



Sgriffo Bartolini Visitare gli infermi, vetrata - Chiesa dell'Immacolata, Pistoia



Fondazione  
Caript

## 13° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER



GRUPPO ITALIANO  
CENTRI DIURNI  
ALZHEIMER

Centri Diurni Monteoliveto  
Pistoia

6-7 ottobre 2023

# Le Linee di Indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer: i messaggi principali

**Enrico Mossello**

*Università degli Studi di Firenze*

*AOU Careggi, Firenze*

# Schema della presentazione

- Dalle esperienze storiche al presente
- Le evidenze di efficacia
- Le nuove linee di indirizzo
- Il lascito della pandemia

# Schema della presentazione

- Dalle esperienze storiche al presente
- Le evidenze di efficacia
- Le nuove linee di indirizzo
- Il lascito della pandemia

# Il primo Centro Diurno per anziani: un modello di socializzazione



*Bronx, New York, 1943*

In the early 1940's a social worker with the city welfare department saw a problem. Older adults were **living alone, with no support, and nothing to do**. Isolation and poor nutrition were damaging. The solution, funded by Mayor Fiorello Henry La Guardia, was **a space where older adults could congregate, eat together, socialize, and get help**.

## The National Institute of Senior Centers

The National Institute of Senior Centers (NISC) is the largest national membership organization dedicated to serving senior center professionals. Free to join, NISC supports senior centers with best practices and innovations in programming, as well as networking and training opportunities.



# Il primo Centro Diurno per anziani: prima analisi delle ricadute psico-sociali

In 1943 the Hodson Centre was started in the City Hall to provide a small social club for those unemployed elderly recipients of financial relief. They had nowhere to go and nothing to do, after drawing their weekly cheque except to return to their often squalid lodging room, or occupy a park bench when the weather allowed.

I was assured in 1951 that as a result of the activities of this therapeutic social club the incidence of lunacy certification and committal to Mental Hospitals has been very low during the eight years of the Centre's existence. It was very considerably less than in the comparable age and social status groups in that part of New York.

The Hodson Centre utilizes social club therapy, art therapy and occupational and recreational therapy. It cannot, however, utilize the other fields of treatment valuable in the Day Hospital, such as individual or group psychotherapy, physical treatment and psychodrama.

**Riduzione delle  
certificazioni di  
infermità mentale**



# La *Geriatric Psychiatry* inglese: alle origini del Centro Diurno Alzheimer

DAY CARE IN GERIATRIC PSYCHIATRY, 1978

TOM ARIE

What then are the main groups of elderly psychiatric patients for whom day care is appropriate? First there are those with dementias who can be kept going outside hospitals providing someone looks after them during the period when their regular supporters are not available. Many of them need only light care, though it needs to be continuous because they are apt to wander and to behave often unpredictably. They also need a measure of tolerance of behavioural oddity to which psychiatric units are accustomed, and to which I have found staff in other units can also quickly become accustomed provided that they are given support, instruction and reassurance that they will be relieved of impossible problems promptly.

*Age and Ageing* (1979), 8, Supplement

## Special Articles

### COMMUNITY SERVICES FOR MENTALLY INFIRM OLD PEOPLE

GUY WIGLEY  
M.R.C.S., D.P.H.

SERVICES PROVIDED BY LOCAL AUTHORITIES AND VOLUNTARY BODIES  
IN ENGLAND AND WALES\*

—				No. with service	Proportion of total
<i>Day centres:</i>					
L.A.	..	..	..	22	13%
V.B.	..	..	..	2	2%
<i>Day hospitals . .</i>				53	31%
<i>Work centres:</i>					
L.A.	..	..	..	13	8%
V.B.	..	..	..	11	6%
<i>Welfare homes:</i>					
L.A.	..	..	..	45	26%
V.B.	..	..	..	6	3%
<i>Social clubs:</i>					
L.A.	..	..	..	21	12%
V.B.	..	..	..	7	4%

\* In the full report, sent to all medical officers of health, the figures are broken down into county councils and county and London boroughs.

L.A. = Local authority.  
V.B. = Voluntary bodies.

- Strutture apparentemente distribuite «a casaccio» (*haphazardly*)
- Sottolineati i benefici sullo stato mentale degli ospiti e il sollievo per le famiglie, se conviventi
- Messa a fuoco di indici di qualità delle strutture:
  - ✓ Disponibilità del trasporto (anche funzione di contatto con le famiglie)
  - ✓ Architettura finalizzata all'accoglienza di anziani disabili
  - ✓ Visita di un geriatra/psicogeriatra

# La prima «linea di indirizzo» per il Centro Diurno per anziani

«Nel campo delle politiche sociali prendiamo spesso esempio dalle persone al vertice, poiché loro hanno probabilmente organizzato le cose nel modo in cui le desiderano. Così **la Camera dei Lord ha molte delle caratteristiche del Centro Diurno per anziani**: offre un'occupazione (e in realtà prestigio), comfort, il diritto di essere ascoltati (e tuttavia è previsto che altri si occupino delle questioni finanziarie); si resta membri per la vita (eccetto, credo, i Lord spirituali, che hanno ulteriori aspettative altrove); il trasporto, se non fornito, viene rimborsato, e c'è perfino un rimborso per la partecipazione; i pasti e, immagino, i bagni, vengono forniti».

*Arie T, Age Ageing, 1979*



# Italia: definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in Centro Diurno per anziani (2001)

All'interno di Area di Integrazione Socio-Sanitaria

Livelli di Assistenza <b>Macro-livelli</b>	Livelli di Assistenza <b>micro-livelli</b>	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio- sanitarie <b>DPCM 14.2.2001</b>	Normativa di riferimento
	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	a) Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco]	50%	Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi a ciclo diurno, compresi interventi e servizi di sollievo	Linee guida Min. Sanità 31.3.1994 L. n. 67/1988 L. n. 451/ 1998 D. Lgs. n. 229/99 D.P.R. 23.7.1998 "Piano Sanitario 1998/2000" Leggi e Piani regionali*

*Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri, 29.11.2001*

# Italia: definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in Centro Diurno Alzheimer (2008)

Diverse tipologie di prestazioni semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Codici di attività	Prestazioni	Descrizione
SR	Semiresidenziali	Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in Centri diurni.
SRD	Semiresidenziali demenze	Prestazioni di cure estensive erogate in Centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

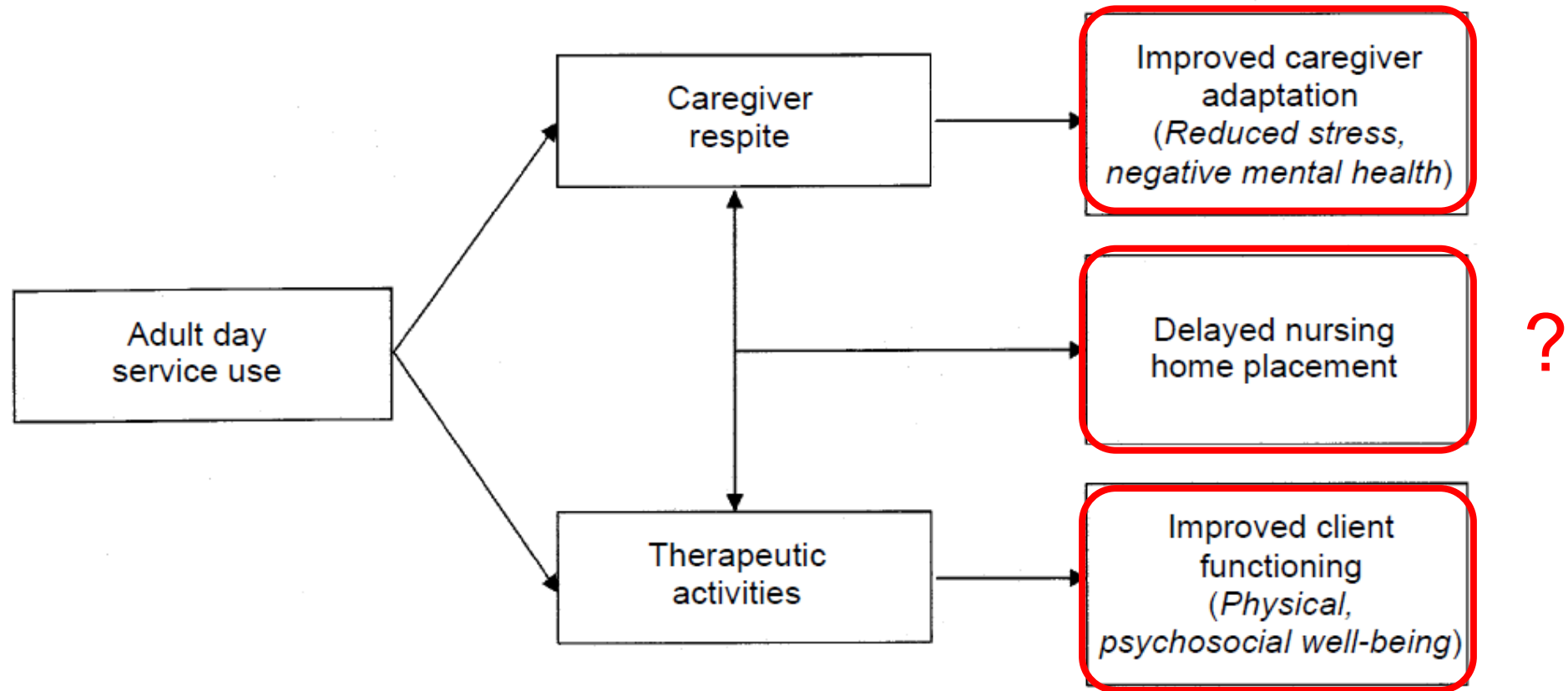
Fonte: documento commissione nazionale LEA "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" e decreto Ministero lavoro, salute e politiche sociali 17 dicembre 2008.

SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

# Schema della presentazione

- Dalle esperienze storiche al presente
- **Le evidenze di efficacia**
- Le nuove linee di indirizzo
- Il lascito della pandemia

# Possibili benefici del CD



**The Effectiveness  
of Adult Day Services  
for Older Adults:  
A Review of  
the Literature  
From 2000 to 2011**

Noelle L. Fields<sup>1</sup>,  
Keith A. Anderson<sup>1</sup>,  
and Holly Dabelko-Schoeny<sup>1</sup>

Journal of Applied Gerontology  
2014, Vol. 33(2) 130–163  
© The Author(s) 2012  
Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/0733464812443308  
jag.sagepub.com  
SAGE

**2014**

**Revisioni della  
evidenze  
disponibili**

**The influence of day care centres for people with  
dementia on family caregivers: an integrative review  
of the literature**

Signe Tretteteig<sup>a</sup>, Solfrid Vatne<sup>b</sup> & Anne Marie Mork Rokstad<sup>ab</sup>

REVIEW ARTICLE

International Journal of  
**Geriatric Psychiatry**

**Effectiveness of respite care in supporting informal  
caregivers of persons with dementia: a systematic review**

**2016**

Sophie Vandepitte<sup>1</sup>, Nele Van Den Noortgate<sup>2</sup>, Koen Putman<sup>3</sup>, Sofie Verhaeghe<sup>1</sup>, Caroline Verdonck<sup>1</sup> and Lieven Annemans<sup>4</sup>





# Sintesi delle evidenze disponibili: limiti del dati disponibili

- *Limiti degli studi:*

- *Tipo di servizio **non standardizzato** per contenuti e intensità*
- *No studi randomizzati*
- *Accesso ed efficacia dipendenti dall'attitudine di paziente e caregiver*

# Sintesi delle evidenze disponibili: dati disponibili

- **CAREGIVER:** aumento del tempo libero e riduzione dello stress assistenziale (e in alcuni studi, dei sintomi depressivi)

*Zarit SH et al., J Gerontol B Social Sci, 1998; Gaugler et al., Int Psychogeriatrics, 2003*

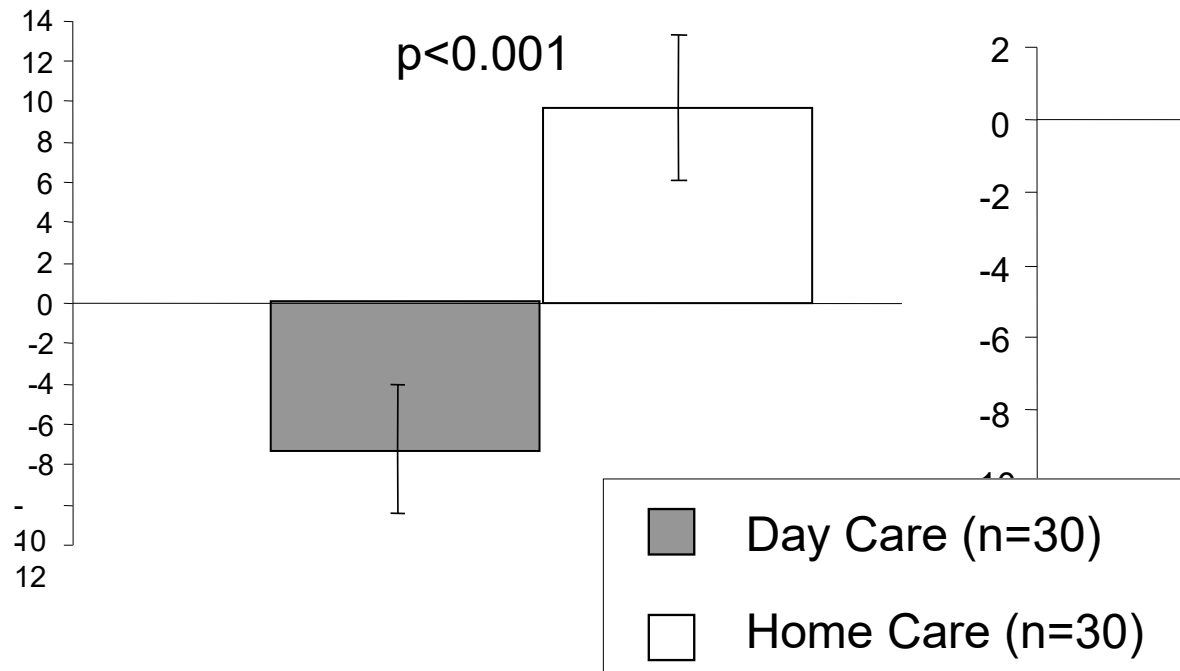
- **PERSONE CON DEMENZA:** nella maggioranza degli studi riduzione dei disturbi del comportamento e dei sintomi depressivi aumento di inclusione e soddisfazione della vita

*Zank et al., J Gerontol B Psychol Sci Social Sci, 2002; Gaugler et al., Int Psychogeriatrics, 2003; Mossello E et al., Int J Geriatr Psychiatry, 2008*

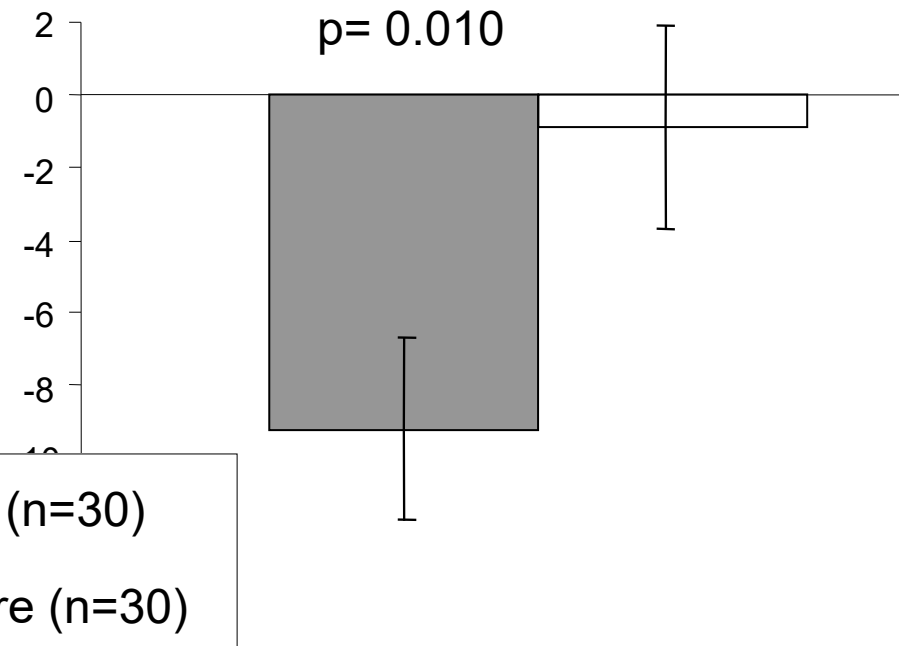
# Disturbi del comportamento e stress del caregiver dopo due mesi di Centro Diurno

60 anziani con demenza, 30 in Centro Diurno vs. 30 appaiati ai precedenti che ricevevano cure usuali a domicilio.

**Neuropsychiatric Inventory (T1-T0)**



**Caregiver Burden Inventory (T1-T0)**



# Sintesi delle evidenze disponibili: dati disponibili

- **CAREGIVER:** aumento del tempo libero e riduzione dello stress assistenziale (e in alcuni studi, dei sintomi depressivi)

*Zarit SH et al., J Gerontol B Social Sci, 1998; Gaugler et al., Int Psychogeriatrics, 2003*

- **PERSONE CON DEMENZA:** nella maggioranza degli studi riduzione dei disturbi del comportamento e dei sintomi depressivi aumento di inclusione e soddisfazione della vita

*Zank et al., J Gerontol B Psychol Sci Social Sci, 2002; Gaugler et al., Int Psychogeriatrics, 2003; Mossello E et al., Int J Geriatr Psychiatry, 2008*

- **RISCHIO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE:** dati contrastanti - aumentato in alcuni studi (primo passo verso la RSA), ridotto se viene fornito supporto precoce ai caregiver (effetto più evidente sulle figlie che sulle mogli)

*Gaugler JE & Zarit SH, J Aging Soc Pol, 2001; McCann JJ et al., Gerontologist, 2005; Cho S et al., Gerontologist, 2009; Tomita et al. BMC Health Serv Res, 2010*

- **RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE: possibile riduzione**

*Engedal K., Scand J Prim Health Care. 1989; Tomita et al. BMC Health Serv Res, 2010*

# Schema della presentazione

- Dalle esperienze storiche al presente
- Le evidenze di efficacia
- **Le nuove linee di indirizzo**
- Il lascito della pandemia



# Gli inizi

In settembre 2011 prima riunione di un gruppo nazionale di esperti per stabilire le caratteristiche specifiche del Centro Diurno Alzheimer.

Prima stesura del “consenso sulle linee di indirizzo” presentata al 4° Convegno sui Centri Diurni Alzheimer nel 2013, con raccolta di osservazioni, e pubblicata su Psicogeriatría

PSICOGERIATRIA 2013; 2: 7-29

ARTICOLI ORIGINALI

**Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer**



## 4° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Auditorium  
Via Panconi, 14 - Pistoia

### PRESENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

1 Giugno 2013

**Ore 11.45** Coordinano: *Carlo A. Biagini (Pistoia), Alberto Cester (Dolo-VE), Enrico Mossello (Firenze)*

#### **Normativa**

*Luigi Pernigotti (Torino), Fernando Anzivino (Ferrara), Carlo A. Biagini (Pistoia), Gianbattista Guerrini (Brescia), Alessandra Pratesi (Firenze), Roberto Volpe (Bassano del Grappa)*

#### **Requisiti strutturali**

*Alberto Cester (Dolo-VE), Ilaria Bracali (Firenze), Marco Cei (Pistoia), Romano Del Nord (Firenze), Andrea Fabbo (Modena), Gianna Masetti (Pistoia), Marco Montesi (Ancona)*

#### **Requisiti di personale**

*Elena Razzi (Pistoia), Veronica Caleri (Pistoia), Donatella Calvani (Prato), Nicola Nesti (Firenze)*

#### **Trattamento psico-sociale**

*Luc Peter De Vreese (Modena), Rabih Chattat (Bologna), Sara De Montis (Pistoia), Guido Gori (Firenze), Elisabetta Mecatti (Firenze), Anna Maria Mello (Firenze), Pierluigi Oscarini (Firenze), Silvia Ragni (Roma)*

#### **Prevenzione e trattamento delle sindromi geriatriche**

*Elisabetta Tonon (Pistoia), Maria Chiara Cavallini (Firenze), Irene Fedi (Pistoia), Iacopo Iacomelli (Firenze)*

#### **Supporto e formazione ai caregiver**

*David Simoni (Firenze), Claudia Cantini (Pistoia), Sandra Passini (Pistoia)*


# Le Linee di Indirizzo sui Centri Diurni Alzheimer

Aging Clinical and Experimental Research  
<https://doi.org/10.1007/s40520-023-02356-4>

POSITION PAPER



## Italian guidance on Dementia Day Care Centres: A position paper

Enrico Mossello<sup>1</sup>  · Marco Baccini<sup>2</sup> · Francesca Caramelli<sup>1</sup> · Carlo Adriano Biagini<sup>3</sup> · Alberto Cester<sup>4</sup> · Luc Pieter De Vreese<sup>5</sup> · Gianluca Darvo<sup>6</sup> · Claudio Vampini<sup>7</sup> · Mabel Gotti<sup>8</sup> · Andrea Fabbo<sup>9</sup> · Alessandra Marengoni<sup>10</sup> · Maria Chiara Cavallini<sup>11</sup> · Guido Gori<sup>12</sup> · Rabih Chattat<sup>13</sup> · Monica Marini<sup>14</sup> · Davide Ceron<sup>15</sup> · Alessandro Lanzoni<sup>16</sup> · Paolo Pizziolo<sup>17</sup> · Andrea Mati<sup>18</sup> · Iole Zilli<sup>19</sup> · Claudia Cantini<sup>20</sup> · Veronica Caleri<sup>20</sup> · Elisabetta Tonon<sup>20</sup> · David Simoni<sup>21</sup> · Patrizia Mecocci<sup>22</sup> · Andrea Ungar<sup>1</sup> · Giulio Masotti<sup>1</sup> on behalf of the Italian Group on Dementia Day Care Centres

Received: 4 November 2022 / Accepted: 17 January 2023  
© The Author(s) 2023

- Indicazioni di un gruppo multiprofessionale (geriatra, psichiatra, psicologo, fisioterapista, infermiere, educatore professionale, terapeuta occupazionale, musicoterapista) sulle caratteristiche dei Centri Diurni Alzheimer
- Non sono una Linea Guida con livelli di evidenza (relativa debolezza delle evidenze, realtà eterogenea), non sono requisiti minimi

# Target dei Centri Diurni Alzheimer (CDA)

Strutture socio-sanitarie semiresidenziali finalizzate alla *cura*, all'*assistenza temporanea* e al *trattamento* di uno specifico target di pazienti: persone con diagnosi di demenza associata a **disturbi del comportamento di livello significativo** non gestibili con altre modalità assistenziali, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un **intervento intensivo e limitato nel tempo**.



# Ambiente fisico dei CDA (1)

## Requisiti minimi strutture semiresidenziali:

- localizzazione in luoghi facilmente raggiungibili per facilitare inclusione sociale
- spazi per socializzazione e attività comuni
- almeno un bagno accessibile ogni 10 ospiti
- capacità massima di 30 ospiti
- superficie minima 25-30 mq per ospite

*Decreto Ministeriale 308, 21/05/2001*  
*DPCM 22/12/1989*

Bisogni o deficit della persona	Raccomandazioni progettuali
<b>Sicurezza</b>	
Ridotta consapevolezza dei rischi ambientali	Eliminare ostacoli fisici o psicologici, sia negli spazi interni sia negli spazi esterni. Inibire o nascondere le aree non controllate o fonti di potenziale pericolo.
<b>Fruibilità e orientamento spazio-temporale</b>	
Incapacità di fruire correttamente lo spazio, con ansia, aggressività, comportamento motorio aberrante.	Eliminare ostacoli fisici e percettivi. Utilizzare segnaletica implicita ed esplicita per <b>facilitare l'orientamento</b> , l'identificazione delle funzioni di spazi ed oggetti.
<b>Familiarità dello spazio, comfort</b>	
Riduzione dell'interazione sociale associato ad ambiente ed arredi istituzionali.	Conferire allo spazio un aspetto ed una dimensione di tipo <b>domestico</b> , consentendone la personalizzazione.



# Ambiente fisico dei CDA (2)

Bisogni o deficit della persona	Raccomandazioni progettuali
<b><i>Benessere ambientale e aspetti sensoriali</i></b>	
Effetto degli stimoli ambientali (luce, rumore, temperatura, odore) su umore, comportamento, orientamento.	<b>Illuminazione</b> idonea, riduzione della <b>rumorosità</b> , possibilità di regolazione della temperatura, dispositivi per l'erogazione di aromi, elementi di <b>stimolazione</b> ambientale (musica, immagini, colori).
<b><i>Flessibilità</i></b>	
Variazione nel tempo dei bisogni della persona e di chi la assiste.	Flessibilità e adattabilità degli spazi in funzione del grado di disabilità delle persone, del tipo di attività svolte e del tipo di organizzazione.

Bisogni o deficit della persona	Raccomandazioni progettuali
<b><i>Benessere lavorativo ed occupazionale</i></b>	
Aggravamento del carico lavorativo e psicologico degli operatori legato a caratteristiche ambientali.	Prevedere <b>spazi ad uso del personale</b> , con controllo visivo degli ospiti. La configurazione dello spazio e la tipologia degli arredi deve agevolare lo svolgimento delle attività.
<b><i>Spazi esterni (giardino terapeutico)</i></b>	
Benessere psicologico-comportamentale e attività fisica favoriti dal contatto con elementi naturali.	Prevedere spazi <b>sicuri</b> , che facilitino l'attività fisica, l'orientamento e il controllo da parte del personale. Inserimento di piante autoctone, che facilitino il riconoscimento delle stagioni. Adeguata <b>stimolazione</b> sensoriale (vista, olfatto, udito, tatto, fontana con acqua corrente).
<b><i>Interventi sanitari e urgenze</i></b>	
Interventi di primo soccorso	Ambulatorio con strumentazione adeguata



# Personale di assistenza in Centro Diurno

## *Dati italiani*

### Centri Diurni

Totale assistenza al dì:

Media **84** minuti, **range 40-133**

Personale: OSS, infermiere; talora FT e animatore

**+60%** vs. standard LEA  
(50 min)

### Centri Diurni Alzheimer

• Totale assistenza al dì:

Media **111** minuti, **range 50-154**

Personale: OSS, infermiere, attività di animazione/educativa (animatore, educatore professionale, terapeuta occupazionale); talora FT e psicologo

**+40%** vs. standard LEA  
(80 min)

**No modelli organizzativi condivisi**

# Raccomandazioni di personale per i CDA

Raccomandata la presenza di **15-20 ospiti al giorno** con un rapporto di 1 operatore ogni 3 ospiti. Standard minimo LEA: assistenza 80 min/ospite/giorno [media italiana 111 minuti, range 50-154 (Pesaresi S, 2018)]

Figura professionale	Ore previste/settimana (standard di 15 ospiti)
OSS	100
Infermiere	18
Fisioterapista	6
Educatore professionale	18
Terapista occupazionale	6
Medico specialista	6
Psicologo	6
Muscoterapista/ Arteterapista	6

# Tipologia di interventi in CD – survey ISS

## Centri diurni – Tipologia di Servizi forniti

Tipologia di servizi	Totale		Lombardia		Altre regioni	
	n	%	n	%	n	%
Assistenza medica generale	173	46.9	109	75.7	64	28.4
Assistenza medica specialistica	133	36	47	32.6	86	38.2
★ Assistenza infermieristica	296	80	118	81.9	178	79.1
★ Attività fisioterapica e riabilitativa fisica	250	67.7	116	80.6	134	59.6
Trattamento psico-sociale e comportamentale	192	52	49	34	143	63.6
★ Attività di stimolazione /riabilitazione cognitiva	288	78	105	72.9	183	81.3
Consulenza e controllo dietologico	84	22.8	31	21.5	53	23.6
Assistenza sociale	160	43.4	46	31.9	114	50.7
Terapia occupazionale	201	54.5	70	48.6	131	58.2
★ Attività di animazione, socializzazione, ludico-ricreativa	309	83.7	117	81.3	192	85.3
Attività di supporto e formazione a familiari e caregiver	230	62.3	77	53.5	153	68
Giardino Alzheimer	107	29	21	14.6	86	38.2



# Raccomandazioni relative a interventi psico-sociali (1)

## *Interventi orientati a cognitività e funzione*

Intervento	Obiettivi e evidenze
Training cognitivo	Benefici cognitivi limitati alle demenze iniziali
Riabilitazione cognitiva	Beneficio su funzioni stimolate e obiettivi riabilitativi, ritardo dell'istituzionalizzazione
Stimolazione cognitiva	Miglioramento cognitivo, socializzazione, qualità della vita
Terapia occupazionale	Riduzione della disabilità e dei disturbi del comportamento; miglioramento di umore, qualità della vita e stress del caregiver
Esercizio fisico	Riduzione del declino dell'autonomia, possibile riduzione delle cadute, possibile riduzione del declino cognitivo (esercizio aerobio)

# Raccomandazioni relative a interventi psico-sociali (2)

## *Interventi orientati a emozioni e comportamento*

Intervento	Obiettivi e evidenze
Interventi sistemici	Identificazione di <b>bisogni insoddisfatti</b> . <b>Analisi funzionale dei comportamenti</b> . <i>Person centered care</i> .
Musicoterapia	Beneficio su <b>umore, ansia, disturbi del comportamento</b> . Possibile beneficio cognitivo.
Terapie con l'ausilio di animali	Miglioramento di <b>ansia e umore, agitazione</b>
Arteterapia	Possibile beneficio su <b>socializzazione e disturbi del comportamento</b>
Doll therapy	Possibile beneficio su <b>agitazione e benessere psicologico</b>
Stimolazione sensoriale, giardino terapeutico	Possibile beneficio su <b>apatia, agitazione, affaccendamento motorio, umore</b> .

# Terapie psicoattive

- **Revisione delle terapie presenti e passate**, possibile **deprescription** e graduale riduzione dei dosaggi
- Identificazione di possibili **fattori scatenanti** i disturbi del comportamento, interventi psicosociali
- Prescrizione se necessario **in associazione a interventi psicosociali** (maggior evidenza di efficacia, e di rischi, per antipsicotici atipici, comunque preferibili ai tipici)
- Se possibile **monoterapia, dose minima efficace**
- Sospensione dopo due settimane se inefficace, **tentativo di interruzione dopo 4 mesi dalla risoluzione dei sintomi**
- Interazione tra consulente medico di struttura, MMG e CDCD



# Prevenzione e trattamento delle sindromi geriatriche

Condizione	Intervento
Cadute e fratture	Attività fisica, fisioterapia, revisione della terapia farmacologica, rimozione ostacoli, consapevolezza dei familiari
Delirium	Identificazione precoce delle acuzie. Orientamento, attività fisica, correzione deficit sensoriali, stimolo idratazione, revisione della terapia farmacologica (psicoattiva, dolore)
Malnutrizione e disfagia	Adeguate apporto nutrizionale, assistenza al pasto, valutazione disfagia e adattamento consistenza/postura, cura del cavo orale
Incontinenza urinaria	Minzioni stimolate e programmate. Trattamento delle forme reversibili. Rimozione ostacoli.
Ulcere da pressione	Mobilizzazione, trattamento fattori di rischio (malnutrizione, incontinenza), utilizzo presidi, ispezione della cute
Dolore cronico	Attività fisica, fisioterapia, terapia farmacologica

# Supporto ai caregiver familiari

- **Valutazione dello stress assistenziale**, della storia personale, della relazione con la persona con demenza
- Benefici da sollievo assistenziale e miglioramento dei disturbi del comportamento
- Interventi di **ascolto, supporto, formazione e counseling**, individuali o di gruppo. Psicoterapia per casi selezionati.
- **Contatti telefonici e videochiamate**
- Utile **patto terapeutico-assistenziale**, comprensivo del supporto per il rientro a domicilio
- Occasione per la pianificazione condivisa delle cure

# Schema della presentazione

- Dalle esperienze storiche al presente
- Le evidenze di efficacia
- Le nuove linee di indirizzo
- **Il lascito della pandemia**

# Riorganizzazione dei servizi per la demenza durante il *lockdown*: interventi da remoto



- Sono stati raccomandati dall'Istituto Superiore di Sanità per garantire la **continuità assistenziale**
- Hanno coinvolto le **diverse figure socio-sanitarie**
- Hanno richiesto l'**uso della tecnologia** (smartphone, pc, tablet)
- Concepiti come **complementari** agli interventi tradizionali
- Elementi condizionanti: alfabetizzazione digitale di pazienti e caregiver, **supporto del caregiver**
- Considerata non idonea per tutte le procedure (es. valutazione iniziale)

*Rapporto ISS COVID-19, 2020; Di Lorito et al., Int J Environ Res Public Health, 2021*

**...anche dopo il *lockdown*!**

# Stato di salute degli anziani con demenza assistiti in Centro Diurno durante la pandemia COVID-19



Irene Fedi<sup>1</sup>, Letizia Macchi<sup>2</sup>, Kevin Fuschetto<sup>2</sup>, Elena Barontini<sup>1</sup>, Veronica Caleri<sup>3</sup>, Anna Poggesi<sup>2</sup>, Flavia Carla Sacco<sup>3</sup>, Fiammetta Fanuli<sup>1</sup>, Martina Masci<sup>1</sup>, Mirko Bartolomei<sup>1</sup>, Cristina Vornicescu<sup>1</sup>, Graziella Zini<sup>1</sup>, Guendalina Pesce<sup>1</sup>, Elisa Chiti<sup>1</sup>, Enrico Buongiovanni<sup>1</sup>, Alessandro Michelozzi<sup>1</sup>, Graziella Pellegrini<sup>1</sup>, Patrizia Barbera<sup>1</sup>, Lisa Petruzzi<sup>1</sup>, Rosarina Ventura Costa<sup>1</sup>, Alessio Genito<sup>1</sup>, Marcello Suppressa<sup>1</sup>, Elisabetta Tonon<sup>3</sup>, Giulio Masotti<sup>2</sup>, Carlo Adriano Biagini<sup>3</sup>, Enrico Mossello<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Fondazione Sant'Atto per l'inclusione e la solidarietà, Pistoia*

<sup>2</sup> *Università degli Studi di Firenze*

<sup>3</sup> *S.O.C. Geriatria di Pistoia e Pescia, Azienda USL Toscana Centro*

# I Centri Diurni di Monteoliveto nella pandemia

9 marzo 2020:  
chiusura dei  
Centri Diurni

2 maggio 2020:  
Inizio della  
teleassistenza

**Infermiere,  
fisioterapista,  
OSS e animatore**

22 giugno 2020:  
inizio degli  
interventi  
domiciliari

12 agosto 2020:  
ripresa delle  
attività in  
presenza



# Intervento di teleassistenza infermieristica

## PROBLEMI RILEVATI

- Scarsa collaborazione degli anziani all'assistenza (56%)
- Rischio di disidratazione (53%)
- Elevato stress del caregiver (51%)
- Difficoltà di deambulazione (49%)
- Apatia (44%)
- Peggioramento disturbi comportamentali (36%)
- Nostalgia del Centro (29%)
- Lesioni cutanee (18%)

## INTERVENTI

- Verifica e indicazioni sulla nutrizione (80%)
- Aggiornamento su lesioni cutanee (73%)
- Monitoraggio disturbi del comportamento (69%)
- Indicazioni su acuzie cliniche (59%)
- Monitoraggio cadute (69%)
- Indicazioni su disturbi del comportamento (51%)

# Intervento di teleriabilitazione

## PROBLEMI RILEVATI

- Maggiore difficoltà nella deambulazione (49%)
- Riduzione della tolleranza allo sforzo (40%)
- Peggioramento della mobilità (38%)
- Cadute (22%)

## INTERVENTI CONSIGLIATI

- Proposte di esercizi attivi (51%)
- Educazione del caregiver (42%)
- Stimolazione della deambulazione (38%)
- Indicazioni all'uso di ausili e/o ortesi (29%)

## GRADO DI ADERENZA

- Ridotta aderenza nel 60% degli ospiti
- Ridotta aderenza nel 33% dei caregiver

Rapporto ISS COVID-19 • n. 61/2020

**Indicazioni *ad interim*  
per un appropriato sostegno  
alle persone con demenza nell'attuale  
scenario della pandemia di COVID-19**

Tavolo per il monitoraggio e implementazione  
del Piano Nazionale delle Demenze

Versione del 23 ottobre 2020

**Centro diurno**

# Centri Diurni – indicazioni ISS

## Centri diurni

La riorganizzazione dell'attività all'interno di un centro diurno potrà prevedere una serie di misure straordinarie

### Misure di sicurezza PRIMA DELL'INGRESSO in struttura



Il paziente ed il suo familiare/caregiver potranno essere sottoposti ad un preliminare **triage** (questionario) telefonico e ad un triage in presenza, al fine di individuare precocemente sintomi caratteristici. Il familiare /caregiver deve comunicare prima dell'accesso al Centro l'insorgenza di **sintomi (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, anosmia, ageusia, ecc.)** sia del soggetto che di altri conviventi.



L'accompagnatore, all'arrivo in struttura, sarà identificato e sottoposto a triage. Qualora venga rilevata una temperatura corporea  $> 37,5^{\circ}\text{C}$  o altre sintomatologie collegabili al virus, viene vietato l'accesso in struttura sia all'accompagnatore che al paziente. In ogni caso, è importante che l'accompagnatore soste nel centro il minor tempo possibile.



All'ingresso al Centro l'utente effettua la sanificazione delle mani, indossa la mascherina chirurgica qualora non presenti particolare criticità in relazione al disturbo cognitivo/comportamentale.

### Misure di riorganizzazione DEGLI ACCESSI in struttura:

- Il numero giornaliero degli utenti potrebbe essere **ridotto**, o potrebbe esser prevista la loro presenza a **rotazione**, per mantenere attive le misure di prevenzione e favorire la partecipazione alle attività di un maggior numero di persone. Potrebbe verificarsi ampliamento delle fasce orarie di apertura.
- Potrebbe esser prevista un'organizzazione degli utenti in **due turni giornalieri** (mattina e pomeriggio) secondo le preferenze manifestate dai familiari.
- Potrebbe essere prevista la presenza a **giorni alterni o solo alcuni giorni** nell'arco della settimana, ma con almeno un minimo di presenza di due volte alla settimana.
- Nei giorni in cui il paziente non accede al Centro, potrebbero verificarsi degli **accessi domiciliari**, eventualmente integrati da prestazioni da remoto, che consentano il perseguimento degli obiettivi del piano assistenziale.
- gli utenti che fisicamente non frequentano il Centro Diurno verranno **seguiti a distanza**, con contatti telefonici, videochiamate o attività cognitive da remoto (videoconferenza) al fine di garantire la continuità assistenziale in atto.

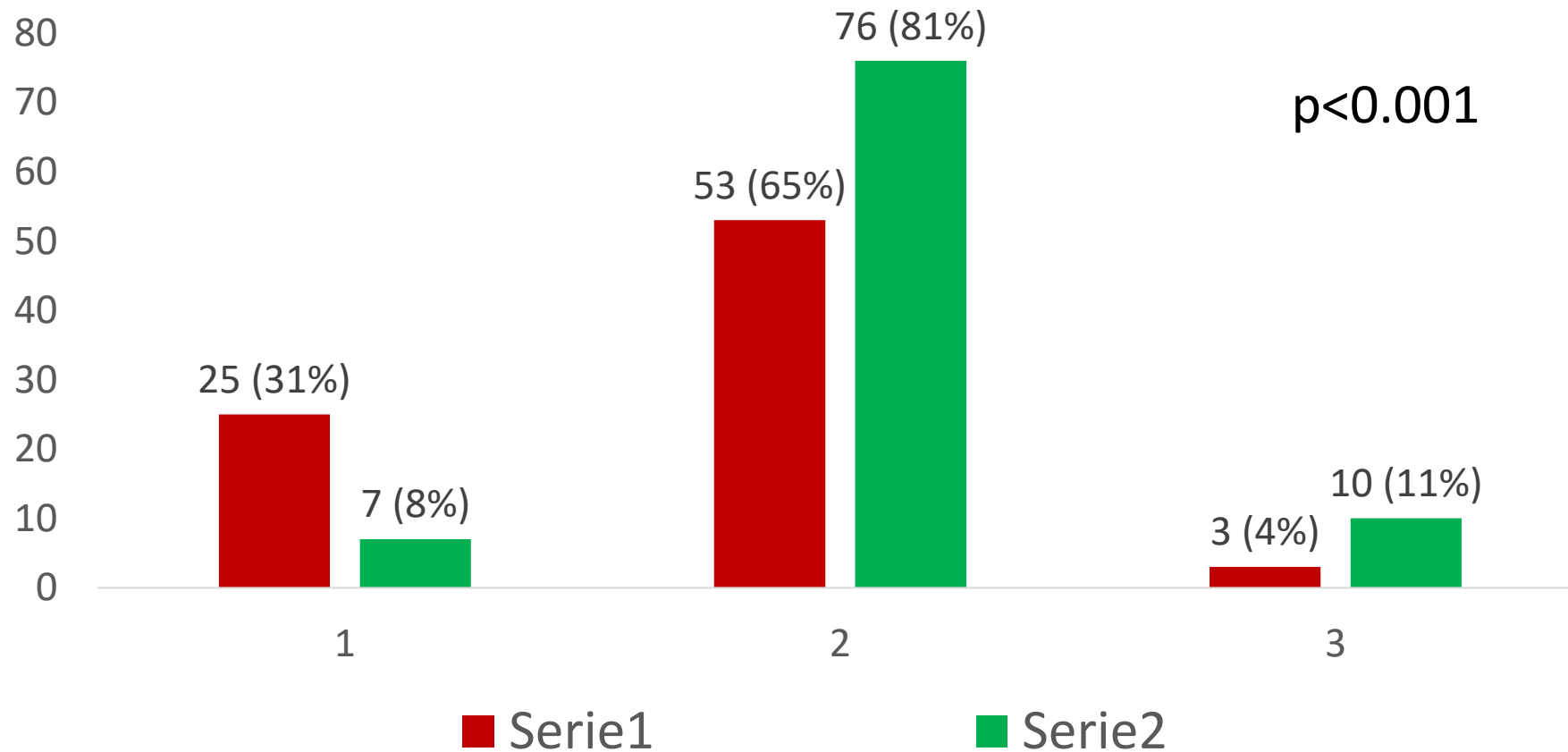
### Misure di riorganizzazione DEL LAVORO in struttura:

- La giornata potrà cominciare con un primo momento di **accoglienza e condivisione**, anche accompagnata da aspetti conviviali quali, ad esempio, la **colazione** in sicurezza. Contestualmente viene presentata la giornata, elencando il giorno e il mese in cui ci si trova.
- Prima dell'inizio delle attività riabilitative potranno essere organizzate **attività di animazione e attività socio educative** in piccoli gruppi al fine di **formare e informare** gli utenti sull'emergenza sanitaria in corso, sulla natura del virus, le modalità di trasmissione, le norme igienico-sanitarie da osservare, e tutti i comportamenti (es. strette di mano o abbracci) che devono necessariamente evitare di tenere.  
  
Questo lavoro di psicoeducazione potrebbe essere favorito e coadiuvato da poster affissi all'interno del Centro nonché da supporti audio-visivi.
- Le attività di **animazione, terapia occupazionale, riabilitazione cognitiva e attività motoria** saranno svolte in gruppi poco numerosi, in spazi ampi e arieggiati o all'aperto, cercando di favorire il mantenimento della distanza sociale di sicurezza secondo le normative vigenti.  
  
Nelle attività cognitive e fisioterapiche quotidiane, verranno privilegiati esercizi che non prevedano lo scambio di oggetti con altri utenti o l'utilizzo di materiale potenzialmente veicolo di trasmissione del virus.
- Per la gestione dei pasti verranno messe in atto misure che consentano di ridurre al minimo la compresenza degli utenti nei locali adibiti a mensa, prevedendo una turnazione degli utenti, una adeguata areazione dei locali, una corretta sanificazione degli ambienti prima di ogni turno di accesso.
- Al termine di ogni attività, agli utenti vengono **sanificate nuovamente le mani** mediante dispenser di soluzione idroalcolica (questi ultimi presenti in ogni area della struttura).
- Prima di tornare a casa, agli utenti, sia che usufruiscano del mezzo aziendale sia che vengano accompagnati da rispettivi caregiver, viene **nuovamente misurata la temperatura** debitamente annotata in appositi registri.



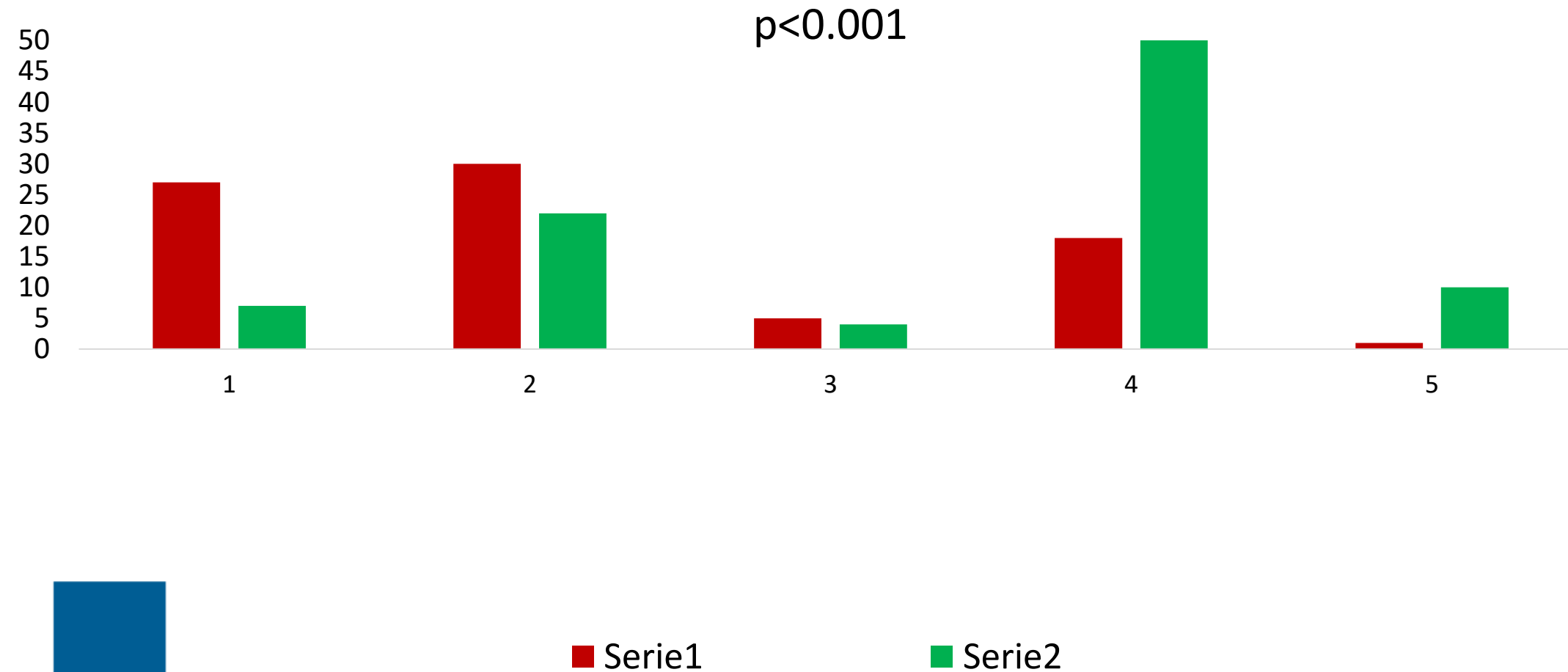
# Modificazioni dell'attività a seguito dell'inizio della pandemia: settembre 2022 vs. aprile 2021

Dopo l'inizio della pandemia il CD:



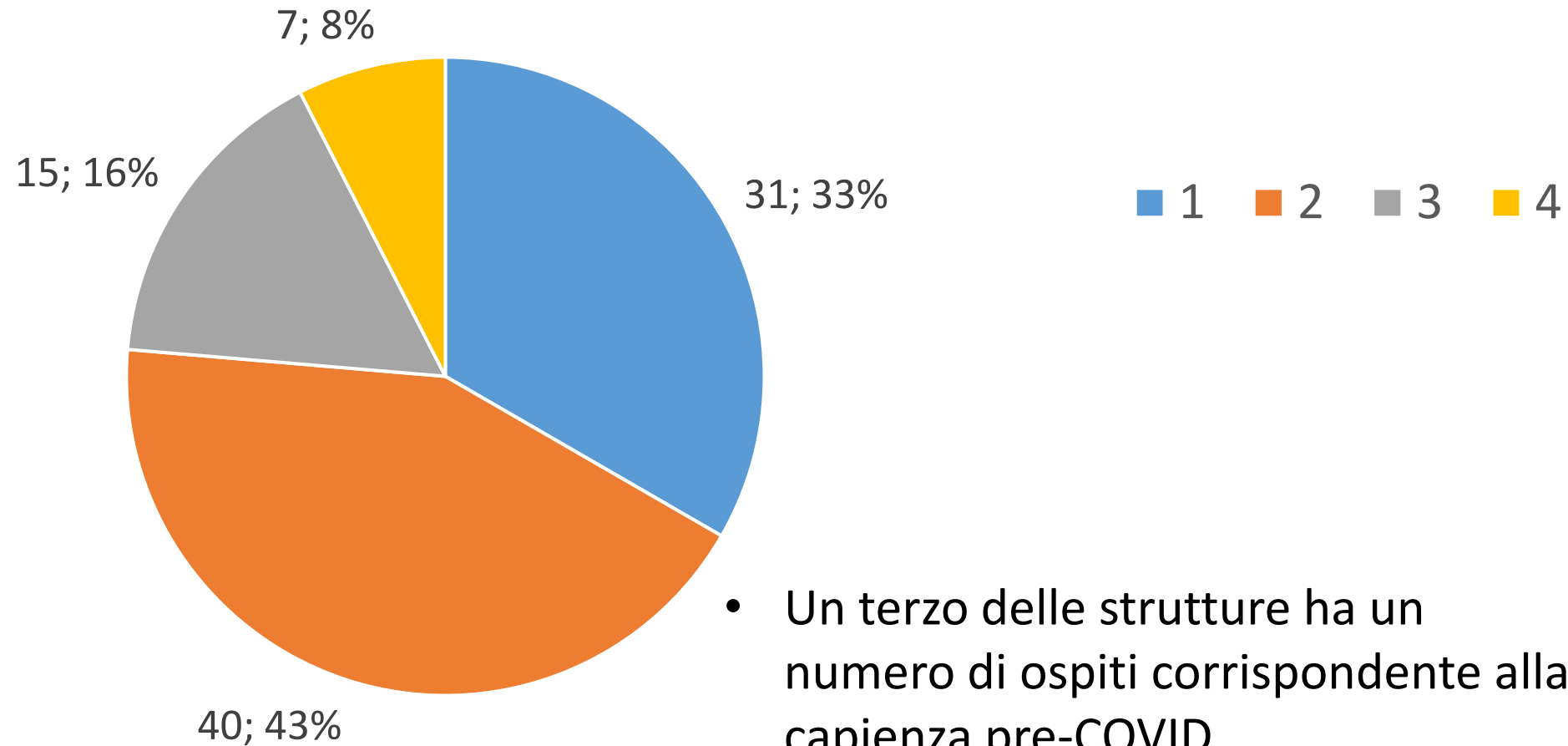
# Modalità della riapertura: *settembre 2022 vs. aprile 2021*

D9: Rispetto al periodo precedente la pandemia, attualmente il  
CD:





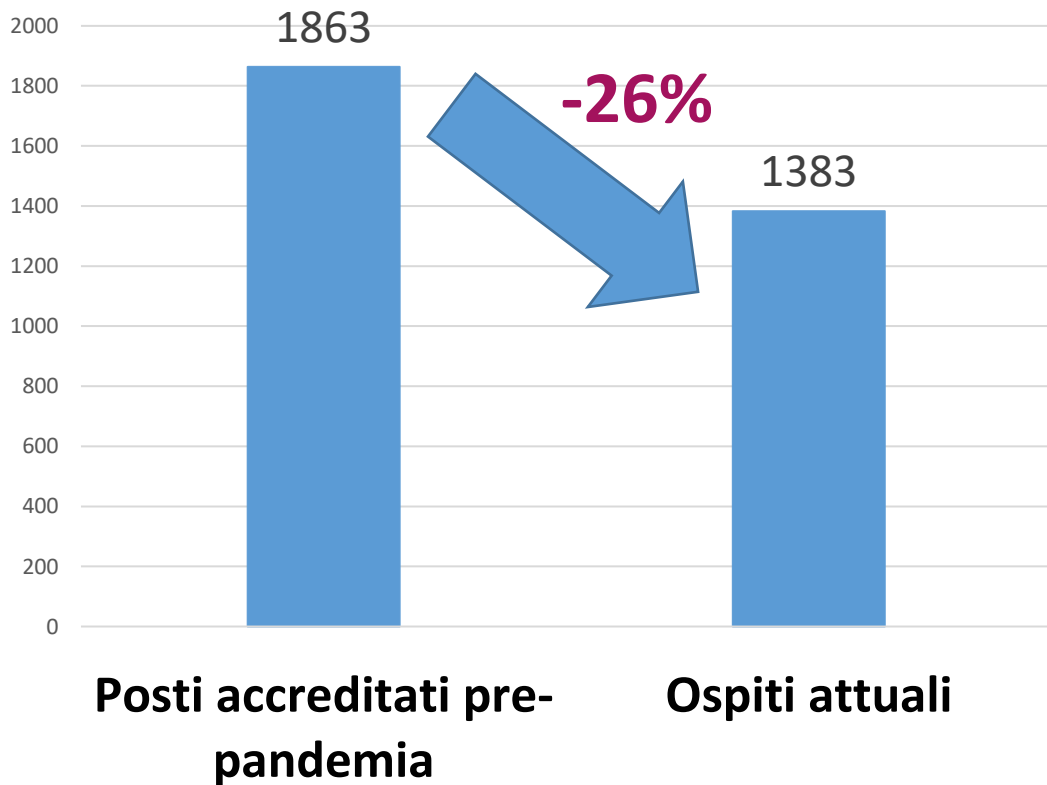
# Differenza tra ospiti attuali e posti pre-pandemia (2)



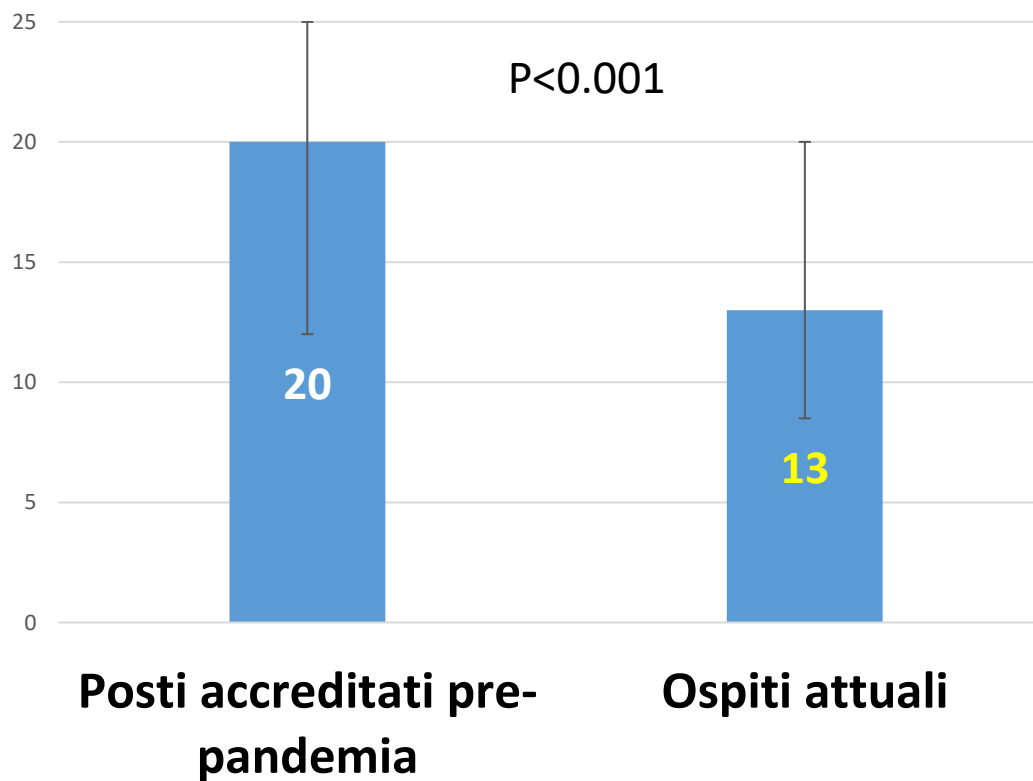
- Un terzo delle strutture ha un numero di ospiti corrispondente alla capienza pre-COVID
- Un quarto delle strutture ha ridotto la capienza di metà o più, o ha chiuso

# Differenza tra ospiti attuali e posti pre-pandemia (3)

In totale (93 centri)



Per singola struttura



## Disponibilità di posti in Centro Diurno: eterogeneità

Regioni	Anno	Strutture	Posti	Utenti /anno	Giornate per utente	Posti per 1.000 anziani
<b>Piemonte</b>	2013	18	532	882	120	0,51 <b>Nord</b>
<b>Val d'Aosta</b>	2009	14	131	403	n.d.	4,54
<b>Lombardia</b>	2017	320	7.487	12.843	113	3,43
<b>Bolzano</b>	2016	14	292	291	n.d.	2,93
<b>Trento</b>	2014	23	327	653	248	2,94
<b>Veneto</b>	2013	91	1.586	1.985	125	1,49
<b>Friuli V.G.</b>	2013	33	401	547	86	1,35
<b>Liguria</b>	2013	30	606	814	110	1,37
<b>E. Romagna</b>	2015	212	3.306	5.533	117	3,17
<b>Toscana</b>	2013	105	1.705	1.776	128	1,83 <b>Centro</b>
<b>Umbria</b>	2013	19	260	639	99	1,23
<b>Marche</b>	2017	45	730	121	148	1,95
<b>Lazio</b>	2017	7	117	105	122	0,09
<b>Abruzzo</b>	2014	2	30	n.d.	n.d.	0,10 <b>Sud</b>
<b>Molise</b>	2014	1	15	n.d.	n.d.	0,25
<b>Campania</b>	2013	7	116	699	124	0,12
<b>Puglia</b>	2013	25	696	543	115	0,88
<b>Calabria</b>	2015	0	0	115	n.d.	0,00
<b>Basilicata</b>	2017	1	20	2	n.d.	0,16
<b>Sicilia</b>	2014	17	188	44	28	0,19
<b>Sardegna</b>	2016	6	150	5	124	0,06
<b>Italia</b>		<b>964</b>	<b>18.685</b>	<b>28.010</b>	<b>120</b>	<b>1,38</b>

# Quota di posti in Centro Diurno Alzheimer: carenza

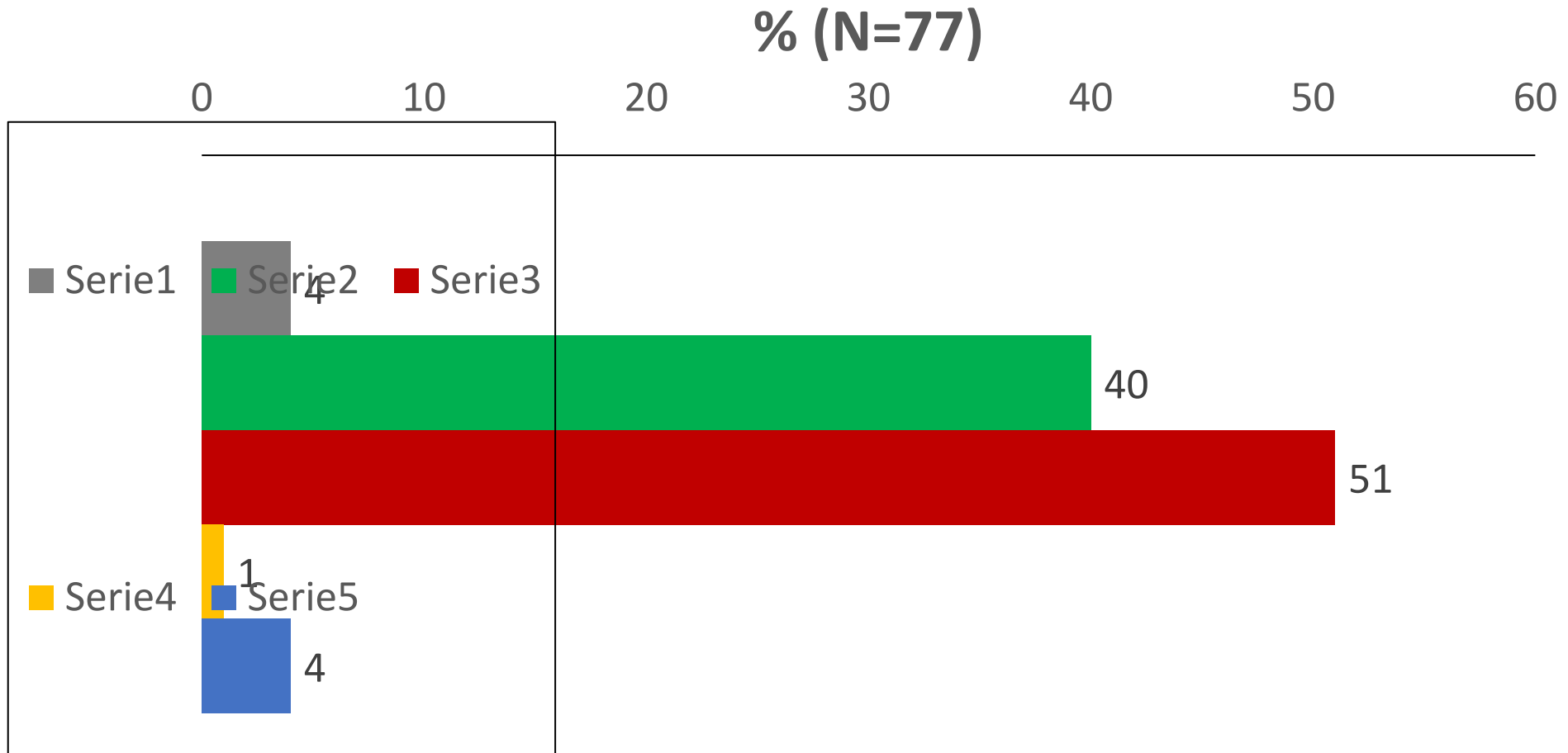
Regioni	Strutture	Posti	Posti per 1.000 anziani
Piemonte	18	304	0,28 Nord
Val d'Aosta	1	12	0,41
Lombardia	10	154	0,07
Bolzano	0	0	0,00
Trento	2	38	0,33
Veneto	3	48	0,04
Friuli V.G.	1	8	0,02
Liguria	8	336	0,76
E. Romagna	9	150	0,14
Toscana	23	312	0,33 Centro
Umbria	12	148	0,66
Marche	10	205	0,55
Lazio	2	36	0,03
Abruzzo	1	30	0,10 Sud
Molise	1	15	0,20
Campania	4	70	0,07
Puglia	14	395	0,45
Calabria	0	0	0,00
Basilicata	1	20	0,16
Sicilia	15	188	0,18
Sardegna	2	55	0,15
<b>Italia</b>	<b>137</b>	<b>2.524</b>	<b>0,19</b>

Vs. Standard nazionale:  
 CD 1,5/1000 anziani+  
 CDA 1,5/1000 ab  
 Meno del 50%!

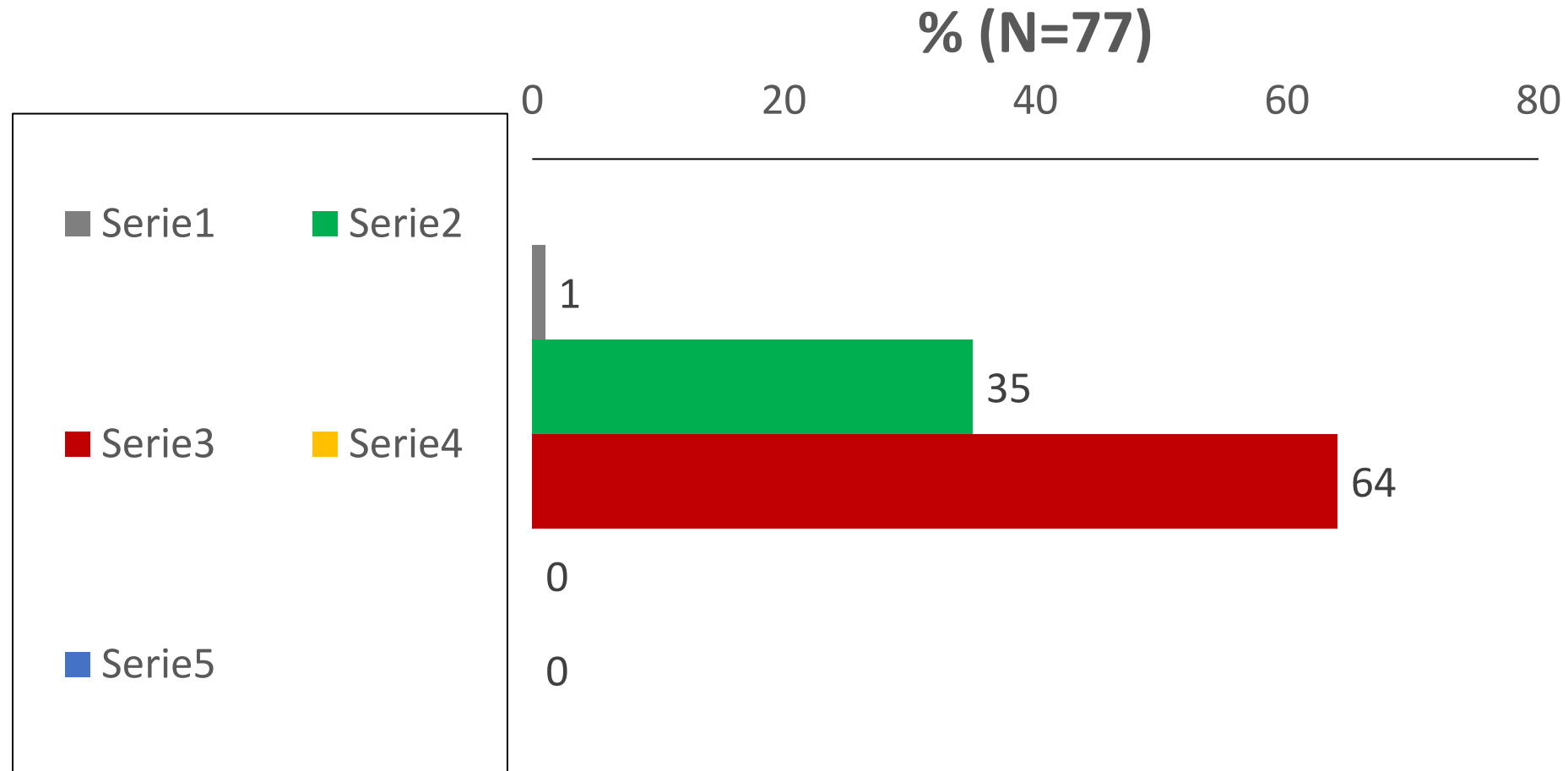
*Commissione LEA, Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, 2007*  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_646\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_646_allegato.pdf)

Posti in CDA:  
 13,5% del totale dei posti di CD,  
 circa 1/540 malati di demenza!

# Le attività: esercizio fisico

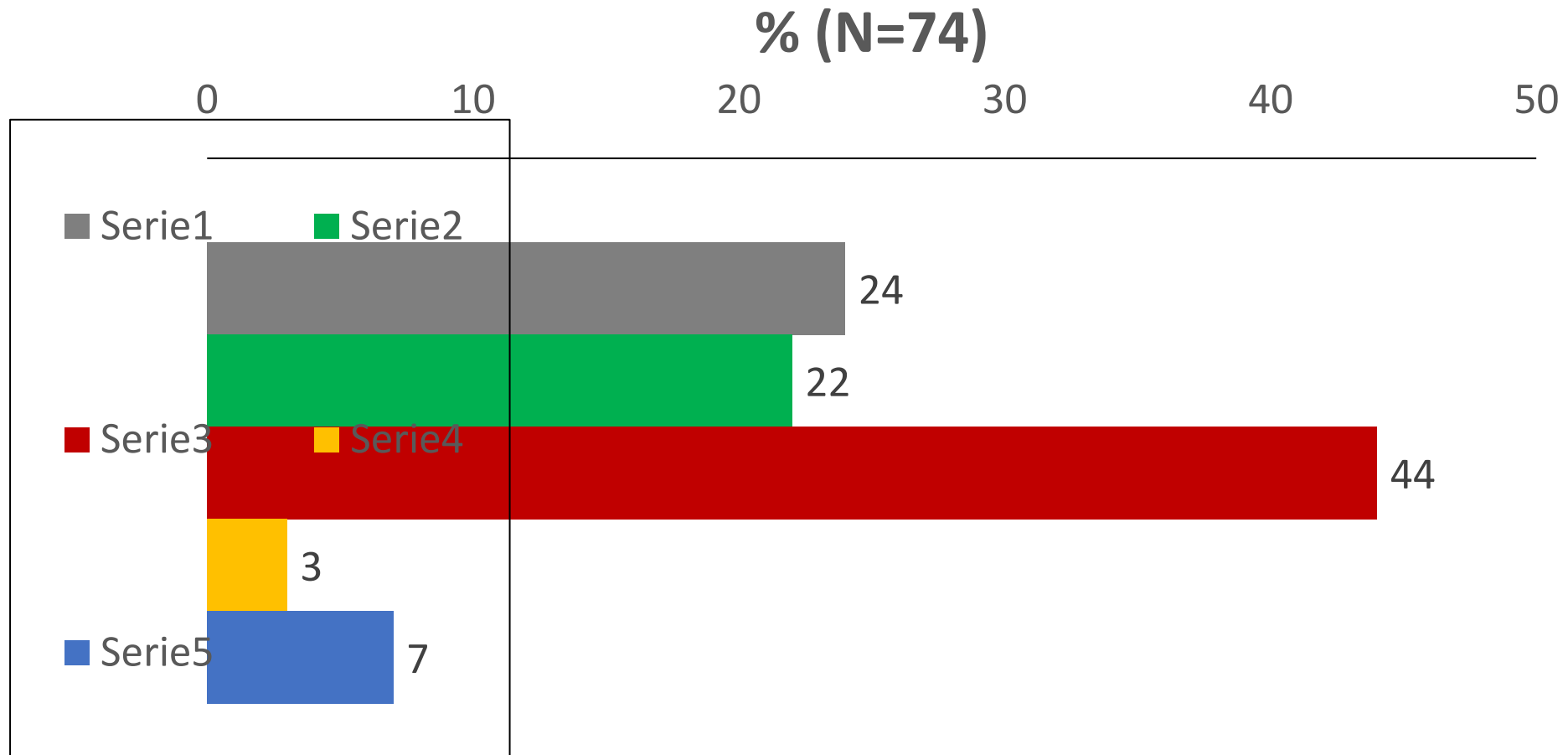


# Le attività: stimolazione cognitiva e attività occupazionali

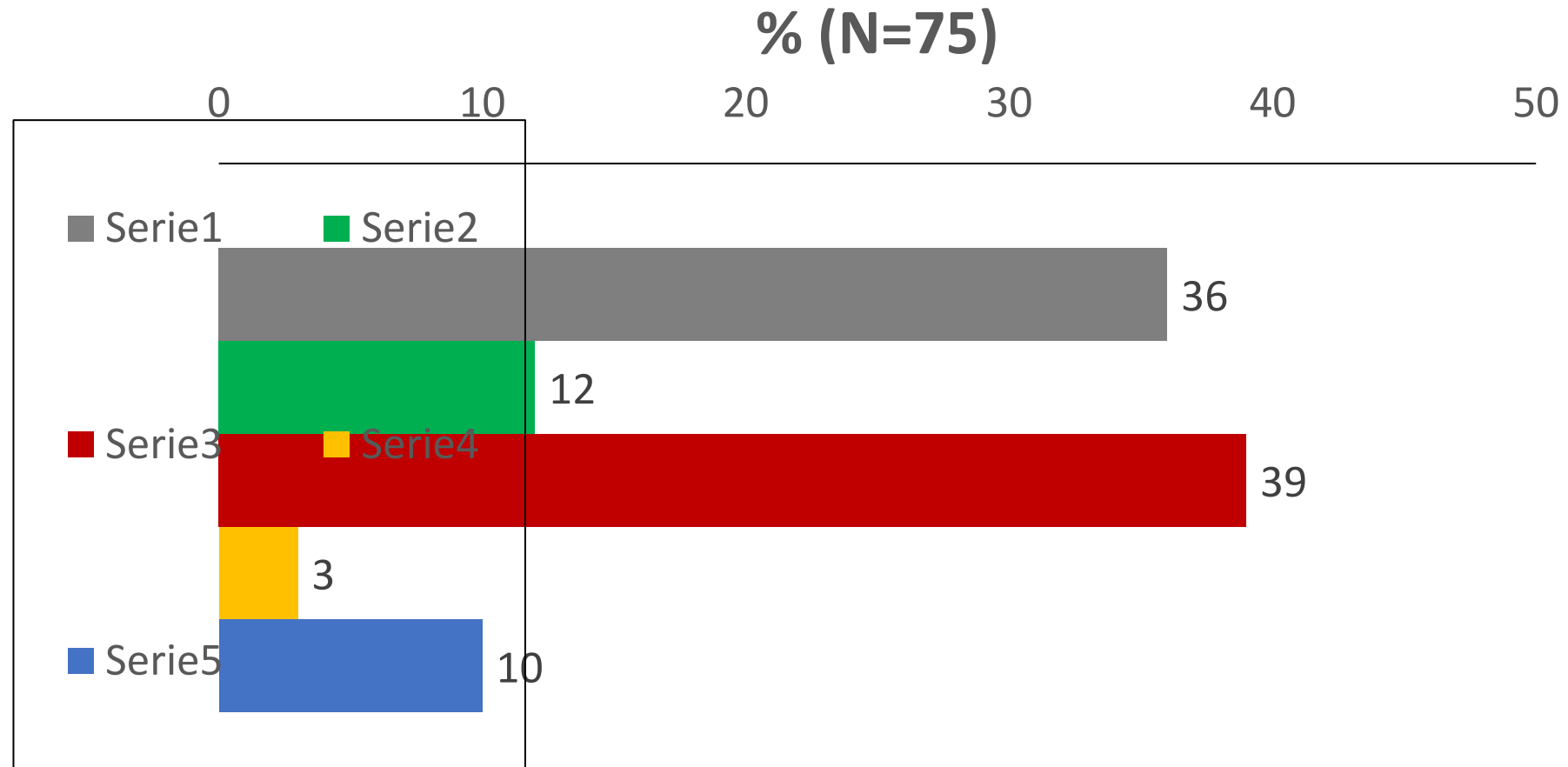




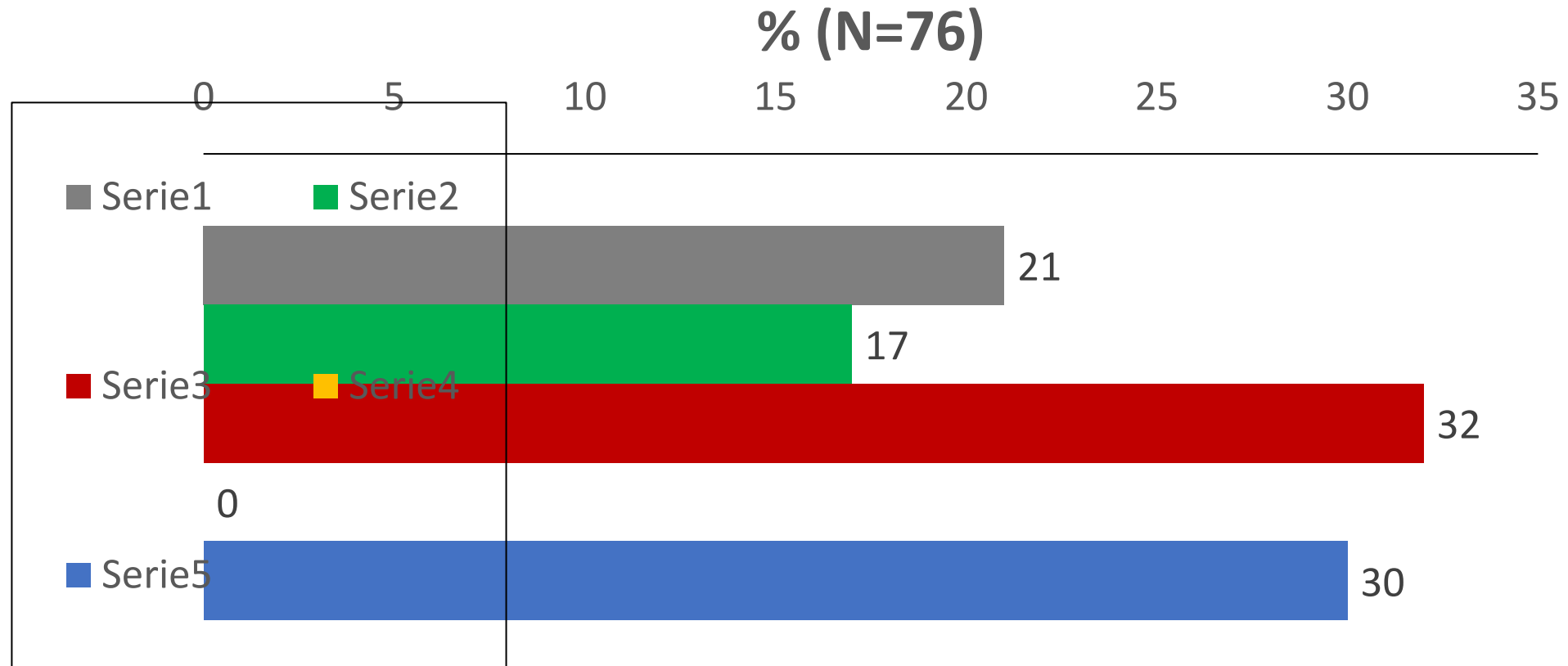
# Le attività: musicoterapia



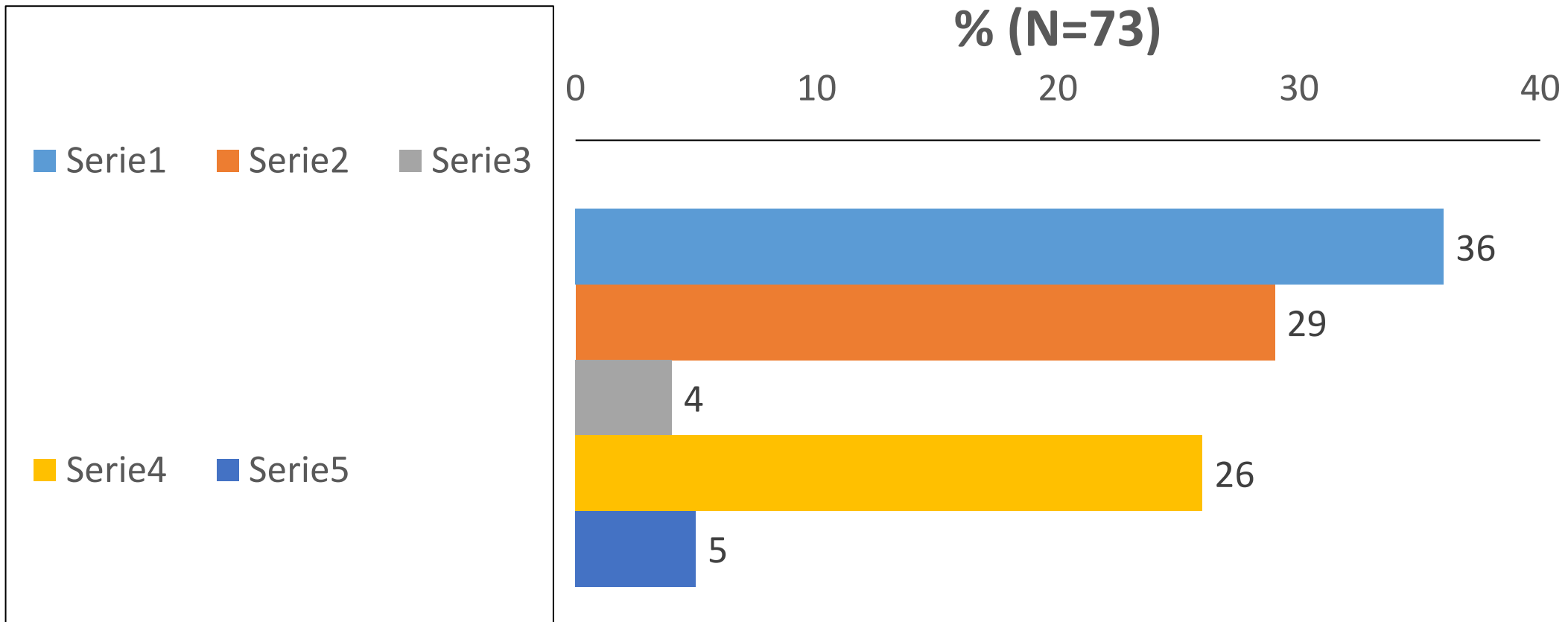
# Le attività: ballo



# Le attività fuori dal Centro



# Nuove attività/modalità relazionali



# Centri Diurni e RSA: le difficoltà dopo la pandemia

- La scarsità di personale
- Lo stress del personale
- La necessità di cambiare il modo di lavorare (distanziamento sociale)
- Riduzione degli utenti e riduzione della richiesta? Possibile ruolo di paura del contagio, abitudine a restare in casa, costi per le famiglie,...
- La riduzione degli introiti e l'aumento dei costi di gestione (bolletta energetica, inflazione).

Rischio di una «tempesta perfetta» sui servizi!

# Centri diurni Alzheimer: dal passato al futuro

- Un servizio nato in modo «spontaneo» e con caratteristiche mutevoli, come risposta a un bisogno sociale e con chiari benefici, fin dalle prime osservazioni, sullo stato di salute mentale
- Evidenze di efficacia sul benessere psicologico delle persone con demenza e dei loro caregiver.
- Importanza delle **caratteristiche ambientali-organizzative** e del contenuto sanitario dell'intervento per poter dare risposte ai gravi disturbi del comportamento: **interventi psico-sociali** fondamentali, ma anche cura delle sindromi geriatriche e **supporto ai caregiver**
- **La crisi pandemica: calo dei numeri**, necessità di ridiscutere organizzazione e modalità di lavoro, carenza di operatori, **problema dei costi**
- **Ricerca di risposte nuove**, in presenza e a distanza, al chiuso e all'aperto, valorizzando la socialità senza trascurare il rischio infettivo: **necessità, ancora una volta, di reinventarsi...**