PRONTO SOCCORSO

GIROT in DEA

Il geriatra in Pronto Soccorso

Nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), il geriatra del GIROT (Gruppo Intervento Rapido Ospedale-Territorio) affianca l'équipe del Pronto Soccorso nella cura degli anziani con bisogni complessi e problemi acuti in attesa di ricovero.

Mission

Accanto al problema acuto, si esaminano autonomia, mobilità, memoria, confusione mentale acuta, terapie e supporto familiare. Da questa valutazione nasce un piano di cura personalizzato, prendendo in considerazione vari aspetti:

1. **Cure e accertamenti:** il geriatra contribuisce al trattamento dell'episodio acuto, con particolare attenzione al delirium e alla perdita di autonomia.
2. **Selezione del setting di cura più adatto:** in base ai bisogni, il paziente è indirizzato al ricovero, verso l'Ospedale di Comunità o il rientro a casa con GIROT.
3. **Condivisione del percorso di cura** con paziente, familiari, medico di famiglia (MMG) e servizi territoriali.

> *Obiettivo principale è curare la malattia acuta, preservando l'autonomia e mantenendo il collegamento tra ospedale e territorio.*

A DOMICILIO

GIROT

Gruppo Intervento Rapido Ospedale Territorio



Cure a domicilio per gli anziani con malattie acute o riacutizzazioni, in alternativa al ricovero, quando le condizioni cliniche e la rete familiare di supporto lo consentono.

Un'équipe geriatrica lavora con il medico di famiglia e i servizi territoriali, anche nelle residenze per anziani (RSA). Permette di eseguire al domicilio accertamenti diagnostici (come ecografie bedside, emogasanalisi e prelievi ematici) e somministrare terapie complesse (farmaci endovenosi, ossigenoterapia e idratazione), evitando il declino funzionale, il delirium e le complicanze legate al ricovero ospedaliero ordinario. I medici sono affiancati dall'infermiere e, se necessario, da fisioterapista, dietista e assistente sociale.

CURE INTERMEDIE

Ospedali di Comunità



Gli Ospedali di Comunità offrono un percorso di cure intermedie alle persone fragili che necessitano di assistenza e recupero prima del rientro a domicilio. Attraverso un lavoro multiprofessionale, integrano cure mediche, assistenza infermieristica e interventi di riattivazione, con l'obiettivo di favorire la stabilizzazione clinica e il recupero della maggiore autonomia possibile. Il percorso accompagna la persona e chi la assiste nella preparazione alla dimissione, promuovendo un rientro sicuro e la continuità delle cure con i servizi territoriali.

AMBULATORI GERIATRICI E CDCD

Una valutazione globale, un percorso condiviso

La visita geriatrica considera la salute della persona nel suo insieme: malattie e terapie, autonomia, mobilità, memoria, umore, nutrizione e rete di supporto familiare e sociale.

Un piano di cura su misura

La valutazione permette di costruire un percorso personalizzato, definendo priorità, trattamenti e controlli sulla base dei bisogni e degli obiettivi della persona, insieme a lei e a chi la affianca.

Pianificazione condivisa delle cure



Nelle malattie croniche invalidanti o progressive, il dialogo con l'équipe curante aiuta a comprendere la possibile evoluzione della malattia, i benefici e i limiti dei trattamenti e ciò che la persona ritiene essenziale per la propria qualità di vita. Si condividono obiettivi di cura e preferenze per le scelte presenti e future. I familiari e le persone di fiducia sono coinvolti se la persona lo desidera. Le decisioni vengono documentate e rivalutate nel tempo, in relazione ai cambiamenti dei bisogni e delle volontà.

Il CDCD, un approccio interprofessionale

Il CDCD (Centro Diagnosi e Cura Demenza) adotta il modello della gestione integrata indicato dal Piano Nazionale Demenze. Medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti, OSS e assistenti sociali lavorano in équipe con la persona, la famiglia e il medico di medicina generale. Insieme garantiscono diagnosi precoce, trattamenti farmacologici e non farmacologici e sostegno ai caregiver. Il CDCD lavora in rete con le Case della Comunità e i servizi del territorio per assicurare continuità di cura. Il nostro obiettivo è uniformare il modello di lavoro di tutti i CDCD nel prossimo futuro.

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
SOC GERIATRIA FIRENZE EMPOLI

Geriatria Firenze Empoli

Geriatria e Fragilità

Un modello organizzativo per prendere in carico il paziente anziano nel territorio, seguendo il percorso della fragilità, insieme al Medico di Medicina Generale



«Aún aprendo» — Imparo ancora
FRANCISCO DE GOYA

La Struttura Complessa di Geriatria Firenze Empoli si dedica alla cura e alla presa in carico della persona anziana nelle condizioni di pre-fragilità e fragilità fino al fine vita. Nelle fasi di scompenso clinico, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, garantisce percorsi assistenziali nel setting più appropriato e meno disabilitante, con particolare attenzione alle persone affette da demenza. L'équipe geriatrica adotta un approccio multidimensionale, multiprofessionale e interdisciplinare, assicurando un continuum di cura tra ospedale e territorio, in relazione ai bisogni della persona e alle diverse fasi del percorso assistenziale.

Per orientarsi
È possibile rivolgersi al proprio medico di famiglia. Informazioni e recapiti aggiornati: **www.uslcentro.toscana.it**

FRAGILITÀ

Prevenire la fragilità

Riconoscere presto i cambiamenti

La fragilità è una riduzione delle riserve dell'organismo: anche problemi lievi possono compromettere l'autonomia.

Stanchezza, debolezza, lentezza nel cammino o perdita involontaria di peso sono segnali da valutare.



Lo studio delle Piagge

Lo studio della Casa della Comunità Le Piagge è rivolto alle persone di 75 anni del territorio, apparentemente autonome.

1. **Screening iniziale.** Un breve questionario e una prova con il "Test per Alzarsi dalla Sedia" riconoscono i primi segnali.
2. **Valutazione approfondita.** Il paziente con sospetta sindrome da fragilità viene valutato in modo approfondito con visita geriatrica, valutazione funzionale e cognitiva di secondo livello.
3. **Presa in carico mirata.** Medico di famiglia e geriatra concordano cure e controlli, quando indicato. Se il paziente ha un sospetto decadimento cognitivo, viene indirizzato al CDCD (Centro Diagnosi e Cura della Demenza).

> *Il paziente confermato "fragile" viene inserito in un programma di esercizio progressivo, buona alimentazione e facilitazione nel migliorare le relazioni sociali.*

Studio delle Piagge: Milani C et al. *BMC Geriatrics* 2025;25:933.

ESERCIZIO FISICO

Muoversi per stare meglio

Forza ed equilibrio per l'autonomia



L'esercizio regolare migliora forza, equilibrio e capacità di camminare, sostiene l'autonomia e aiuta a ridurre il rischio di caduta.

Un programma completo

1. **Forza.** Esercizi adattati per braccia e gambe, come alzarsi da una sedia stabile.
2. **Equilibrio.** Attività guidate per la stabilità, con appoggio o assistenza quando necessari.
3. **Cammino e resistenza.** Camminate o attività aerobica adattata, aumentando gradualmente la durata.
4. **Mobilità.** Movimenti dolci per la flessibilità e le attività quotidiane.

Il riferimento VIVIFRAIL

Propone programmi di esercizio graduati in base alla capacità fisica e al rischio di caduta, dopo una valutazione iniziale.

Riferimenti: VIVIFRAIL; OMS, attività fisica.

CADUTE

Prevenire le cadute

Ridurre i rischi con azioni concrete



Le cadute hanno spesso più cause. La prevenzione combina esercizio, valutazione clinica e attenzione all'ambiente.

1. **Allenare forza ed equilibrio.** Un programma regolare e personalizzato rende più sicuri il cammino e i passaggi da seduto a in piedi.
2. **Rendere più sicura la casa.** Liberare i passaggi da cavi e tappeti mobili, migliorare l'illuminazione e l'uso di appoggi sicuri in bagno.
3. **Rivedere terapie e pressione arteriosa.** Con il medico è necessario il controllo dei farmaci che possono causare sonnolenza o capogiri e la pressione durante la statica eretta.
4. **Controllo di vista e appoggi.** Uso di scarpe ben chiuse e antiscivolo; verifica di vista ed appropriatezza nella scelta e nell'uso di ausili (bastone o deambulatore).
5. **Segnalazione di cadute e instabilità.** Informare il medico anche di una caduta senza lesioni, della paura di cadere o di difficoltà nel cammino di nuova insorgenza.

> *Una valutazione dei diversi fattori di rischio permette di scegliere gli interventi più utili per le persone.*

Stiamo cercando di implementare questo modello di prevenzione della fragilità nella rete dei servizi della Città all'interno delle Case di Comunità.

Riferimenti: VIVIFRAIL; OMS, prevenzione delle cadute.