



# La prevenzione della disabilità nell'anziano ad alto rischio di declino funzionale: definizione e sperimentazione di strumenti ed interventi



[francesco.profilo@ars.toscana.it](mailto:francesco.profilo@ars.toscana.it)

*La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: sperimentazione di un modello in due società della salute  
Auditorium di Sant'Apollonia – Firenze, 4 maggio 2011*

# Progetto Esecutivo

Programma del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM)  
anno 2009

Periodo di svolgimento: da marzo **2010** a marzo **2012**

Esecutore:

**Agenzia Regionale di Sanità della toscana**  
(Dott. Paolo Francesconi)

Unità Operative coinvolte:

**Azienda Sanitaria di Firenze**  
(Dott.ssa Stefania Bandinelli)

**UNI**versità degli studi di **FI**renze  
(Prof. Mauro Di Bari, Dott. Enrico Mossello)

**SdS** fiorentina sud-est  
(Dott.ssa Anna Salvioni)

**SdS** valdichiana senese  
(Dott.ssa Carla Corridori)

**AG**enzia **NA**zionale per i **S**ervizi sanitari regionali  
(Dott.ssa Donata Bellentani)

# Gli obiettivi

- **OBIETTIVO GENERALE**

fornire indicazione utili per la progettazione di **interventi** socio-sanitari finalizzati alla **prevenzione** della disabilità negli **anziani fragili**

# Gli obiettivi

- **OBIETTIVO GENERALE**  
fornire indicazione utili per la progettazione di **interventi** socio-sanitari finalizzati alla **prevenzione** della disabilità negli **anziani fragili**
- **O.S. 1**  
ricognizione di **politiche e progetti regionali** per l'identificazione degli anziani fragili e per l'attivazione di interventi di prevenzione della disabilità

# Gli obiettivi

- **OBIETTIVO GENERALE**  
fornire indicazione utili per la progettazione di **interventi** socio-sanitari finalizzati alla **prevenzione** della disabilità negli **anziani fragili**
- **O.S. 1**  
ricognizione di **politiche e progetti regionali** per l'identificazione degli anziani fragili e per l'attivazione di interventi di prevenzione della disabilità
- **O.S. 2**  
definire e validare uno **strumento di screening** per l'identificazione degli anziani fragili

COGNOME E NOME Invio: TIPO INVIO ID\_ARS: ID\_ARS

INDIRIZZO COMUNE CAP PROVINCIA



*Egregio Signore/Gentile Signora, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande*

**(facendo una crocetta sul sì o sul no)**

- |   |                             |                             |    |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----|
| 1. VIVE DA SOLO?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 1  |
| 2. CI VEDE ABBASTANZA DA LEGGERE I TITOLI DEI GIORNALI, ANCHE UTILIZZANDO GLI OCCHIALI?           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 2  |
| 3. SI STANCA MOLTO A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 3  |
| 4. HA PROBLEMI DI MEMORIA?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 4  |
| 5. È MAI CADUTO NEGLI ULTIMI 6 MESI?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 5  |
| 6. È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE O SI È RECATO AL PRONTO SOCCORSO NEL CORSO DEGLI ULTIMI 6 MESI? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 6  |
| 7. HA DIFFICOLTÀ A CAMMINARE PER 400 METRI IN PIANURA?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 7  |
| 8. ASSUME REGOLARMENTE (TUTTI I GIORNI O QUASI) 5 O PIÙ FARMACI?                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 8  |
| 9. È DIMAGRITO PIÙ DI 3 KG NELL'ULTIMO ANNO, SENZA VOLERLO?                                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 9  |
| 10. PUÒ FACILMENTE CONTARE SULL'AIUTO DI UNA PERSONA IN CASO DI BISOGNO?                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 10 |
| 11. SOLITAMENTE, È IN GRADO DI VESTIRSI E SVESTIRSI SENZA L'AIUTO DI ALTRE PERSONE?               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 11 |

Per cortesia, ci indichi il suo numero di telefono \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il sottoscritto **COGNOME E NOME** autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo 196/03 e successive modifiche.

Firma \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME Invio: TIPO INVIO ID\_ARS: ID\_ARS

INDIRIZZO COMUNE CAP PROVINCIA



*Egregio Signore/Gentile Signora, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande*

**(facendo una crocetta sul sì o sul no)**

1. VIVE DA SOLO?  SI  NO | 1
2. CI VEDE ABBASTANZA DA LEGGERE I TITOLI DEI GIORNALI, ANCHE UTILIZZANDO GLI OCCHIALI?  SI  NO | 2
3. SI STANCA MOLTO A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI?  SI  NO | 3
4. HA PROBLEMI DI MEMORIA?  SI  NO | 4
5. È MAI CADUTO NEGLI ULTIMI 6 MESI?  SI  NO | 5
6. È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE O SI È RECATO AL PRONTO SOCCORSO NEL CORSO DEGLI ULTIMI 6 MESI?  SI  NO | 6
7. HA DIFFICOLTÀ A CAMMINARE PER 400 METRI IN PIANURA?  SI  NO | 7
8. ASSUME REGOLARMENTE (TUTTI I GIORNI O QUASI) 5 O PIÙ FARMACI?  SI  NO | 8
9. È DIMAGRITO PIÙ DI 3 KG NELL'ULTIMO ANNO, SENZA VOLERLO?  SI  NO | 9
10. PUÒ FACILMENTE CONTARE SULL'AIUTO DI UNA PERSONA IN CASO DI BISOGNO?  SI  NO | 10
11. SOLITAMENTE, È IN GRADO DI VESTIRSI E SVESTIRSI SENZA L'AIUTO DI ALTRE PERSONE?  SI  NO | 11

4+ fattori di rischio

in grado di vestirsi da solo

Per cortesia, ci indichi il suo numero di telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il sottoscritto **COGNOME E NOME** autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo 196/03 e successive modifiche.

Firma \_\_\_\_\_

# Gli obiettivi

- **OBIETTIVO GENERALE**  
fornire indicazione utili per la progettazione di **interventi** socio-sanitari finalizzati alla **prevenzione** della disabilità negli **anziani fragili**
- **O.S. 1**  
ricognizione di **politiche e progetti regionali** per l'identificazione degli anziani fragili e per l'attivazione di interventi di prevenzione della disabilità
- **O.S. 2**  
definire e validare uno **strumento di screening** per l'identificazione degli anziani fragili
- **O.S. 3**  
identificare **interventi efficaci di prevenzione** della disabilità negli anziani fragili secondo i metodi di **EBP**

# Gli obiettivi

- **OBIETTIVO GENERALE**  
fornire indicazione utili per la progettazione di **interventi** socio-sanitari finalizzati alla **prevenzione** della disabilità negli **anziani fragili**
- **O.S. 1**  
ricognizione di **politiche e progetti regionali** per l'identificazione degli anziani fragili e per l'attivazione di interventi di prevenzione della disabilità
- **O.S. 2**  
definire e validare uno **strumento di screening** per l'identificazione degli anziani fragili
- **O.S. 3**  
identificare **interventi efficaci di prevenzione** della disabilità negli anziani fragili secondo i metodi di **EBP**
- **O.S. 4**  
definire strumenti di **valutazione** per individuare, negli anziani fragili, gli specifici **fattori di rischio** sui quali **intervenire**

# Strumenti di valutazione

- Problemi di **memoria** (MMSE)
- Dipendenza nelle **attività di base** della vita quotidiana (BADL di Katz)
- **Depressione** (GDS)
- Funzionalità **arti inferiori** (SPPB)
- Rischio **malnutrizione** (BMI e algoritmo MUST)
- Rete **sociale**
- Dipendenza nelle **attività strumentali** della vita quotidiana e capacità, da parte della rete sociale, di assistere l'anziano (IADL)
- Rischio **ambientale**
- Difficoltà **economiche**

# Gli obiettivi

- **O.S. 5**  
definire, a livello di zona-distretto, **modalità organizzative per interventi** socio-sanitari integrati di prevenzione della disabilità negli anziani fragili

# Gli obiettivi

- **O.S. 5**  
definire, a livello di zona-distretto, **modalità organizzative per interventi** socio-sanitari integrati di prevenzione della disabilità negli anziani fragili
- **O.S. 6**  
valutare l'usabilità degli strumenti definiti **sperimentandoli** in progetti attivi in **due distretti socio-sanitari** della regione

# Le fasi della sperimentazione



Invio del questionario di screening ai  
residenti 75-84enni non in carico ai  
servizi

# Le fasi della sperimentazione

Sds Valdichiana: **8.700** anziani **70-84**enni

Sds Fiorentina S-E: **10.900** anziani **75-84**enni

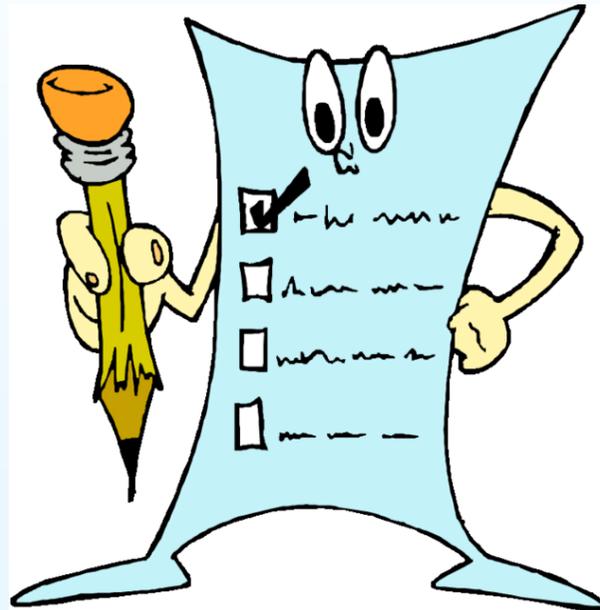


Invio del questionario di screening ai  
residenti 75-84enni non in carico ai  
servizi

# Le fasi della sperimentazione



Invio del questionario postale di screening ai residenti 75-84enni non in carico ai servizi

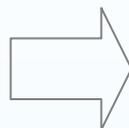


L'anziano compila il questionario e lo rispedisce alla SdS

# Le fasi della sperimentazione



Invio del questionario postale di screening ai residenti 75-84enni non in carico ai servizi

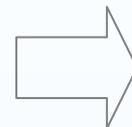
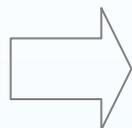


Identificazione dei fragili sulla base delle risposte al questionario di screening

# Le fasi della sperimentazione



Invio del questionario postale di screening ai residenti 75-84enni non in carico ai servizi



Identificazione dei fragili sulla base delle risposte al questionario di screening



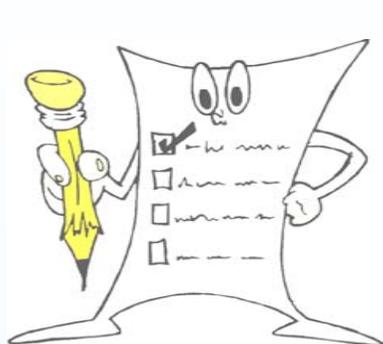
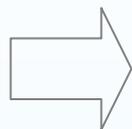
Visita multidimensionale di II livello dei fragili da screening

# Le fasi della sperimentazione



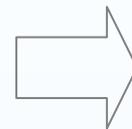
1

Invio del questionario postale di screening ai residenti 75-84enni non in carico ai servizi



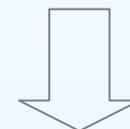
2

L'anziano compila il questionario e lo rispedisce alla SdS

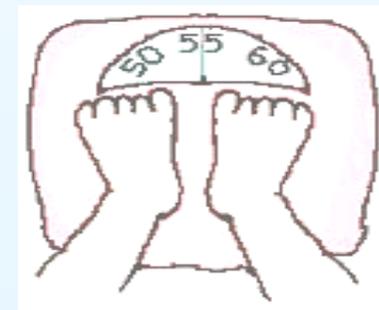


3

Identificazione dei fragili sulla base delle risposte al questionario di screening



Invio schede riassuntive fragili al MMG e all'assistente sociale



4

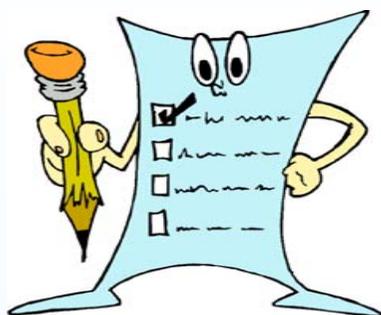
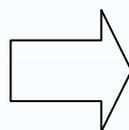
Visita multidimensionale di II livello dei fragili da screening

# Le fasi della sperimentazione



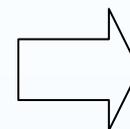
1

Invio del questionario postale di screening ai residenti 75-84enni non in carico ai servizi



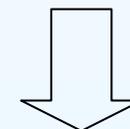
2

L'anziano compila il questionario e lo rispedisce alla SdS



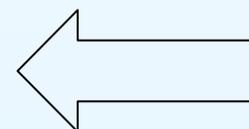
3

Identificazione dei fragili sulla base delle risposte al questionario di screening



4

Visita multidimensionale di II livello dei fragili da screening



5

Invio schede riassuntive fragili al MMG e all'assistente sociale

## La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale

### VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: SCHEDA di SINTESI per il MMG

Assistito Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Id. Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente nel comune di: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

è risultato **POSITIVO allo screening per la fragilità** effettuato con questionario postale.

Si trasmette una sintesi dei dati prodotti in sede di valutazione multidimensionale, eseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, utili per una più completa valutazione dell'assistito e per un'eventuale attivazione di interventi di prevenzione della disabilità.

L'assistito è risultato **autosufficiente** nelle attività di base della vita quotidiana (BADL).

1. La fragilità dell'assistito è stata confermata secondo i **criteri di Linda P. Fried**  Sì  No
2. **Funzionalità motoria (SPPB):** Punteggio \_\_\_ indicativo di Compromissione assente/lieve/grave
3. **Rischio malnutrizione (MUST):** \_\_\_ Basso/Medio/Alto con **BMI:.... Kg/m<sup>2</sup>**

inoltre è **stato/non è stato** riferito un dimagrimento di **almeno 3 Kg** nel corso dell'ultimo anno

4. **Stato cognitivo (MMSE):** Punteggio \_\_\_ indicativo di Compromissione assente/lieve/moderata/grave
5. **Sintomatologia depressiva (GDS 15 item):** Punteggio \_\_\_  Presente  Assente
6. **Numero fattori di rischio per caduta:** Punteggio (0-7) \_\_\_

Nel questionario di screening erano inoltre segnalati:

7. **Problemi di vista** (non ci vede abbastanza da leggere i titoli dei giornali, anche utilizzando gli occhiali)  
 Sì  No
8. **L'assunzione regolare** (tutti i giorni o quasi) **di 5 o più farmaci**  
 Sì  No

L'assistito presenta problematiche ambientali e/o di rete sociali, delle quali sono già stati messi al corrente i servizi sociali.

fac-simile scheda  
per MMG

**La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale**  
**VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: SCHEDA di SINTESI per l'Assistente Sociale**

Il Signor/la Signora Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Nato il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; Cod. Fiscale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Esistente nel comune di: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

è risultato **POSITIVO** allo screening per la fragilità effettuato con questionario postale.

Si trasmette una sintesi dei dati prodotti in sede di valutazione multidimensionale, eseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, utili per una più completa valutazione della persona e per un'eventuale attivazione di interventi di prevenzione della disabilità. La persona è risultata autosufficiente nelle attività di base della vita quotidiana (BADL).

1. La fragilità dell'assistito è stata confermata secondo i **criteri di Linda P. Fried**<sup>1</sup>  Sì  No

**2. Fattori di rischio sociali**

Rete sociale:  parzialmente idonea  non idonea

**3. Capacità nello svolgimento IADL:**

**Livello di soddisfazione del bisogno:**

fare la spesa	- bisogno di aiuto: parziale <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> totale
preparare i pasti	- bisogno di aiuto: parziale <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> totale
governo della casa	- bisogno di aiuto: parziale <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> totale

4. **Rischio ambientale:**  medio  alto

**5. Con le risorse finanziarie a propria disposizione, l'anziano arriva a fine mese:**

Molto facilmente  Abbastanza facilmente  Qualche difficoltà  Molte difficoltà

6. **L'anziano usufruisce di un servizio di assistenza domiciliare pubblica:**  Sì  No

**Sono state inoltre appurate le seguenti situazioni clinico-funzionali:**

7. **Rischio malnutrizione (MUST):** \_\_\_\_  Basso  Medio  Alto

8. **Stato cognitivo (MMSE):** Punteggio \_\_\_\_ indicativo di:

Compromissione assente/lieve  Compromissione moderata  Compromissione grave

9. **Sintomatologia depressiva (GDS 15 item):** Punteggio \_\_\_\_  Presente  Assente

10. **Numero fattori di rischio per caduta<sup>2</sup>:** Punteggio (0-7) \_\_\_\_

L'assistito presenta problematiche sanitarie, delle quali è già stato messo al corrente il medico di famiglia.

**fac-simile Scheda  
per Assistente  
Sociale**

# Gli obiettivi

- **O.S. 5**  
definire, a livello di zona-distretto, **modalità organizzative per interventi** socio-sanitari integrati di prevenzione della disabilità negli anziani fragili
- **O.S. 6**  
valutare l'usabilità degli strumenti definiti **sperimentandoli** in progetti attivi in **due distretti socio-sanitari** della regione
- **O.S. 7**  
definire una **coorte** di anziani fragili beneficiaria di interventi di prevenzione della disabilità, utile per un'eventuale valutazione di **efficacia**

# Gli obiettivi

- **O.S. 5**  
definire, a livello di zona-distretto, **modalità organizzative per interventi** socio-sanitari integrati di prevenzione della disabilità negli anziani fragili
- **O.S. 6**  
valutare l'usabilità degli strumenti definiti **sperimentandoli** in progetti attivi in **due distretti socio-sanitari** della regione
- **O.S. 7**  
definire una **coorte** di anziani fragili beneficiaria di interventi di prevenzione della disabilità, utile per un'eventuale valutazione di **efficacia**
- **O.S. 8**  
**diffondere** le informazioni prodotte a supporto delle **politiche** di pianificazione socio-sanitaria

# Il progetto va avanti...



- Revisione delle politiche regionali
- Attività EBP su interventi di prevenzione
- Sperimentazione nelle due SdS (attivata)
- Organizzazione convegno finale
- ...
- Valutazione di efficacia degli interventi di prevenzione



...grazie per l'attenzione.