



# 12° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

**14-15 ottobre 2022**  
Montecatini Terme  
*Teatro Verdi*  
*Viale Giuseppe Verdi, 45*

**L'esperienza toscana del GIROT:**  
una nuova prospettiva  
dell'ospedalizzazione  
domiciliare anche per il Centro  
Diurno

Dr. Enrico Benvenuti



**Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale N° 21 del 29 Marzo 2020**

1. che, nella ipotesi in cui si riscontri un caso positivo di COVID-19 all'interno di una RSA, RSD o altra struttura socio-sanitaria:

- a. l'ospite rilevato positivo al COVID-19, se sintomatico e la cui condizione clinica appare instabile, sarà preso in carico dal SSR, secondo i diversi livelli di appropriatezza dell'intervento, da rimettere alla valutazione del clinico, come definiti dalle ordinanze e disposizioni regionali attualmente vigenti;
- b. l'ospite rilevato positivo al COVID-19, se paucisintomatico, potrà essere mantenuto in isolamento all'interno della stessa struttura, se possibile, oppure, laddove le condizioni strutturali non lo consentano, collocato in una struttura socio-sanitaria appositamente dedicata, con livelli di assistenza infermieristica h24, supporto giornaliero di personale medico e garanzia di supporto di ossigeno, se necessario;
- c. l'intera struttura, RSA, RSD o altra di tipo socio-sanitario, nel caso in cui non sia presente una organizzazione in moduli, separabile per aree e percorsi COVID-19 e non-COVID-19, è sottoposta a quarantena, con attivazione di idonea sorveglianza sanitaria in stretta collaborazione con l'Azienda USL territorialmente competente;

**Presa in carico dal SSN**

2. Le strutture socio-sanitarie, in grado di garantire attività di cure intermedie, dedicate all'accoglienza degli ospiti COVID positivi, di cui al punto 1, lettera b), sono istituite ed attivate dai gestori in collaborazione con l'Azienda USL territorialmente competente o dall'Azienda USL territorialmente competente per le strutture a gestione propria;

**Trasformazione delle RSA in Cure intermedie**



**Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale N° 28 del 07 Aprile 2020**

ORDINA

Ai sensi dell'art.32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978 n.833 in materia di igiene e sanità pubblica, le seguenti misure per le RSA, RSD o le altre strutture socio-sanitarie:

1. l'ospite positivo al covid risultante dal test sierologico, anche in attesa del test diagnostico molecolare, dovrà essere preso in carico dal Servizio Sanitario Regionale utilizzando il percorso assistenziale più appropriato;
2. in presenza dell'evento di cui al punto precedente si dovrà procedere alla separazione, in diverse strutture o setting assistenziali, degli ospiti risultanti positivi o dubbi, asintomatici o pauci sintomatici, da coloro che risulteranno negativi, attuando per coloro che sono positivi i livelli di cura e assistenza sanitaria previste per le cure intermedie. Tali strutture, potranno essere aperte in deroga alle procedure di autorizzazione e accreditamento, come previsto dal Decreto Legislativo 18 del 17 marzo 2020, articolo 4, comma 1, considerando quale modello di riferimento, il regolamento regionale 2R del gennaio 2018;
3. le aziende sanitarie locali, qualora non possano far fronte alla gestione sanitaria degli ospiti positivi al COVID-19 con le risorse umane già disponibili, procedono all'assunzione con procedura di urgenza del personale necessario a fronteggiare la criticità utilizzando le vigenti graduatorie di ESTAR e facendo anche ricorso a contratti a tempo indeterminato;

**Presa in carico dal SSN**

**Separazione degli ospiti positivi, dubbi dai «sani»**

**Invio di personale (infermieri, oss), DPI, materiali in RSA**



## Caring for nursing home residents with COVID-19: a “hospital-at-nursing home” intermediate care intervention

Enrico Benvenuti<sup>1</sup> · Giulia Rivasi<sup>2</sup> · Matteo Bulgaresi<sup>1</sup> · Riccardo Barucci<sup>1</sup> · Chiara Lorini<sup>3</sup> · Daniela Balzi<sup>4</sup> · Antonio Faraone<sup>5</sup> · Giacomo Fortini<sup>1</sup> · Gabriele Vaccaro<sup>3</sup> · Iliaria Del Lungo<sup>1</sup> · Salvatore Gangemi<sup>1</sup> · Sante Giardini<sup>1</sup> · Cecilia Piga<sup>1</sup> · Eleonora Barghini<sup>1</sup> · Serena Boni<sup>1</sup> · Giulia Bulli<sup>1</sup> · Paolo Carrai<sup>5</sup> · Andrea Crociani<sup>5</sup> · Aldo Lo Forte<sup>5</sup> · Letizia Martella<sup>1</sup> · Simone Pupo<sup>1</sup> · Irene Marozzi<sup>2</sup> · Giulia Bandini<sup>6</sup> · Primo Buscemi<sup>3</sup> · Claudia Cosma<sup>3</sup> · Lorenzo Stacchini<sup>3</sup> · Lorenzo Baggiani<sup>7</sup> · Andrea Ungar<sup>2</sup> · Enrico Mossello<sup>2</sup> · Guglielmo Bonaccorsi<sup>3</sup> · Giancarlo Landini<sup>8</sup>

Table 1 GIROT members and roles

Member	Role
Medical specialists • Geriatricians • Internal medicine specialists	Team coordination and direction Clinical management of COVID-19 infection (diagnostic exams, clinical evaluation and therapy) Prevention and management of geriatric syndromes Communication with families End of patients' isolation after infection
Local Health District Nurse	Advice and support to NH nurse management Staff training for COVID-19 on PPE use and cleaning procedures Setting up of residents' and staff testing Advanced nursing care, including management of complicated pressure sores and feeding tubes
Local Health District Direction	Nursing care coordination and direction Staffing management, including supply of health workers in case of staffing shortage Provision of PPE stocks
Local Health District Physiotherapy	Conventional geriatric rehabilitation Respiratory training Coordination of patients' mobilization
Palliative specialists	Early palliative care Provision of palliative medications Communication with families
Public hygiene experts and occupational health professionals	Setup of COVID-19 “bubbles” and dedicated pathways including donning and doffing stations Other environmental interventions for transmission control, including creation of COVID-19 signs and posters Management of NH staff occupational health issues End of patients' isolation after infection

# GIROT

## Membri e ruoli

- Azienda Sanitaria USL CENTRO
- AOU Careggi
- ACOT area fiorentina

## Con il sostegno economico di:

- Fondazione Santa Maria Nuova
- CRF

---

**Table 2** GIROT interventions provided in each nursing home during the outbreak

---

*At the beginning of the outbreak*

Environmental interventions to limit transmission: cleaning procedures, room changes and setup of “COVID-19 bubbles” including with donning and doffing stations

Residents’ and staff testing to identify all SARS-CoV-2 cases

Use of ID bracelets to favor residents’ identification (particularly in presence of external staff)

Comprehensive geriatric assessment of SARS-CoV-2-positive residents and risk stratification according to symptoms severity (Green/Yellow/Red code); medical therapy review and optimization (including COVID-19 protocol-based therapy), blood testing

Direct provision of oxygen and first-line medications (Table 2) within 24 h of outbreak

Supply of caloric nutritional supports including specific diets for dysphagia

Identification of staff shortage and supply of nurses and other healthcare workers from local hospitals as appropriate

Provision of PPE and staff training on appropriate PPE use and other transmission control procedures

*During the course of the outbreak*

Regular medical assessment according to color coding, including interventions for prevention and management of geriatric syndromes

Activation of palliative comfort-based care services, when deemed appropriate based on comprehensive geriatric assessment

Regular residents’ and staff SARS-CoV-2 testing for infection monitoring

Daily clinical report to GPs and regular update to families

Discontinuation of residents’ isolation at the end of the infection, according to a symptom-based approach<sup>a</sup>

---

*PPE* personal protective equipment

<sup>a</sup>The symptom-based approach [26] allowed patients to be released from isolation also in presence of a positive virus test, provided that they were asymptomatic for at least 21 days

# Diagnostica dedicata



ECG ed Ecografo portatile grazie a donazione Fondazione Santa Maria Nuova, CR Firenze



Radiologia «a casa»

## Diagnostica strumentale portatile

- Ecografo portatile multifrequenza
- ECG automatico
- Pulsossimetro
- Emogasanalizzatore portatile che esegue anche ematocrito, creatinina, elettroliti e lattati
- Glucometro
- Dermatoscopio digitale



Emogas-analizzatori portatili



NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	

RSA	
MMG	
MMG TELEFONO	
AMMINISTRATORE SOSTEGNO	
Numero di telefono di riferimento 1	
Numero di telefono di riferimento 2	
ESENZIONE	

DATA INSORGENZA SINTOMI: \_\_\_\_\_

SINTOMI: \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica remota:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ospedale  
Santa Maria Annunziata  
S.O.C. Geriatria  
Direttore Dott. Enrico Benvenuti  
50011 Bagno a Ripoli (FI)  
Via dell'Artella, 58  
Telefono 055 2496768  
Fax 055 2496708

# Visite geriatriche e prescrizione terapia farmacologica in sinergia con MMG.



NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

RSA	
RSA NUMERO DI TELEFONO	
VIA	

**Prescrizioni**

- o ECG con valutazione QTC
- o emocromo con formula, creatinemia, sodiemia, potassiemia, PCR, procalcitonina, AST, ALT, LDH, CPK, coagulazione, fibrinogeno, D-dimero

**Terapia consigliata:**

OSSIGENOTERAPIA: \_\_\_\_\_ L/MIN.

La terapia consigliata in pazienti sintomatici con sospetto o certezza di infezione da Sars-Cov2 prevede:

- o Idrossiclorochina 200 mg (2 cp da 200 mg) 2 volte al giorno per il 1° giorno, poi 1 cp mattina e sera \_\_\_\_\_ giorni (massimo 12 giorni)
- o Tachipirina – fino a un massimo di 3 gr nelle 24h
- o Enoxaparina 4000 U.I. sottocute al giorno per \_\_\_\_\_ giorni

In caso di sovrammisione batterica valutare l'utilizzo di:

- o Doxiciclina 100 mg – mattina e sera per circa 6 giorni
- o Azitromicina 500 mg – 1 cp al giorno per circa 6 giorni

ALTRO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

**Dott.**

**Medico Specialista in Geriatria.  
USL Toscana Centro**

Ospedale  
Santa Maria Annunziata  
S.O.C. Geriatria  
Direttore Dott. Enrico Benvenuti  
50011 Bagno a Ripoli (FI)  
Via dell'Artella, 58  
Telefono 055 2496768  
Fax 055 2496708

# e Servizio di Cure Palliative della USL Toscana Centro



**PAZIENTE IN FASE TERMINALE DI MALATTIA**

**Attivazione del Palliativista**

**Hospice "Ex Convento delle Oblate"**  
Piazza di Careggi, 1 - 50141 Firenze  
tel. 055 6939801-820 fax 055 69390-21-22  
Responsabile medico: Piero Morino

**Hospice "S. Felice a Ema"**  
Unità Cure Palliative – Leniterapia Zona Sud-Est  
Via di S. Felice a Ema, 12 – 50125 Firenze  
tel. 055 6938074-085 fax 055 6938073-097

**Physical examination:**

Pain: Yes No	Urinary incontinence: Yes No
Agitation: Yes No	Urinary catheter: Yes No
Nausea: Yes No	Fecal incontinence: Yes No
Vomiting: Yes No	Constipation: Yes No
Dyspnea: Yes No	Expectorating independently: Yes No
Swallowing independently: Yes No	Other: .....


<b>The patient is:</b>					
Confused	Yes	No	Semi-conscious	Yes	No
Conscious	Yes	No	Unconscious	Yes	No

**PAINAD:** \_\_\_\_\_





# Caring for nursing home residents with COVID-19: a “hospital-at-nursing home” intermediate care intervention

Enrico Benvenuti<sup>1</sup> · Giulia Rivasi<sup>2</sup>  · Matteo Bulgaresi<sup>1</sup> · Riccardo Barucci<sup>1</sup> · Chiara Lorini<sup>3</sup> · Daniela Balzi<sup>4</sup> · Antonio Faraone<sup>5</sup> · Giacomo Fortini<sup>1</sup> · Gabriele Vaccaro<sup>3</sup> · Ilaria Del Lungo<sup>1</sup> · Salvatore Gangemi<sup>1</sup> · Sante Giardini<sup>1</sup> · Cecilia Piga<sup>1</sup> · Eleonora Barghini<sup>1</sup> · Serena Boni<sup>1</sup> · Giulia Bulli<sup>1</sup> · Paolo Carrai<sup>5</sup> · Andrea Crociani<sup>5</sup> · Aldo Lo Forte<sup>5</sup> · Letizia Martella<sup>1</sup> · Simone Pupo<sup>1</sup> · Irene Marozzi<sup>2</sup> · Giulia Bandini<sup>6</sup> · Primo Buscemi<sup>3</sup> · Claudia Cosma<sup>3</sup> · Lorenzo Stacchini<sup>3</sup> · Lorenzo Baggiani<sup>7</sup> · Andrea Ungar<sup>2</sup> · Enrico Mossello<sup>2</sup> · Guglielmo Bonaccorsi<sup>3</sup> · Giancarlo Landini<sup>8</sup>

Received: 16 June 2021 / Accepted: 9 August 2021

© The Author(s) 2021

	First wave March 1st 2020– April 30th 2020	Second wave October 1st 2020–January 31st 2021
Number of nursing homes	21	43
Number of residents	1159	2448
Mean age (years)	83.9	82.8
Female residents	830 (71.6%)	1728 (70.6%)
Number of COVID-19-positive residents	450	1578
% of COVID-19-positive residents*	38.8%	64.5%
Number of deaths	140	369
Number of residents admitted to hospital	262	160
Hospitalization rate among COVID-19-positive residents <sup>†</sup>	58.2%	10.1%
Lethality rate among COVID-19-positive residents <sup>‡</sup>	31.1%	23.4%

\*Chi2 test (1df): 210.0;  $p < 0.001$

<sup>†</sup>Chi2 test (1df): 491.2;  $p < 0.001$

<sup>‡</sup>Chi2 test (1df): 11.1;  $p < 0.001$

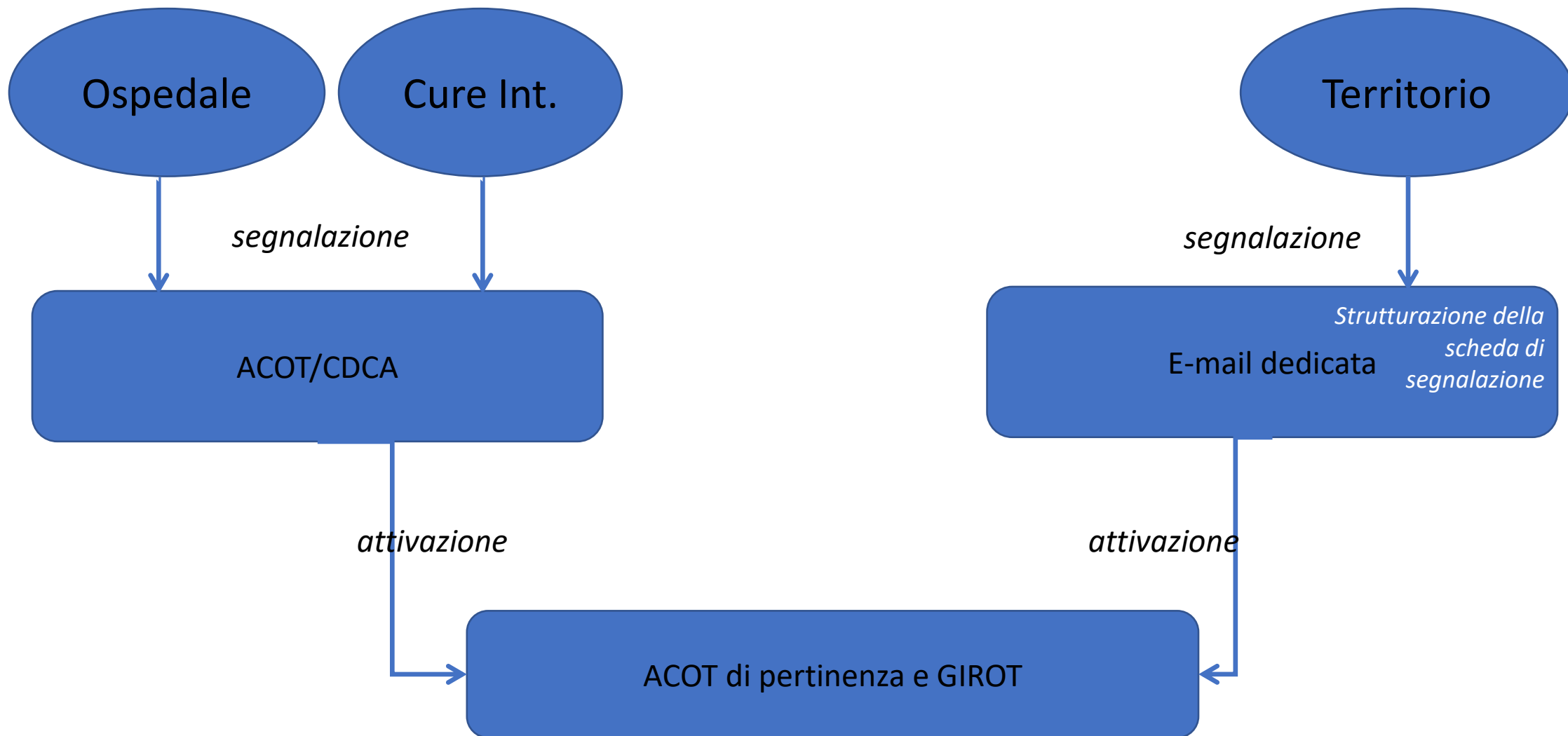
# **GIROT – no COVID**

## **(Gruppo Intervento Rapido Ospedale Territorio)**

- Il **Girot** è una **equipe multiprofessionale (USL TOSCANA CENTRO e AOU Careggi)** composta da **geriatri, internisti, palliativisti**, che prende in carico il paziente insieme agli infermieri di famiglia e comunità. L'attività del GIROT può iniziare già in DEA, dove è presente un geriatra per la presa in carico precoce del paziente.
- Si rivolge a **persone di solito anziane con disabilità motoria e cognitiva, in corso di scompenso clinico**, per i quali l'ospedalizzazione può essere addirittura dannosa.
- Può essere attivato dal: **MMG**, dal medico in dimissione ospedaliera/DEA o dalle cure intermedie/ospedale di comunità, ACOT, Medico emergenza urgenza (118)

**OGNI PERCORSO E' CONDIVISO E GESTITO IN COMANAGEMENT**  
**CON IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

# ATTIVAZIONE GIROT



# Priorità delle richieste secondo schema triage

- .Rosso (evasione richieste in 24 - 48 h)
- .Giallo (evasione richieste in 48 - 72 h)
- .Verde (evasione richieste entro 7 giorni)



# Briefing giornaliero e presa in carico

**Briefing a inizio turno** (ore 8.00 circa) presso Presidio Camerata. Se necessario il briefing può essere svolto in videoconferenza.

Segnalazione al 113 dei casi complessi in carico al GIROT per ridurre il rischio di ospedalizzazione incongrua.

**Percorso di cura e dimissione dopo l'intervento GIROT concordato con MMG ed IF, con lettera conclusiva del percorso.**

# Diagnostica dedicata



ECG ed Ecografo portatile grazie a donazione Fondazione Santa Maria Nuova, CR Firenze



Radiologia «a casa»

## Diagnostica strumentale portatile

- Ecografo portatile multifrequenza
- ECG automatico
- Pulsossimetro
- Emogasanalizzatore portatile che esegue anche ematocrito, creatinina, elettroliti e lattati
- Glucometro
- Dermatoscopio digitale



Emogas-analizzatori portatili

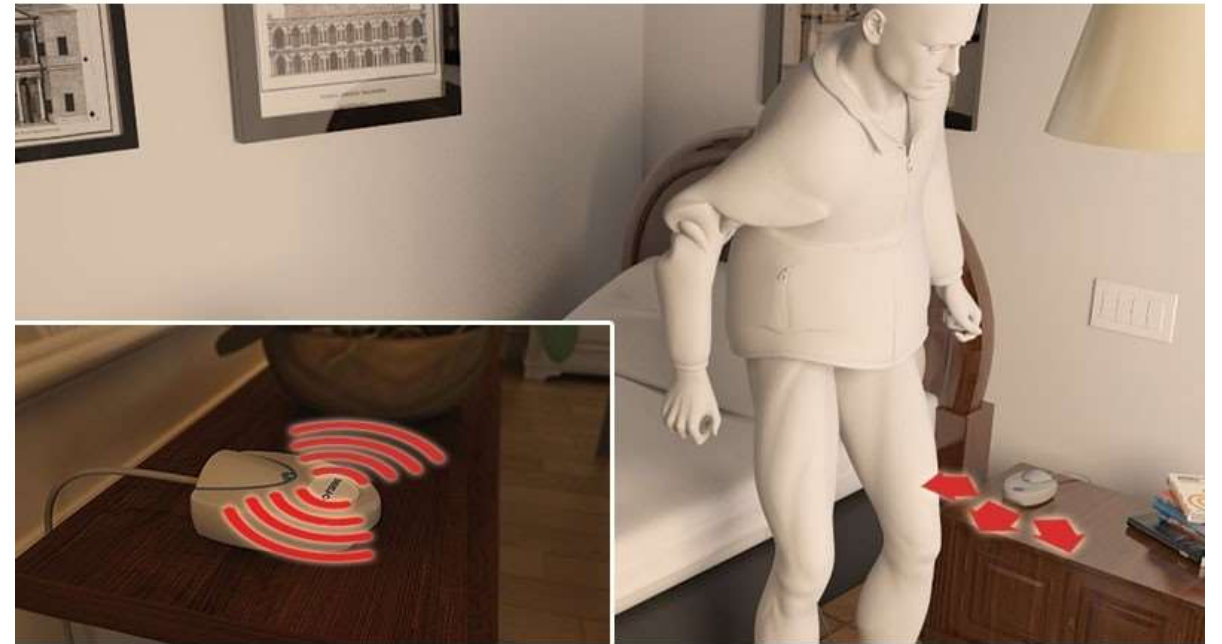
# Telemedicina

## Sensori: gestione remota dei pazienti



Controllo frequenza cardiaca  
saturazione, frequenza  
respiratoria e visualizzazione  
in REMOTO tramite sistema  
web-based

# Sensori anticaduta





# Girot in DEA



## ACCESSO IN DEA



## INTERVENTI IN COGESTIONE CON MEDICO del DEA

- .Valutazione multidimensionale
- .Radiografia del torace
- .Emogasanalisi: insufficienza respiratoria
- .Terapia diuretica ed antibiotica per via endovenosa

### Prescrizione di:

**Ossigeno, liquidi, terapia antibiotica a domicilio**  
**Ausili**



## Rivalutazione del GIROT a 24 ore con INFERMIERE DI FAMIGLIA.

- .esecuzione di terapia endovenosa ad orario
- .Programmazione esami ematici di controllo
- .Attivazione del fisioterapista di comunità
- .Educazione al caregiver

# A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the ‘Emergency Frailty Unit’

SIMON PAUL CONROY<sup>1</sup>, KHARWAR ANSARI<sup>2</sup>, MARK WILLIAMS<sup>2</sup>, EMILY LAITHWAITE<sup>3</sup>, BEN TEASDALE<sup>2</sup>,  
JEREMY DAWSON<sup>1</sup>, SUZANNE MASON<sup>4</sup>, JAY BANERJEE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Leicester School of Medicine, Room 540, Clinical Sciences Building Leicester Royal Infirmary, Leicester LE2 7LX, UK

<sup>2</sup>Emergency Medicine, University Hospitals of Leicester, Leicester, Leicestershire, UK

<sup>3</sup>Geriatric Medicine, University Hospitals of Leicester, Leicester, Leicestershire, UK

<sup>4</sup>SchARR, University of Sheffield, Sheffield, UK

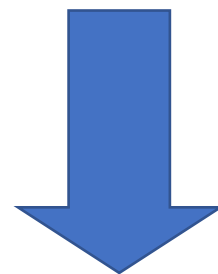
Address correspondence to: S. P. Conroy. Tel: +44 (0)116 258 7635; Fax: +44 (0)116 258 6737. Email: [spc3@le.ac.uk](mailto:spc3@le.ac.uk)

## Key points

- Emergency attendances in older people will continue to increase.
- CGA can be delivered within the ED.
- CGA in the ED was associated with improved discharge rates and reduces readmission rates in older people; there may be additional related benefits for younger patients.

	Usual care	Intervention period
Setting	Emergency decision unit within the emergency department	Unchanged
Integration with main emergency department	Short walk, tannoy system and pathways	Unchanged except for additional frailty pathways
Clinical leads	Emergency physicians	Emergency physicians and geriatricians
Nursing	Emergency medicine	Emergency medicine with some additional training in geriatric syndromes and manual handling
Care coordination	Primary care coordinators with good knowledge of and access to community services	Unchanged
Comprehensive geriatric assessment (medical diagnoses, medication, problem list, mental health, basic and instrumental activities of daily living, social circumstances, environmental issue and spirituality)	Primary care coordinators working with nurses and therapists, supported by emergency physicians	As before with specialist geriatrician input and integrated clerking proforma  Additional education and training and team-working
Access to specialist geriatrician	Via ad hoc phone calls or outpatient referrals	Embedded geriatrician available 8–6pm seven days per week
Access to community services	All community hospital and intermediate care service available	Unchanged but greater promotion and use of community services

## Concepts in Practice: Geriatric Emergency Departments



Elements to consider when choosing a Geriatric ED model of care.

	GED Unit	Geriatrics Practitioner Model	Geriatrics Champion	Geriatric-Focused Observation Unit Program
Additional staff required:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrics Practitioner</li> <li>• Case Manager</li> <li>• Pharmacy support</li> <li>• Physical therapists</li> <li>• Social worker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrics Practitioner</li> <li>• Case Manager</li> <li>• Pharmacy support</li> <li>• Physical therapists</li> <li>• Social worker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Case Manager</li> <li>• Pharmacy support</li> <li>• Physical therapists</li> <li>• Social worker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inpatient Geriatrics consult service</li> <li>• Case Manager</li> <li>• Pharmacy support</li> <li>• Inpatient Physical Therapists</li> <li>• Social worker</li> </ul>
Initial training costs:	• Geriatrics training for unit nurses and providers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrics training for all ED nurses and providers</li> <li>• Geriatrics training for practitioner</li> </ul>	• Geriatrics training for all ED nurses and providers	• Geriatrics training for all ED nurses and providers
Physical space restraints	Yes	No	No	No
Effect on ED length of stay	unknown	increased	unknown	none or decreased
Effect on hospitalization rates	decreased <sup>21, 22</sup>	decreased <sup>26, 29, 54</sup>	unknown <sup>40</sup>	decreased <sup>42-44</sup>

# IPEG – GIROT

## Indicatori di processo ed esito in Geriatria - GIROT

Data_inserimento: 15/10/2022	Data_presa_in_carico:	Data_dimissione_morte:
Cognome:	Sesso:	Assistente_non_familiare(badante):
Nome:	Data_nascita:	Componenti_nucleo_familiare:
Codice_Fiscale:	Provenienza:	
Motivo_attivazion:	Codice_colore:	

Parkinson	<input type="checkbox"/>	S_immobilizzazione	<input type="checkbox"/>	BPCO	<input type="checkbox"/>	IRC_GFR<60	<input type="checkbox"/>	Demenza:	
Iperensione	<input type="checkbox"/>	Scopenso_cardiaco	<input type="checkbox"/>	Diabete	<input type="checkbox"/>	Pregresso ICTUS	<input type="checkbox"/>		
Dimagrimento ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/>	Fibrillazione_atriale	<input type="checkbox"/>	Neoplasia_attiva_inizio	<input type="checkbox"/>	Frattura_femore_ultimo_anno	<input type="checkbox"/>		

INDICATORI DI STATO	INTERVENTO	ESITO
Barthel_index_anamnestico: <input type="text"/>	Televisite: <input type="text"/>	Barthel_fine: <input type="text"/>
BADL_conservate: <input type="text"/>	Accessi_a_domicilio: <input type="text"/>	BADL_conservate_fine: <input type="text"/>
Deambulazione: <input type="text"/>	Diagnosi_FINALE <input type="text"/>	Deambulazione_fine: <input type="text"/>
Cadute_ultimo_anno: <input type="text"/>		
Covid <input type="checkbox"/>	Prescrizione_ausili <input type="checkbox"/>	Dimissione_verso: <input type="text"/>
Dolore_inizio <input type="checkbox"/>	Idratazione_ev <input type="checkbox"/>	Accesso_SOLO_DEA <input type="checkbox"/>
CV_inizio <input type="checkbox"/>	Terapia_farmacologica_ev <input type="checkbox"/>	Attivazione_UCP <input type="checkbox"/>
Supporto_nutrizionale_inizio <input type="checkbox"/>	Ossigeno_durante <input type="checkbox"/>	Inserimento_Centro_diurno <input type="checkbox"/>
Ulcere_pressione_inizio <input type="checkbox"/>	Trasfusioni <input type="checkbox"/>	In_carico_amb_geriatrico <input type="checkbox"/>
Distagia <input type="checkbox"/>	Diagnostica2livello <input type="checkbox"/>	Interventi_terzo_settore <input type="checkbox"/>
Ossigeno_inizio <input type="checkbox"/>	Fisioterapia <input type="checkbox"/>	Ossigeno_fine <input type="checkbox"/>
Delirium_inizio <input type="checkbox"/>	Valutazione_specialistica <input type="checkbox"/>	CV_fine <input type="checkbox"/>
Difficoltà_assistenza <input type="checkbox"/>	Supporto_nutrizionale_fine <input type="checkbox"/>	Delirium_fine <input type="checkbox"/>
Infezione_inizio <input type="checkbox"/>	Attivazione_sociale <input type="checkbox"/>	Ulcere_pressione <input type="checkbox"/>
Numero_farmaci_inizio: <input type="text"/>	Delirium_durante <input type="checkbox"/>	Numero_farmaci_fine: <input type="text"/>
Antipsicotici_inizio <input type="checkbox"/>	Contenzione_farmacologica <input type="checkbox"/>	Antipsicotici_fine <input type="checkbox"/>
Benzodiazepine_inizio <input type="checkbox"/>	Contenzione_fisica <input type="checkbox"/>	Benzodiazepine_fine <input type="checkbox"/>
Antidepressivi_inizio <input type="checkbox"/>		Antidepressivi_fine <input type="checkbox"/>

# GIROT - analisi dati

## Marzo – Giugno 2022

Giugno 2021-22: 3300 pazienti in carico

GIROT in DEA Ottobre 2021-22: 1780 pazienti (80% dei pazienti segnalati al GIROT)

<b>Campione</b>	<b>100</b>
Paziente mediamente in carico al giorno	25-30
Delirium incidente %	2
Degenza media	10 giorni
cammino autonomo (%)	10
cammino per almeno 10 mt (%)	38
cammino dipendente (%)	52
BI 41 - 80 (%)	20
BI < 40 (%)	58
demenza con disturbi del comp. (%)	27
demenza senza disturbi del comp. (%)	43
CATTIVO STATO NUTRIZIONALE	10
<b>Pazienti con &gt; 5 farmaci</b>	<b>70</b>

Rinviati al MMG	57%
Attivazione di ADI e rinvii a MMG	12%
Lista Rossa	8%
Cure palliative	11%
Ricoverati durante intervento (NO DEA)	6%
Deceduti durante intervento	6%

# GIROT - REPARTO GERIATRIA

## CONFRONTO sulla mortalità ad 1 mese

646 soggetti che sono stati incrociati con Mortalità anagrafe ORFEA (estrazione del 22/10), parzialmente completa per il mese di settembre

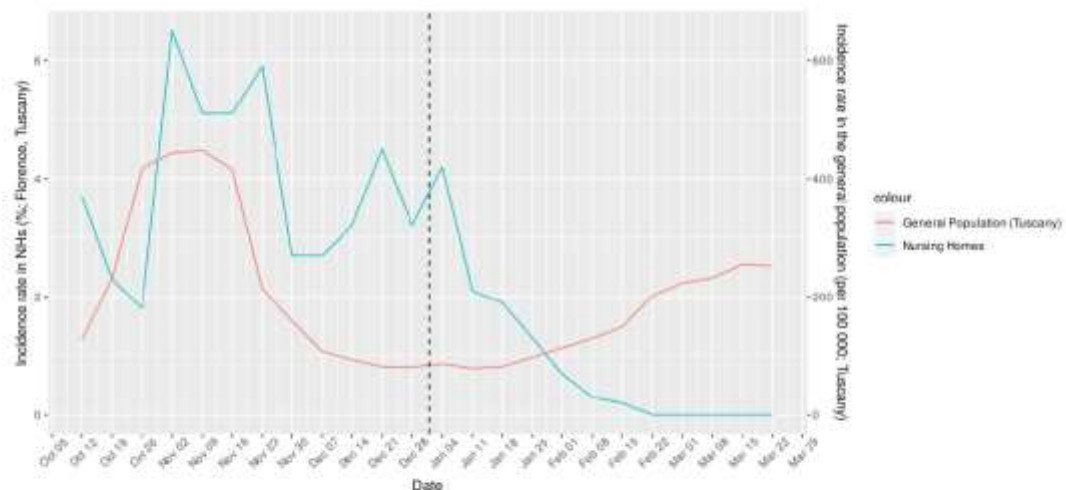
percorso	tot	età media	Maschi	Femmine	%Donne
Geriatrics	402	86,3	196	206	51,2
GIROT	244	86,9	94	150	61,5

percorso	decessi a 30 giorni	tot	%
Geriatrics	98	402	24,4
GIROT	41	244	16,8

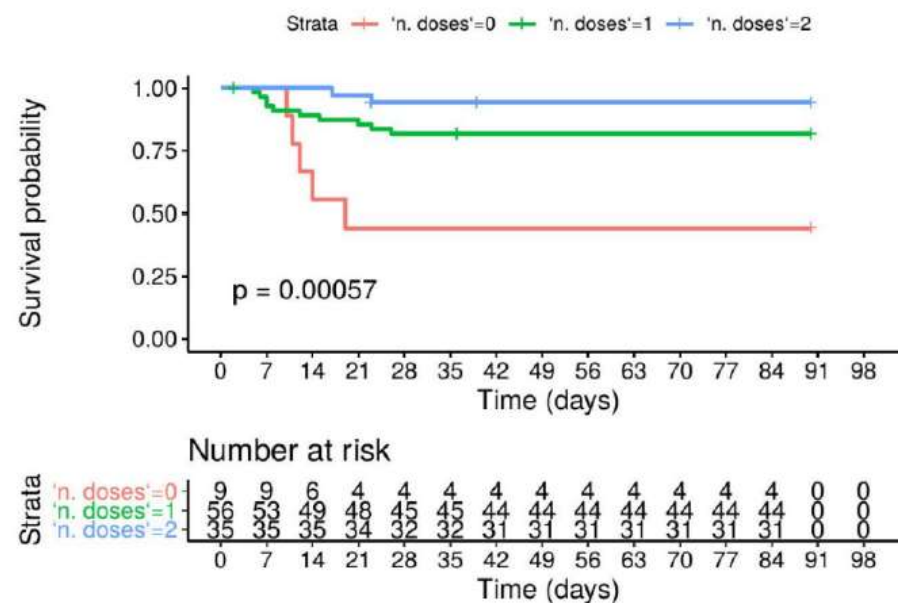
	Geriatrics OSMA Marzo – Giugno 2019	GIROT – IPEG Marzo – giugno 20122
Numero Pazienti (nr)	435	105
Tasso di Vecchiaia (%)	94	90
Degenza Media (gg)	6,1	10
Mortalità (%)	9,1	6
Cammino autonomo (%)	30	13
cammino per almeno 10 mt (%)	25	40
Letto-poltrona (%)	35	47
BI 41 - 80 (%)	30	26
BI < 40 (%)	41	52
demenza con disturbi del comportamento (%)	17	22
demenza senza disturbi del comportamento (%)	25	23
demenza terminale (%)	6	3

# GIROT E CENTRI DIURNI

## Centri Diurni chiusi per tutte le ondate pandemiche



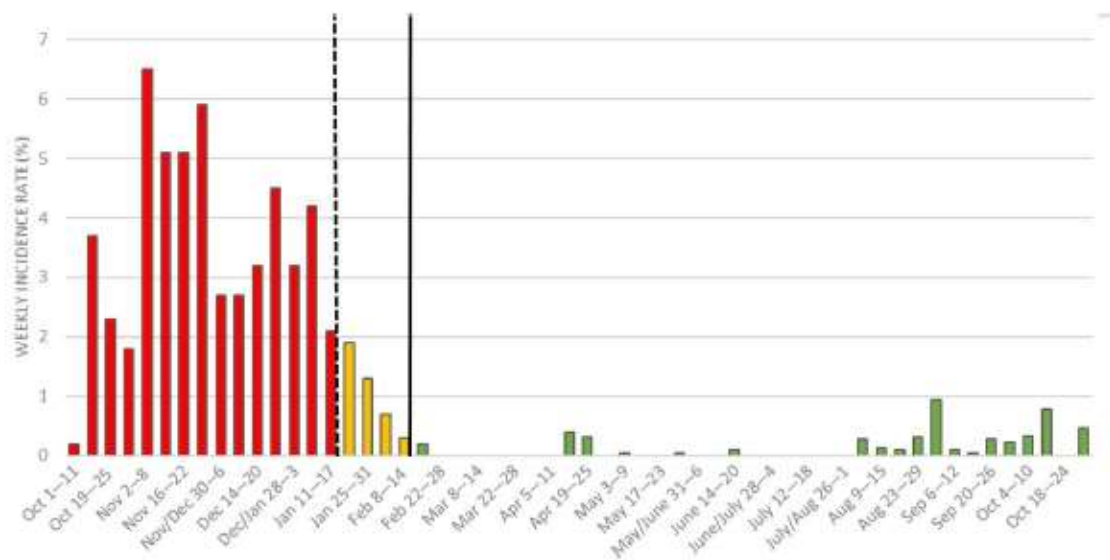
**Figure 1.** The weekly incidence rate of COVID-19 in NHs of the Florence Health District (per 100 people; blue line) and in the general population of Tuscany (per 100,000 people; red line), before and after the start of the vaccination campaign (dashed vertical line). Data on the general population were obtained from the Italian Ministry of Health. The date on the x-axis indicates the first day of the monitoring week.



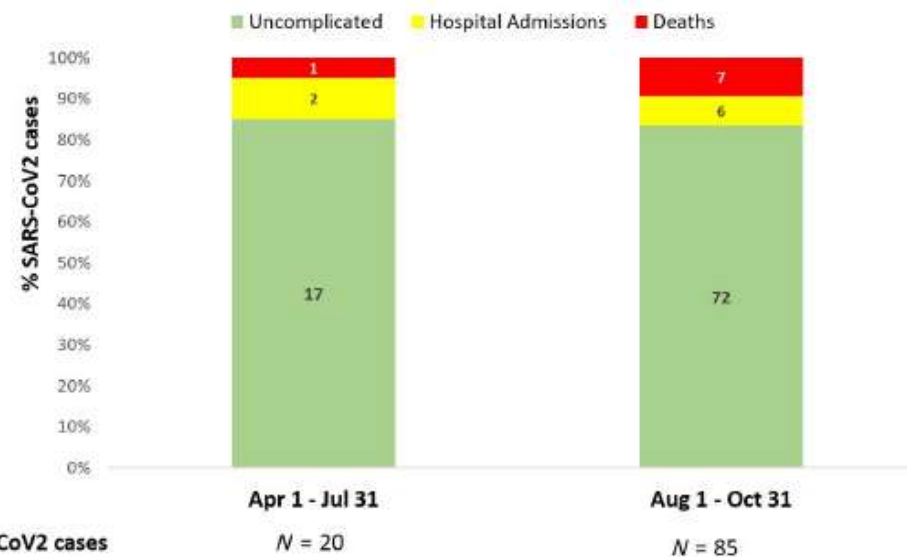
**Figure 2.** Kaplan–Meier survival estimates for COVID-19-related mortality depending on vaccination status (unvaccinated, partially vaccinated and fully vaccinated residents, log-rank test).

# GIROT E CENTRI DIURNI

## Centri Diurni chiusi per tutte le ondate pandemiche



**FIGURE 1** Weekly incidence rates of SARS-CoV-2 new cases in nursing homes of the Florence Health District during the pre- and post-vaccination period (October 1st, 2020–October 31st, 2021). The date on the x axis indicates the first day of the monitoring week. Vertical lines indicate administration of the first (dashed line) and second (solid line) vaccine dose



**FIGURE 2** Deaths and hospital admissions in SARS-CoV2 infected residents up to 6 months after the primary vaccination course (April 1–July 31) and during the subsequent 3 months (August 1–October 31). Absolute numbers are reported in the figure and percentages on the y axis



# The impact of dementia daycare service cessation due to COVID-19 pandemic

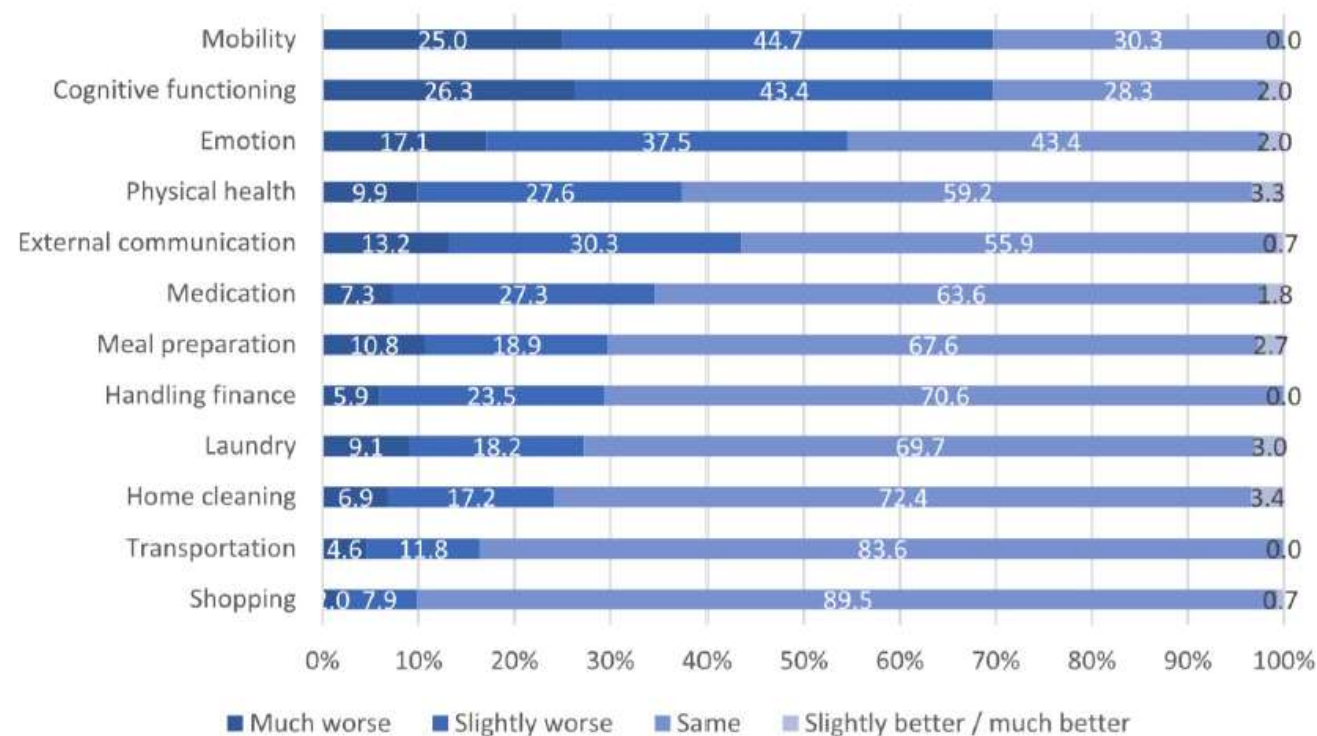


FIGURE 2 Change of functioning of people with dementia during daycare service cessation



ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 14/06/2021 (punto N 19)

Delibera

N 645

del 14/06/2021

Proponente

SERENA SPINELLI

DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE



Con la Delibera della Giunta Regionale n. 645 del 14 giugno 2021 la Toscana ha **aggiornato e alleggerito le misure anti-covid-19** per la fruizione dei **centri diurni per persone anziane e con disabilità**, approvando uno specifico **Protocollo operativo** ([Allegato A](#)) e stanziando una somma di **2,595 milioni di euro** per garantire che la transizione verso il funzionamento a pieno regime si svolga in sicurezza per il personale e per gli/le utenti delle strutture semiresidenziali. La Delibera comprende anche una **Tabella** che stabilisce la ripartizione delle risorse stanziate alle Società della Salute e alle Zone Distretto ([Allegato B](#)).

# Centri Diurni e GIROT



**ACCESSO** al Centro Diurno in tempi brevi direttamente dall'Ospedale/DEA o territorio (ambulatori, visite domiciliari)

**Codice Rosso**



# Caso clinico B.M

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:** Demenza neurodegenerativa di grado severo con disturbi del comportamento..

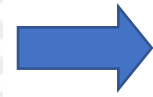
**ANAMNESI FUNZIONALE:** Cammino con supervisione. Dipendente IADL e BADL.

**ANAMNESI SOCIALE:** vive con assistente domiciliare e frequenta il Centro diurno 3 giorni/sett

**TERAPIA DOMICILIARE:** Eutirox 125 mcg, quetiapina 25 mg 2 cp la mattina e 2 cp il pomeriggio, Trittico 75 mg 1 cp la mattina ed 1 cp la sera



# Accesso al DEA



## Rivalutazione del GIROT a 24 ore con INFERMIERE DI FAMIGLIA.

- esecuzione di terapia endovenosa ad orario
- Programmazione esami ematici di controllo
- Educazione al caregiver al corretto utilizzo dei DPI
- DOPO 8 GIORNI NEGATIVA E RIENTRO IN CENTRO DIURNO



**ACCESSO AL DEA inviata dal Centro Diurno. Episodio febbrile e delirium ipocinetico. Paziente COVID positiva**

## INTERVENTI IN COGESTIONE CON MEDICO del DEA

- Valutazione multidimensionale
- Radiografia del torace
- Emogasanalisi: non insufficienza respiratoria
- Terapia antivirale

# Al Centro Diurno



## **Rientro precoce al Centro Diurno.**

programma di riattivazione motoria con FT  
modifica terapia antipsicotica e controllo dei disturbi  
del comportamento con Infermiere  
Attività di socializzazione

**Ruolo terapeutico oltre che di  
sostegno sociale**

# Conclusioni

- Il GIROT si rivolge ad un paziente anziano già disabile con scompenso clinico che ha maggiori probabilità di stabilizzazione attraverso un intervento domiciliare rapido, multidimensionale, multiprofessionale ed interdisciplinare, utilizzando la stessa tecnologia diagnostica dell'ospedale;
- Il rapporto tra MMG, infermieri di famiglia e specialisti ospedalieri, compreso i palliativisti (prevalentemente geriatri) è la chiave di volta per l'applicazione di questo modello;
- L'unione in modo sinergico della Geriatria dell'Aziende Sanitaria ed Universitaria serve a migliorare il servizio e promuovere l'attività di ricerca in questo ambito;
- I Centri Diurni potrebbero recuperare il loro ruolo per intercettare precocemente il paziente a rischio di scompenso clinico, mantenendo la loro mission di cura, riattivazione, socialità e supporto alla famiglia;
- L'attivazione rapida del centro diurno, intercettato sul territorio può ridurre il rischio di istituzionalizzazione.