

# 30 OTTOBRE 2019

Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli

## La FRAGILITA: *una sfida da affrontare in rete*

***Dott. Andrea Capasso***

U.O.S. «Assistenza Anziani e Demenze»

***DIPARTIMENTO CURE TERRITORIALI – ASL NAPOLI 2 NORD***

# Il concetto di "fragilità" nell'anziano



# LA FRAGILITA'

- ✓ *Paradigma Bio-Medico*
- ✓ *Paradigma Bio-psico-sociale*



# Fragilità non è sinonimo di disabilità e comorbilità

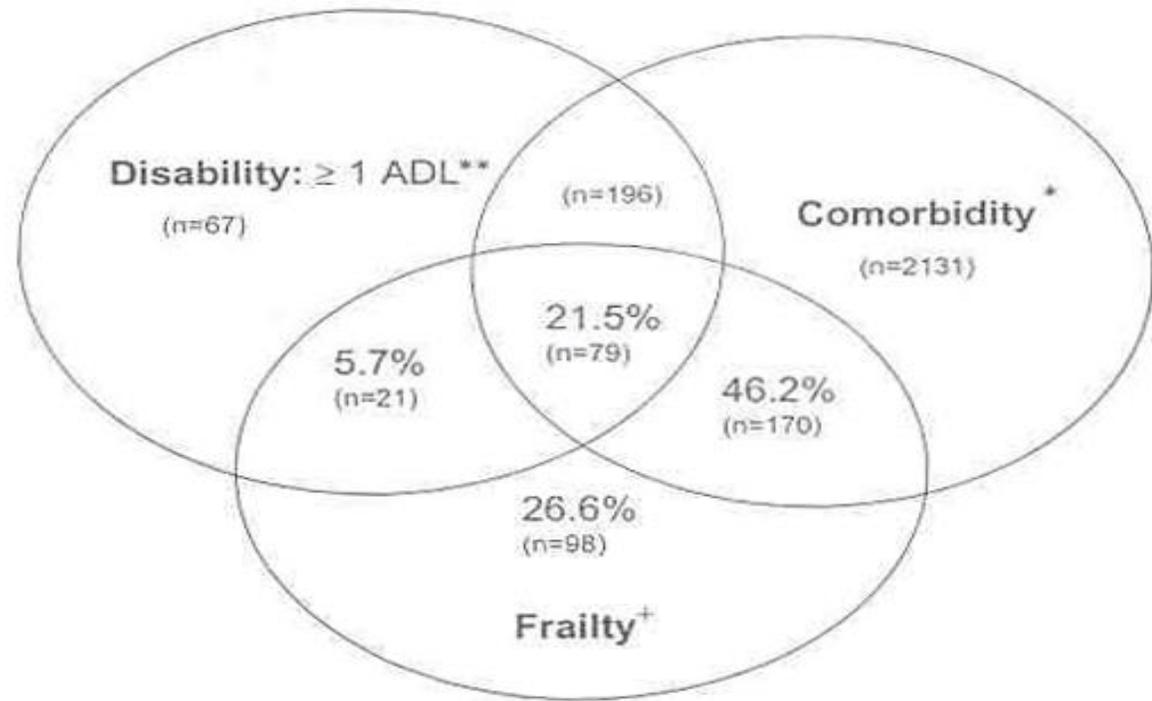


Figure 3. Venn diagram displaying extent of overlap of frailty with ADL disability and comorbidity ( $\geq 2$  diseases). Total represented: 2,762 subjects who had comorbidity and/or disability and/or frailty. *n* of each subgroup indicated in parentheses. + Frail: overall *n* = 368 frail subjects (both cohorts). \*Comorbidity: overall *n* = 2,576 with 2 or more out of the following 9 diseases: myocardial infarction, angina, congestive heart failure, claudication, arthritis, cancer, diabetes, hypertension, COPD. Of these, 249 were also frail. \*\*Disabled: overall *n* = 363 with an ADL disability; of these, 100 were frail.

# LA FRAGILITÀ: UNA SFIDA DA AFFRONTARE IN RETE COME AFFRONTARE LA SFIDA.....

- ❑ spostare l'attenzione dall'offerta (di servizi e/o strutture) alla domanda, cioè ai bisogni reali sia del soggetto in condizione di pre-fragilità e/o fragilità conclamata, che della sua famiglia;
- ❑ superare un modello assistenziale prevalentemente basato sulla semplice sommatoria di prestazioni e sulla frammentarietà degli interventi (fra istituzioni diverse e entro ciascuna di esse);
- ❑ sviluppare strumenti utili all'individuazione precoce delle condizioni a rischio di fragilità, oltre che alla decodifica dei bisogni complessi, ed al monitoraggio socio-sanitario dei casi/situazioni di “vuoto assistenziale”

# QUALI OBIETTIVI NELLA IMPLEMENTAZIONE DI UNA RETE PER LA FRAGILITA'?

**1) Individuare precocemente *soggetti pre-fragili* e mettere in atto misure adeguate per prevenire situazioni di fragilità conclamata**



**2) Definire Progetti assistenziali personalizzati partendo dalla Valutazione multidimensionale/ multiprofessionale**

**3) Omogeneizzare il sistema di accesso e di ammissione ai servizi territoriali per soggetti fragili**

**4) Ridurre il tasso di inappropriata delle Prestazioni erogate ai fini del riequilibrio della spesa**

**5) Monitorare e valutare nel tempo gli esiti dei percorsi assistenziali attivati per anziani fragili**

**La sfida della Fragilita' attraverso la implementazione di una rete di Geriatria territoriale.**

## **L'esperienza della ASL Napoli 2 Nord**

**IL Dipartimento CURE TERRITORIALI :**

- **UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali**
- **UOC Cure Primarie**
- **UOC Integrazione Socio-Sanitaria**
- UOC Cure Domiciliari**



- **UOS «Assistenza Anziani e Demenze»**

**Delibera Aziendale n. 127 del 10.02.2017**  
**Approvazione Atto Aziendale ASL Napoli 2 Nord**

**COORDINAMENTO E  
MONITORAGGIO N.17  
CENTRI DEMENZE**

**«C.D.C.D.»**

**COORDINAMENTO PSICOLOGI  
/PSICOTERAPEUTI  
ART. 15 OCTIES**

**U.O.S.  
«ASSISTENZA ANZIANI E DEMENZE»**

**Linee Progettuali Fondi CIPE –  
DCA 91/2014 azione sub 3  
DCA 134/2016 -Linea 4 – Area 4 (Gestione delle  
cronicità)  
DCA 43/2019 Linea 5 –Az. 3**

**Dipartimento di  
Prevenzione**

**Responsabilità «UO Anziani»  
Programma Regionale  
«Passi d'argento»**

**Tavolo Tecnico  
Regionale Referenti  
Aziendali per le  
Demenze  
UOD «Interventi  
Sociosanitari»**

**Direzione Sanitaria  
DIPARTIMENTO  
«CURE TERRITORIALI»  
Fragilità**

**UOC «CURE  
DOMICILIARI»**

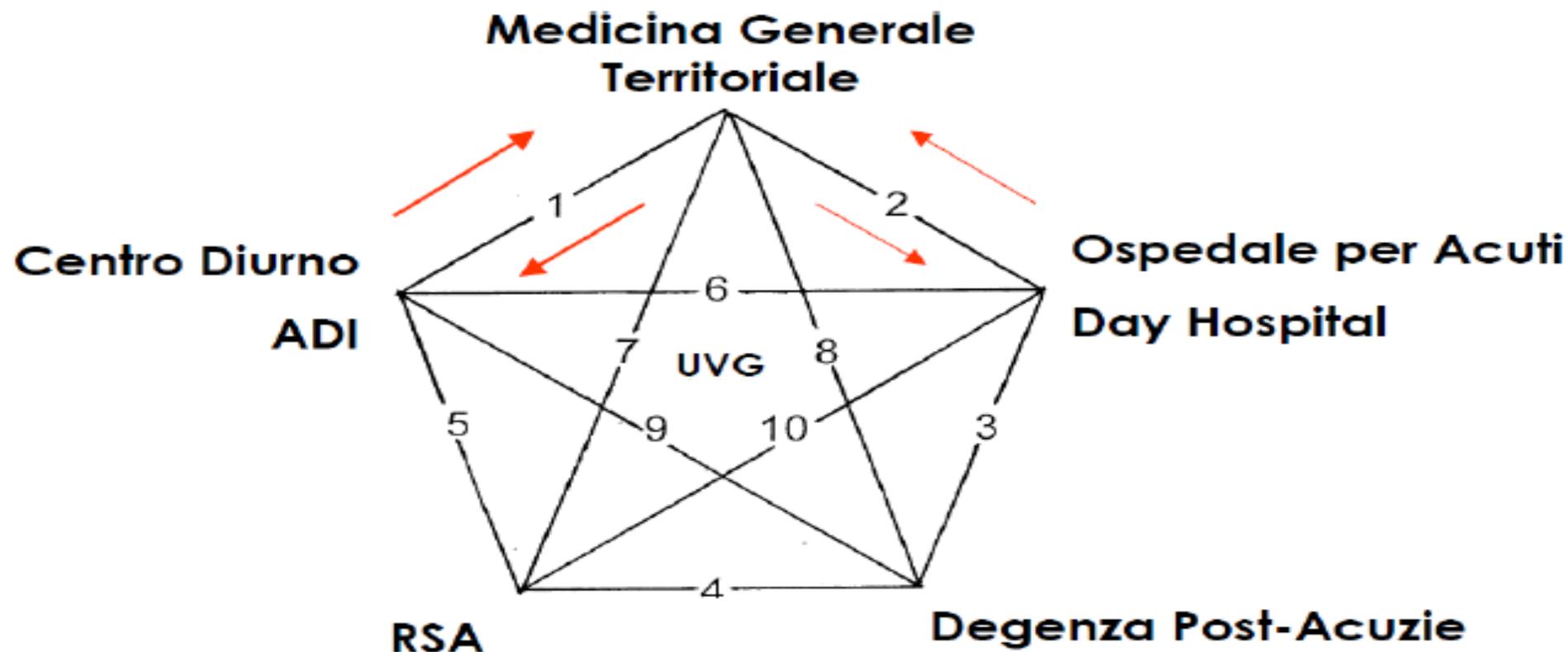
**UOC  
«Cure Primarie»**  
Geriatrica Territoriale  
MMG  
Schede «Fragilità»

**COLLABORAZIONE CON  
REGIONE CAMPANIA  
UOD «PROMOZIONE E  
POTENZIAMENTO  
PROGRAMMI DI HEALTH'S  
INNOVATION»**

**UOC Strutture Residenziali e  
Semiresidenziali**  
(n.3 RRSSAA Aziendali)  
(Interfaccia Coordinamento UOC «RSA»  
Programmazione Assistenza Anziani  
condivisione Attività Progettuali)

**UOC  
«Integrazione  
Socio-sanitaria»**

# VMD e Rete dei Servizi



**UVG:** *Unità di Valutazione Geriatrica*  
**ADI:** *Assistenza Domiciliare Integrata*  
**RSA:** *Residenza Sanitaria Assistenziale*

→ **Transizione**

**CENTRI PER I DISTURBI  
COGNITIVI E DEMENZE  
«C.D.C.D.»  
(DCA N.52/2015)**

**U.V.G. → U.V.I.  
«Unità di Valutazione Geriatrica»  
Verso > Unità Di Valutazione Integrata**

**UOC «CURE  
DOMICILIARI»  
Delibera di Giunta  
Regionale n.41/2011  
DCA n.1/2013**

**UOC CURE PRIMARIE  
Distretti Sanitari  
MMG  
Specialistica  
territoriale**

**La fragilità: una  
sfida da affrontare  
in rete**

***Cure Domiciliari  
Integrate (Cure  
prestazionali - Cure di I  
II, III e IV Livello )***

***Cure Palliative  
Domiciliari***

**Integrazione Ospedale-Territorio**

**Informatizzazione dei dati  
Piattaforme condivise  
Pianificazione e  
programmazione di servizi in  
rete dedicati, appropriati ed  
economicamente sostenibili  
per il SSN ed il SSR**

**Strutture Residenziali - Semiresidenziali  
( RRSSAA Anziani/Demenze e Disabili -  
Centri Diurni)  
DCA n. 97 del 16/11/2018  
Unità di Cure Residenziali (R3-R2D-RD3)**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE!**