby helping in identifying patients who would benefit from a specific treatment within the frame of a patient-centered, value-based care strategy geriatric treatment.

Dove posso trovare gli strumenti MPI?

Gli strumenti MPI, multi-lingue sono pubblicati alla voce «Strumenti» sul sito

multiplat-age.it

I software sono scaricabili gratuitamente nel desktop,
per **Sistemi Operativi Windows/Mac**



MULTIPLATAGE Multidimensional Prognostic Index 

Seleziona un questionario che vuoi compilare

Versione OSPEDALIERA Versione AMBULATORIALE TELE-MPI Brief-MPI

Selfy-MPI Digitale

Selfy MPI

Download in:

 *Ministero della Salute*

Progetto co-finanziato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità, attraverso il Bando di Ricerca Finalizzata, Anno 2016, Progetti di Rete

LEGGE 23 marzo 2023, n. 33

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane. (23G00041) (GU Serie Generale n.76 del 30-03-2023)

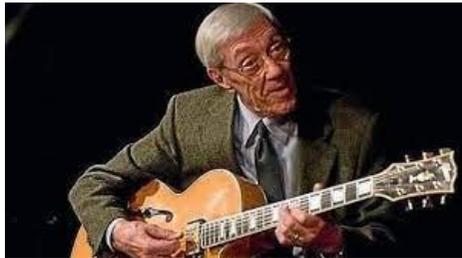
note: [Entrata in vigore del provvedimento: 31/03/2023](#)

Art. 3

1) offerta progressiva della **possibilità, per la persona anziana affetta da una o più patologie croniche** suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e che determinino il rischio di perdita dell'autonomia, di accedere a **una valutazione multidimensionale, incentrata su linee guida nazionali**, delle sue capacità e dei suoi bisogni di natura bio-psico-sociale, sanitaria e sociosanitaria, da effettuare nell'ambito dei PUA da parte di **equipe multidisciplinari**, sulla base della segnalazione dei medici di medicina generale, della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ATS, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge;

Art. 4

1) la previsione di **una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale**, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare



Grazie per l'attenzione