16° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

16-17 ottobre 2026
Montecatini Terme
Teatro Cinema Imperiale
Piazza Massimo D'Azeglio 5

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Centri Diurni Monteolivero
Pistoia

Quando è necessario e quando non serve il Centro Diurno per le persone con Demenza?

Donatella Calvani
SOC GERIATRIA PRATO
Dipartimento Medicina Multidimensionale

La Regione Toscana intende valorizzare e incentivare la permanenza degli anziani disabili nel proprio domicilio, purchè ve ne siano le condizioni, sostenendo in questo sforzo le famiglie e la rete solidale.

E. Rossi, Assessore Regionale alla Salute

Giorn Geront, Dicembre 2002

REGIONE TOSCANA

Deliberazione 26 Aprile 2004, n. 402

2.7 Il ruolo della Geriatria

La Geriatria assume un particolare rilievo… anche per la costante interazione con il medico di medicina generale. Dovrà essere cura delle Aziende Sanitarie promuovere l'apporto dei geriatri sia nei momenti **valutativi sia nelle varie fasi del percorso assistenziale** (ospedale, domicilio, RSA, centri diurni).

Il centro diurno Alzheimer di Prato nasce il 25 Gennaio 1999

Regione Toscana - Piano Sanitario Regionale 1999/2001

Del. C.R. N° 41 - 17.02.99

- *Progetto Alzheimer*

6.1.1 - Avvio della realizzazione di progetti sperimentali sul territorio:

- **Centri diurni di assistenza Alzheimer**
- **Nuclei Alzheimer presso RSA**
- Moduli ADI per "gravi" in aree metropolitane di intensa urbanizzazione

REGIONE TOSCANA

CDA-Prato

Organizzazione dell'ambiente di vita.

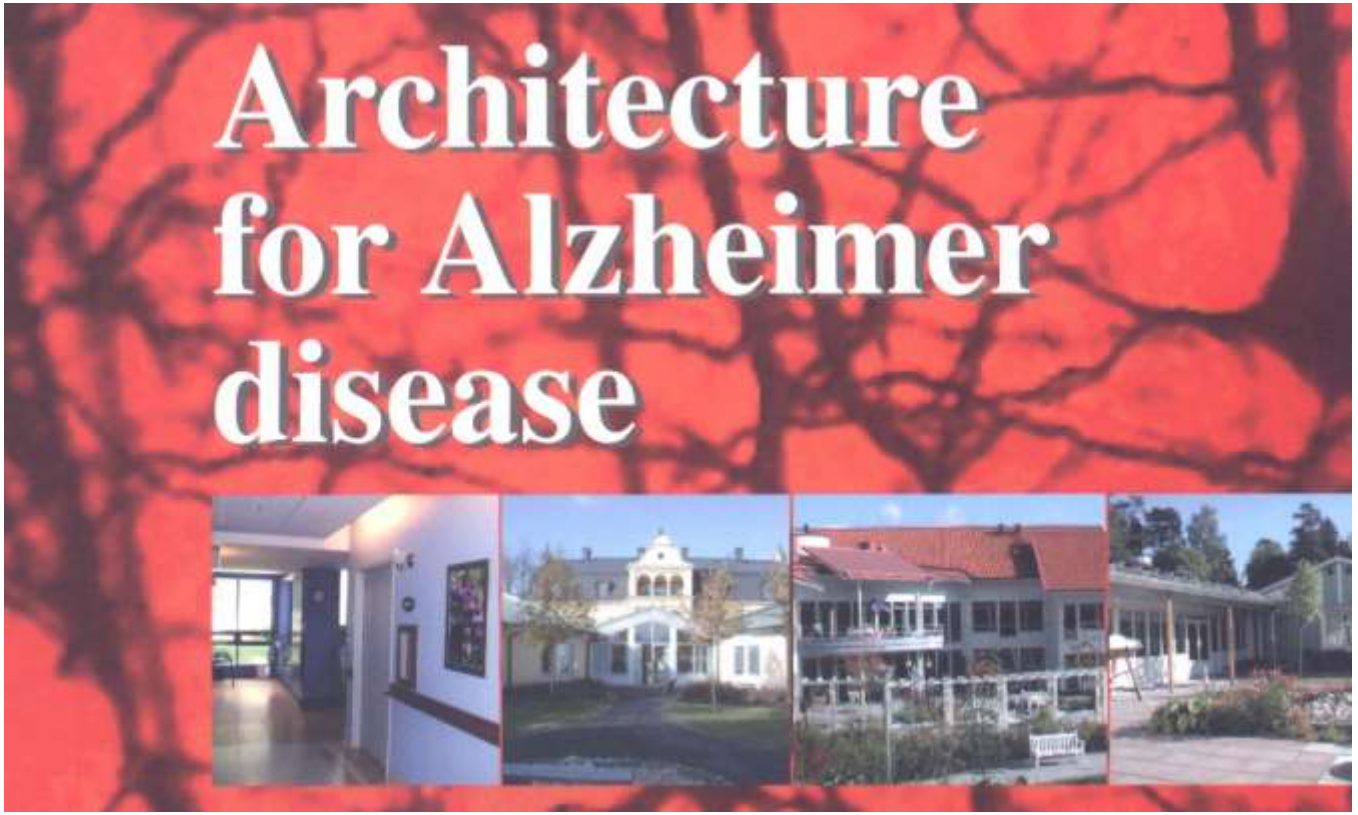
Costituzione di un gruppo multidisciplinare con il Centro Interuniversitario TESIS della Facoltà di Architettura di Firenze per la stesura di linee guida.

Delibera G.R. 213 del 14.02.2000

Edited by

Romano Del Nord

ALINEA EDITRICE, 2004



TEST DESIGN RESEARCH PROJECT FOR THE NARNALI ALZHEIMER UNIT (PRATO)

CDA di Prato: **Persone** che vivono **in ambito familiare** affette da demenza con **disturbi del comportamento** (fase di scompenso)
Famiglie – con un alto livello di stress , con le quali sia possibile stabilire un "contratto terapeutico-assistenziale" che consenta di definire la temporaneità degli interventi e favorisca la permanenza a domicilio del familiare ammalato
TEMPORANEITA:

Invio dal CDCD
Non c'è lista di attesa
Personale Formato e in formazione
Ambiente
integrazione con servizi e società civile
Progetto Certo in uscita (AD)

.

Un'assistenza positiva globale per identificare:

- Potenziale di crescita dell'operatore
- Potenziale di salute della persona
- Potenziale di crescita per il caregiver
- Potenziale di salute della famiglia
- Acquisire strategie per gestione BPSD
- Il Centro diventa un gymnasium: è la palestra dove l'operatore/il caregiver si forma (concetto di cultura e formazione permanente)
- Crea professionalità, prossimità, conoscenza
- Il Centro rappresenta un punto di riferimento il caregiver/badante,MMG (funzionale e culturale)

10 Ospiti/8 operatori

AD post Diurno:

- Agita dagli stessi operatori del CDA
- Implementata per un totale di 120 ore sulla base dei bisogni
- Supportare il famigliare al momento della Dimissione
- Contestualizzare le strategie acquisite nel contesto di vita (Domicilio, RSA; Diurno)

OBIETTIVO

Gentle care

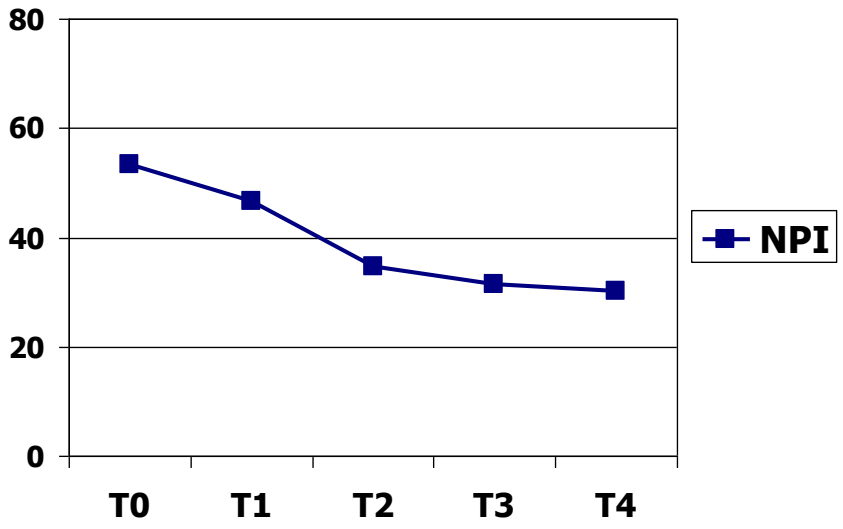
Ben-essere: maggior livello funzionale possibile in assenza di stress e dolore

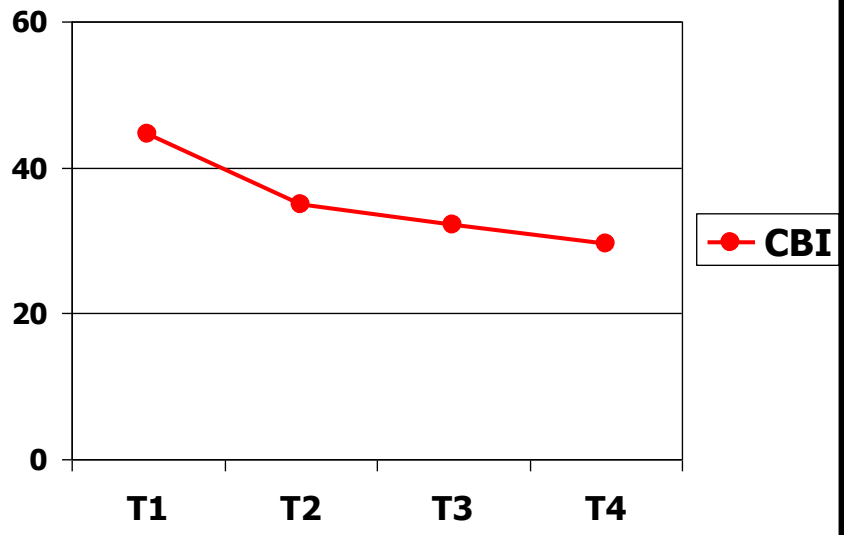
In ogni Diurno Alzheimer la presa in carico migliora:

- *Disturbi del comportamento*
- *Stress del care-giver*

Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Prato

Disturbi del comportamento e stress del caregiver





EFFICACIA DEL CENTRO DIURNO

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY
Int J Geriatr Psychiatry 2008; **23**: 1066–1072.
Published online 15 May 2008 in Wiley InterScience
(www.interscience.wiley.com) **DOI**: 10.1002/gps.2034

Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress

Enrico Mossello[1*], Veronica Caleri[2], Elena Razzi[1], Mauro Di Bari[1], Claudia Cantini[2,3], Elisabetta Tonon[2,3], Eugenia Lopilato[1], Monica Marini[2], David Simoni[1], Maria Chiara Cavallini[1], Niccolò Marchionni[1], Carlo Adriano Biagini[2,3] and Giulio Masotti[1,3]

[1]*Unit of Gerontology and Geriatric Medicine, Department of Critical Care Medicine and Surgery, University of Florence, Italy*
[2]*Unit of Geriatric Medicine, Azienda USL n. 3, Pistoia, Italy*
[3]*School of Physiotherapy, University of Florence, Pistoia, Italy*

RISULTATI

Centro Diurno Alzheimer Prato

137 ospiti Gennaio 1999 – Dicembre 2008

La maggior parte dei soggetti trattati è rimasta al proprio domicilio dopo la dimissione dal Centro *(a 90 giorni dalla dimissione il 68% era a domicilio, il 16% in Diurno Assistenziale, il 14% in RSA, il 2% è deceduto).*

Sintesi delle (poche) evidenze disponibili

Limiti degli studi:

– Tipo di servizio non standardizzato per contenuti e intensità

– Non studi randomizzati

– casistica eterogenea per patologia, disturbo comportamentale e caregiver

Evidenze :

- **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

Quando è appropriato il Centro Diurno?

Razionalizzazione degli interventi sanitari

RIDUZIONE STRESS CAREGIVER

RIDUZIONE INTENSITA' DISTURBO COMPORTAMENTALE

Documentare i risultati dell'attività, che giustifica i costi in termini di impatto sull'organizzazione dei servizi

OUTCOME SERVIZIO

OUTCOME RESEARCH

il centro diurno è una componente strategica della presa in carico
per il rapporto tra persona, famiglia e rete dei servizi

Dicembre 2024: la Toscana disponeva di **115 strutture semiresidenziali**, delle quali **23 dedicate ad anziani con demenza**, con **350 posti** specificamente destinati alla demenza, pari a circa **0,4 posti ogni 1.000 anziani**. La stessa fonte segnala inoltre 22 strutture semiresidenziali non riattivate dopo l'emergenza Covid.

2024: Un fenomeno già molto rilevante

81.434
Anziani ≥ 65 anni
con demenza
(stima Toscana 2024)

1.518
Persone 35-64 anni
Con demenza early onset

64.366
Casi prevalenti
di MCI ≥ 60 anni

Costo annuo stimato in Italia: 23 miliardi di euro

63% del costo a carico delle famiglie

Il tema dei caregiver non è accessorio:
è una componente strutturale della sostenibilità del sistema

Fonte: Osservatorio Demenze – ISS, Report regionale Toscana; elaborazione Regione Toscana su popolazione ISTAT 2024.
Costi: CEIS – Università di Roma Tor Vergata

La sfida 2026: nuove terapie, nuova organizzazione Aumenta necessità di presa in carico

L'arrivo delle terapie anti-amiloide modifica il percorso

Nuove esigenze:

- diagnosi più tempestiva
- biomarcatori
- neuroimaging
- selezione dei pazienti
- monitoraggio degli eventi avversi
- follow-up specialistico
- integrazione ospedale-territorio

- *La possibilità di terapia avvicina le persone ai servizi e aumenta la domanda di presa in carico*
- *La nuova fase terapeutica dell'Alzheimer non rende marginale il lavoro assistenziale. Al contrario: se una quota crescente di persone viene identificata nelle fasi iniziali, avremo bisogno di percorsi territoriali capaci di mantenere funzionalità, partecipazione e continuità assistenziale.*
- *La possibilità di intervenire prima modifica anche la domanda assistenziale: non abbiamo bisogno soltanto di strutture per le fasi avanzate, ma di percorsi flessibili capaci di accompagnare la persona lungo l'intero decorso della malattia.*

Deliberazione del Consiglio regionale n. 67 del 30 luglio 2025: "Approvazione del Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2024-2026". Il Centro Diurno Nodo strategico della Rete collega la valutazione specialistica (CDCD) alla vita quotidiana della persona e della famiglia

- rafforzamento dell'**assistenza territoriale**;
- integrazione **sociale e sociosanitaria**;
- sviluppo di una rete circolare tra servizi territoriali, cure di transizione e riabilitazione;
- appropriatezza delle cure e governo della domanda;
- trasformazione digitale del sistema sanitario, sociosanitario e sociale
- presenza dei Centri Diurni Alzheimer all'interno della rete regionale;
- inserimento tramite percorso assistenziale individualizzato
- necessità di integrazione con CDCD e servizi territoriali;
- attenzione regionale alla riduzione delle disuguaglianze territoriali.

Pur non creando formalmente una categoria autonoma "Centro Diurno Alzheimer", la DGR 244/2026 contiene quindi, nell'ambito ANZ.SSA, un riferimento molto più esplicito ad attività **tipiche della presa in carico della persona con demenza**

«Il Centro Diurno del futuro non è necessariamente un luogo più grande. È un servizio più integrato. Deve sapere cosa è stato deciso dal CDCD, quali sono gli obiettivi del PAI, cosa succede a casa e quando è necessario modificare il livello assistenziale».

Dove deve andare il Centro Diurno? Nel progetto personalizzato (PAI) devono essere esplicitamente previsti interventi mirati a favorire la socializzazione, volti al **superamento del rischio di isolamento sociale e al contrasto alla solitudine**.

5 direttrici di sviluppo

Personalizzazione
Programmi costruiti sugli obiettivi della persona

Integrazione:
CDCD
Territorio Centro
Diurno Domicilio RSA

Flessibilità

Valutazione degli esiti
Indicatori clinici, funzionali e familiari.

Innovazione
Tecnologie, teleassistenza, strumenti digitali e nuovi modelli organizzativi

2026 Ritorno al futuro-Verifica: Indicatori non basta avere il requisito, bisogna dimostrarne l'applicazione

Questa è una delle novità operative più importanti.

L'**Allegato D** contiene gli indicatori per ANZ.SSA. Ad esempio:

- progetto personalizzato verificato almeno semestralmente: **100%**;
- incontri d'équipe: **≥8/anno**;
- supervisione professionale: **≥3/anno**;
- promozione dell'autonomia nel progetto personalizzato: **100%**;
- valutazione del rischio cadute: **≥90%**;
- schede di terapia corrette: **100%**;
- formazione su violenza/allontanamenti e competenze relazionali: generalmente **≥90%** per gli indicatori previsti;
- soddisfazione/dignità/relazione: generalmente soglia **≥70%**. Regione Toscana

La verifica deve essere effettuata **entro un anno dall'accreditamento e successivamente ogni anno**; la mancata trasmissione dell'autovalutazione può comportare la decadenza

Relazione operatore–persona:Verifica la formazione degli operatori sulle competenze relazionali, con riferimento agli ultimi due anni, con standard ≥90%.

La struttura deve avere un documento che espliciti come viene promosso e mantenuto un atteggiamento **empatico** tra operatore e persona assistita in tutte le fasi del percorso assistenziale.

- formazione;
- supervisione;
- riunioni d'équipe;
- sensibilizzazione del personale;
- audit;
- valutazione dello stress lavoro-correlato

Indicatori sul sistema

- tempi di accesso
- appropriatezza
- continuità assistenziale
- ricoveri evitabili
- accessi in RSA
- interruzioni del percorso

Il caregiver è parte del percorso terapeutico

Il Centro Diurno interviene su due persone:
PERSONA CON DEMENZA
CAREGIVER

- Possibili ricadute:
  - tempo di sollievo
  - riduzione del carico assistenziale
  - maggiore possibilità di mantenere lavoro e vita sociale
- educazione alla gestione della malattia Il servizio **DEVE** modificare anche ciò che accade a domicilio. Il caregiver riceve informazioni, orientamento e sostegno**.**
  - **intercettazione precoce delle criticità**

Quando è necessario e quando non serve il Centro Diurno per le persone con Demenza?

La vera variabile Assessment: **appropriatezza dell'accesso**

Chi dovrebbe arrivare al Centro Diurno?

La diagnosi identifica la malattia. La valutazione multidimensionale identifica il bisogno

La documentazione ARS storica sottolineava proprio la necessità di utilizzare appropriatamente i posti disponibili all'interno della rete di presa in carico.

Quando è necessario e quando non serve il Centro Diurno per le persone con Demenza?

Può non essere necessario, almeno per il momento, quando:

- la persona è ancora **abbastanza autonoma e sicura** a casa;
- il deterioramento cognitivo è lieve e non comporta particolari problemi nella vita quotidiana;
- ha già una buona **rete familiare e sociale** e riesce a svolgere attività significative;
- la frequenza al centro provocherebbe più **disorientamento, ansia o rifiuto** di quanto possa portare beneficio;
- i bisogni assistenziali sono così elevati da richiedere una valutazione per un **livello di assistenza diverso**, ad esempio assistenza domiciliare intensiva o struttura residenziale.

Visione più Custodialistica non in linea con il ruolo forte del CDA

Quando è necessario e quando non serve il Centro Diurno per le persone con Demenza?

- **Quando il Centro Diurno è particolarmente indicato?**
  Quando consente di mantenere la persona al domicilio, contenere il deterioramento funzionale/comportamentale e sostenere il caregiver.
- **Conclusione**
  Il Centro Diurno non dovrebbe essere considerato semplicemente un "luogo" dove collocare la persona con demenza, ma **un intervento terapeutico-assistenziale con obiettivi definiti e verificabili**.

Si confermano gli obbiettivi del CDA

narrazione...Al tempo del COVID (105)

Prot.n. 201
da citare nella risposta

Prato, 02/04/2020

A Regione Toscana
Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
Dott.ssa Sara Madrigali
Email: sara.madrigali@regione.toscana.it

Oggetto :Emergenza epidemiologica CoVID 19 .Organizzazione dei servizi territoriali e specialistici a seguito delle disposizioni nazionali e regionali . Risposta a vs comunicazione del 30.03 u.s.

Per rispondere alla criticità determinata dalla chiusura dei servizi rivolti alle persone malate di Alzheimer e ai loro familiari (chiusura CDCD e CDA) la SOC Geriatria di Prato ha attivato 2 percorsi:

1) il medico specialista contatta telefonicamente le persone (utilizzando le liste delle prenotazioni CUP dal momento della chiusura CDCD), per intercettare e graduare il bisogno;

2) in merito alla disposizione Regionale, è stato organizzato un servizio per cui l'infermiera del CDA Malin Birgitta Lundstrom, della SOC Geriatria, operatore con le competenze necessarie per garantire il supporto formativo e informativo ai caregiver delle persone con demenza, e il loro monitoraggio clinico, fornirà supporto e sostegno telefonico. L'infermiera, che ha come sede logistica i locali di lavoro della SOC Geriatria all'interno dell'Ospedale Santo Stefano, potrà quindi lavorare in sinergia con i medici del CDCD e, su valutazione dei bisogni rilevati telefonicamente dai medici e se, ritenuto necessario, spostarsi a domicilio dei pazienti per educare il caregiver all'attuazione di strategie non farmacologiche.

Per tale attività l'infermiera è stata dotata di un cellulare aziendale:
numero dedicato:
366/8227555

Si comunica che il Day-Service della Geriatria è attivo.

Cordiali saluti

Il Direttore
Lorena Paganelli

I soci: Azienda USL Toscana Centro e Comuni (Prato, Carmignano, Montemurlo, Vernio, Vaiano, Cantagallo, Poggio a Caiano).

SdS Pratese
Società della Salute della Toscana

Direttore
Dott.ssa Lorena Paganelli

Direzione
Via Roma, 101
59100 PRATO
tel. 0574 1836491/67
PEC:sdsareapratese@legalmail.it
Email: direttore@sds.prato.it
www.sds.prato.it

I dati del progetto IGEA (settembre 2024-settembre 2026)

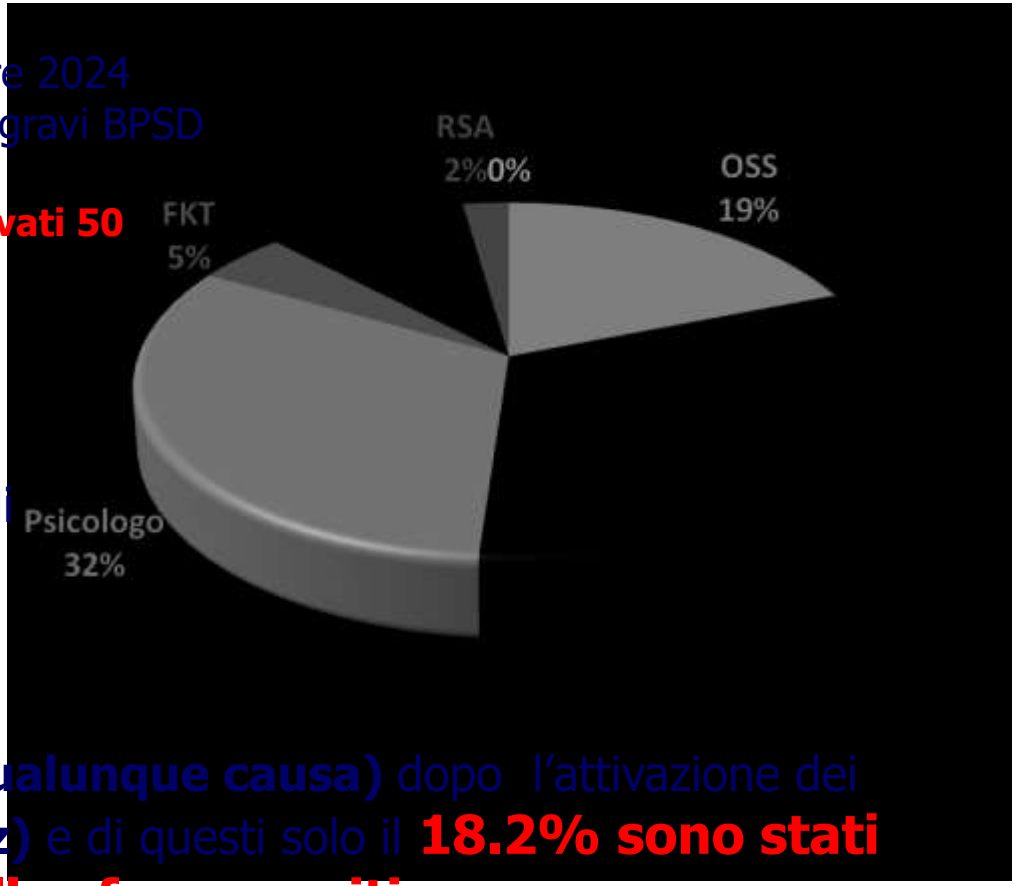
134 progetti IGEA attivati da settembre 2024 a settembre 2026. Rivolti a persone con gravi BPSD E Stress del caregiver

In particolare nel 2026 ne sono stati attivati 50

Età media 80.8 anni.

53% dei pazienti sono uomini.

Educatore e Psicologo a domicilio sono state le due figure professionali più attivate.



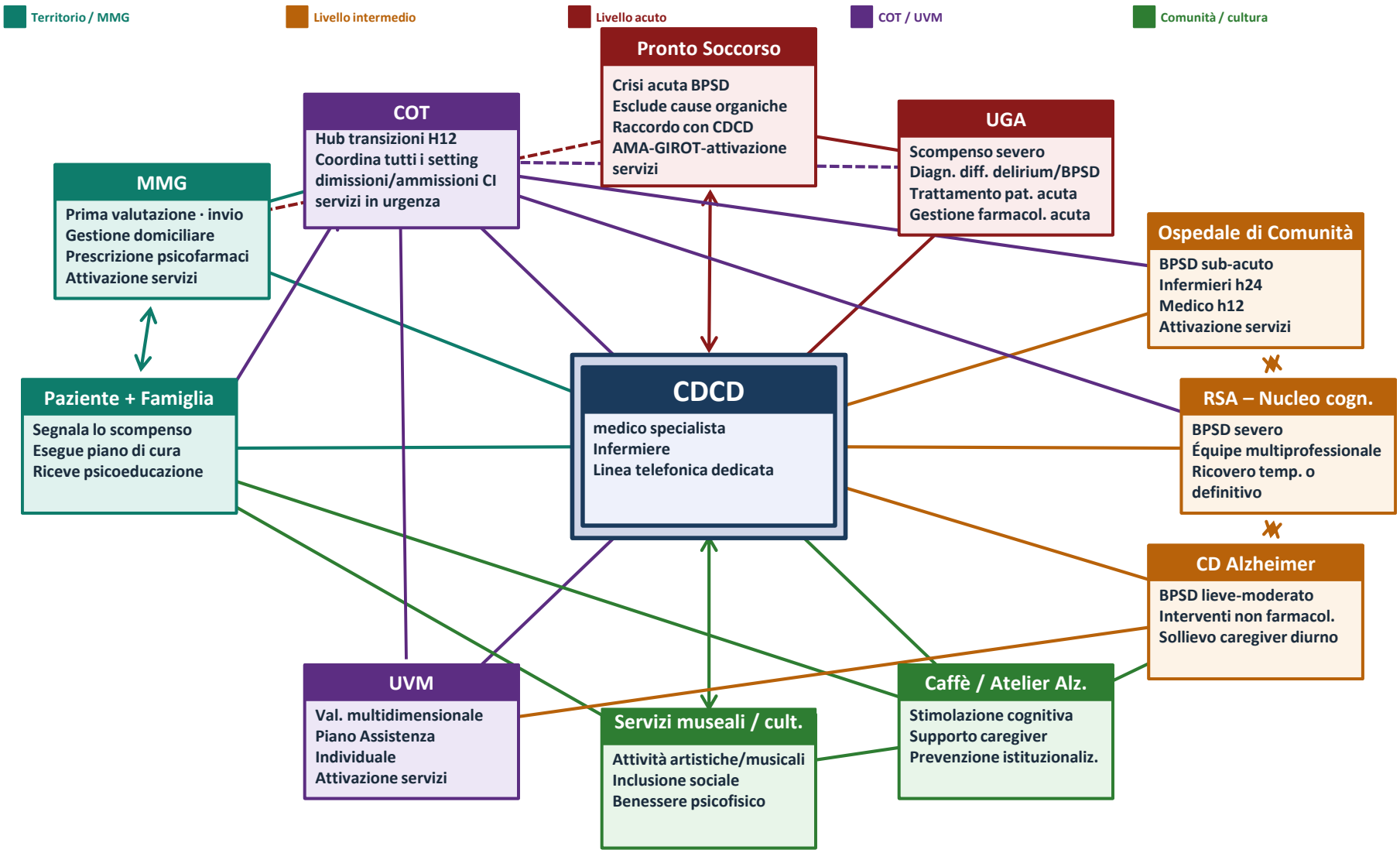
115 accessi in DEA totali (per qualunque causa) dopo l'attivazione dei progetti **(in media <1 accesso/pz)** e di questi solo il **18.2% sono stati causati da problematiche della sfera cognitivo-comportamentale (e comunque nessun paziente ha effettuato accesso in DEA per più di 1 volta per queste problematiche).**

Chi attua il PSSIR?

Il sistema comprende una pluralità di soggetti:

Regione - **Aziende sanitarie** - **Zone-distretto** - **Comuni e ambiti sociali** - **servizi sanitari, sociali e sociosanitari** - **professionisti** - **terzo settore e comunità**

CDCD come nodo centrale della rete per la gestione dei pazienti con demenza e BPSD (DL 77/2021)



La rete a nodi fitti..

Atelier Alzheimer sono tre (uno nel comune di Prato, uno in quello di Poggio a Caiano, uno in quello di Vaiano).

L'accesso al servizio avviene **su invio del CDCD (Centro Disturbi Cognitivi e Demenze).**

Le riunioni di verifica al CDCD sono svolte ogni mese/mese e mezzo circa, incontri a cui partecipa l'équipe del CircolaMente, il personale della geriatria(geriatra e infermiere referenti del progetto) e una rappresentante dell'SdS.

Caffè Alzheimer a stretto contatto con AIMA sezione Prato, *collaborazione* fondamentale affinché non solo questo sia un servizio utile al territorio e alla cittadinanza, ma affinché chiunque ha in casa un familiare con demenza abbia la possibilità di conoscere e mettersi in contatto con l'unica realtà che può e far da *collante* fra cittadino, servizi socio sanitari.

Esperienze museali

Incontri di psicoeducazione e sostegno per i familiari

Progetti in sinergia con il territorio

Formazione e informazione

Regione Toscana: Prescrizione Sociale

L'équipe

CircolaMENTE

L'équipe multidisciplinare

L'équipe che opera all'interno del progetto è composta da:

- Responsabile del servizio
- Coordinatore tecnico del servizio
- Educatore professionale
- Operatore Socio Sanitario
- Psicologo

L'équipe allargata del CircolaMente

Poi esiste quella che definiamo <u>équipe allargata</u>: all'insieme di professionisti di cui sopra dobbiamo aggiungere gli educatori museali, l'AIMA sezione Prato, la Geriatria e la Società della Salute Pratese.

Tutti questi soggetti collaborano fra loro per la pianificazione, la realizzazione e la verifica degli interventi previsti.

Quando è necessario il Centro Diurno per le persone con Demenza?

Scenario:

Case di Comunità

CDCD

- **Assessment: misurare e prevedere il bisogno.** Valutare in modo multidimensionale i bisogni della persona, individuando precocemente le criticità e prevedendo l'evoluzione della situazione clinica e assistenziale.
- **Risposte appropriate.** Garantire interventi proporzionati ai bisogni, tempestivi e coerenti con la complessità della situazione, evitando risposte assistenziali non necessarie o inappropriate.
- **CDA Momento terapeutico rivolto allo scompenso comportamentale. Prevedere un intervento mirato alla gestione dello scompenso comportamentale, che coinvolga anche il caregiver formale o informale, con l'obiettivo di stabilizzare la situazione, comprendere i fattori scatenanti e individuare strategie terapeutiche e assistenziali appropriate, traferibili nel contesto di vita.**

Gli inizi

Nel 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 Psicogeriatria.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

PSICOGERIATRIA 2013; 2: 7-29

ARTICOLI ORIGINALI

Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheime

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 Oscari (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)

TERZO PRINCIPIO DI POPPER:
DELL'APPROSSIMAZIONE ALLA VERITÀ

Attraverso una discussione oggettiva ci avviciniamo quasi sempre di più alla verità e perveniamo ad una migliore comprensione delle cose.

Popper K. Conjectures and Refutation, 1935

Grazie