**Il presente e il futuro dei CD Alzheimer**

*Enrico Mossello, Professore Associato, Università degli Studi di Firenze e Medico Geriatra, AOU Careggi, Firenze; Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer*

Il primo modello di Centro Diurno (CD) per anziani nasce, come struttura sociale, nella New York degli anni Quaranta. Successivamente il modello socio-sanitario del “centro diurno psicogeriatrico”, primo modello dell’attuale CD Alzheimer (CDA), viene sviluppato nel Regno Unito negli anni Settanta. I CD per anziani vengono introdotti nel Progetto Obiettivo Anziani del 1992 tra le risposte per gli anziani non autosufficienti in Italia. Tra i Livelli Essenziali di Assistenziali identificati nel 2008 vengono identificate sia le prestazioni semiresidenziali per anziani che quelle specifiche “semiresidenziali demenze”.

Tra le iniziative culturali dedicate, nel 2009 viene fondato il Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer, che si preoccupa di stendere delle Linee di Indirizzo Specifiche per queste strutture e di creare un sito (centridiurnialzheimer.it) che, oltre a raccogliere il materiale dei congressi nazionali dedicati annualmente al tema, contiene un’anagrafe delle strutture.

I CDA sono attualmente concettualizzati come 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.

L’attività dei servizi socio-sanitari dedicati all’assistenza degli anziani con demenza e al supporto alle famiglie è stata pesantemente condizionata dalla pandemia di COVID-19, compresi i CDA. In aprile 2021 ha lanciato una survey nazionale, con gli obiettivi di: (1) stimare la variazione dell’attività dei CDA rispetto al periodo prepandemico in termini di numero di centri attivi e di ospiti accolti dopo un anno dall’inizio della pandemia; (2) raccogliere informazioni relative al mutamento delle attività svolte all’interno delle strutture, con particolare riferimento alle difficoltà incontrate e allo svolgimento degli interventi psicosociali. Hanno risposto alla survey 81 CDA distribuiti sul territorio italiano (54% nel Nord, 37% nel Centro, 9% nel Sud e nelle isole). Il 31% di tali strutture è risultato chiuso a seguito della pandemia, in misura significativamente superiore nel Nord. Il 65% delle strutture, dopo aver temporaneamente interrotto l’accoglienza degli ospiti per un periodo, ha ripreso l’attività, ma il 56% ha ridotto il numero degli ospiti rispetto al periodo pre-pandemico. Ll 26% delle strutture ha ridotto il numero degli ospiti di oltre la metà. Rispetto alla capienza di 1908 posti disponibili dichiarati precedentemente alla pandemia, gli ospiti accolti nelle strutture partecipanti alla survey erano 764, con un declino significativo del numero medio di ospiti per struttura (24 vs. 9, p<0.001). A fronte di queste criticità, l’81% delle strutture ha attivato modalità di assistenza alternative durante il periodo di lockdown, quali assistenza domiciliare e contatti telefonici da parte di personale sanitario (in particolare psicologo e infermiere) ed il 15% ha attivato modalità assistenziali di tipo digitale sul modello della telemedicina. In più del 60% dei casi tali modalità assistenziali sono state attivate senza il supporto del servizio pubblico. Le strutture che hanno ripreso l’attività in presenza, hanno adottato le consuete precauzioni anti-contagio, con l’eccezione dell’uso obbligatorio della mascherina per gli ospiti, adottato solo dal 39% delle strutture. Il 75% delle strutture dispone delle stesse figure professionali rispetto al periodo pre-pandemico e la larga maggioranza delle strutture riferisce che le attività (interventi psicosociali, esercizio fisico, pasto) vengono svolte con distanziamento e in piccoli gruppi, mentre le attività svolte fuori dal Centro sono state sospese. Il 78% riferisce di avere messo in atto nuovi tipi di attività, in particolare di tipo multimediale e all’aria aperta. Tra le difficoltà osservate alla riapertura, quelle riscontrate più frequentemente sono state l’impossibilità di mantenere il distanziamento fisico tra le persone con demenza a causa dei disturbi del comportamento motorio e l’eccessiva paura del contagio da parte dei familiari. D’altra parte alcune strutture hanno identificato nella pandemia uno stimolo positivo al cambiamento, alla flessibilità e alla crescita professionale, in termini di diversificazione dei servizi offerti, di rimodulazione degli spazi fisici e di possibilità di individualizzare maggiormente l’assistenza.

Nell’insieme, la pandemia ha causato direttamente una netta riduzione del numero delle strutture e degli ospiti di CDA, lasciando scoperto una quota significativa di bisogno di cure tra gli anziani con demenza e disturbi del comportamento. A fronte di queste criticità, la grande maggioranza delle strutture ha attivato modalità di assistenza alternative durante il periodo di lock-down. E’ in corso la riorganizzazione dei servizi nella “nuova realtà” della fase di stato della pandemia, caratterizzata dalla riorganizzazione delle attività, con l’adozione anche di interventi multimediali e l’adozione di attività svolte all’aria aperta. La diffusione della vaccinazione, con il minor rischio di complicanze osservata nella fase attuale della pandemia, insieme all’acquisizione di nuove competenze, consentono oggi a queste strutture di riprogettarsi per continuare, o riprendere, a svolgere il loro importante ruolo assistenziale e sanitario.

*Tutte le attività del Gruppo Centri Diurni Alzheimer avvengono grazie al supporto della Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia.*