



XVII Convegno

# I CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE E LA GESTIONE INTEGRATA DELLA DEMENZA

## Organizzazione dei Centri Diurni per le persone con demenza



**Enrico Mossello**  
*Università degli Studi di Firenze*  
*AOU Careggi, Firenze*



# Schema della presentazione

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

# Schema della presentazione

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

# 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 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.

# Disponibilità di posti in Centro Diurno: eterogeneità

Regioni	Anno	Strutture	Posti	Utenti /anno	Giornate per utente	Posti per 1.000 anziani
Piemonte	2013	18	532	882	120	0,51 Nord
Val d'Aosta	2009	14	131	403	n.d.	4,54
Lombardia	2017	320	7.487	12.843	113	3,43
Bolzano	2016	14	292	291	n.d.	2,93
Trento	2014	23	327	653	248	2,94
Veneto	2013	91	1.586	1.985	125	1,49
Friuli V.G.	2013	33	401	547	86	1,35
Liguria	2013	30	606	814	110	1,37
E. Romagna	2015	212	3.306	5.533	117	3.17
Toscana	2013	105	1.705	1.776	128	1,83 Centro
Umbria	2013	19	260	639	99	1,23
Marche	2017	45	730	121	148	1,95
Lazio	2017	7	117	105	122	0,09
Abruzzo	2014	2	30	n.d.	n.d.	0,10 Sud
Molise	2014	1	15	n.d.	n.d.	0,25
Campania	2013	7	116	699	124	0,12
Puglia	2013	25	696	543	115	0,88
Calabria	2015	0	0	115	n.d.	0,00
Basilicata	2017	1	20	2	n.d.	0,16
Sicilia	2014	17	188	44	28	0,19
Sardegna	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>



Pesaresi S, 2018



# 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 anziani  
 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!

# Il Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer

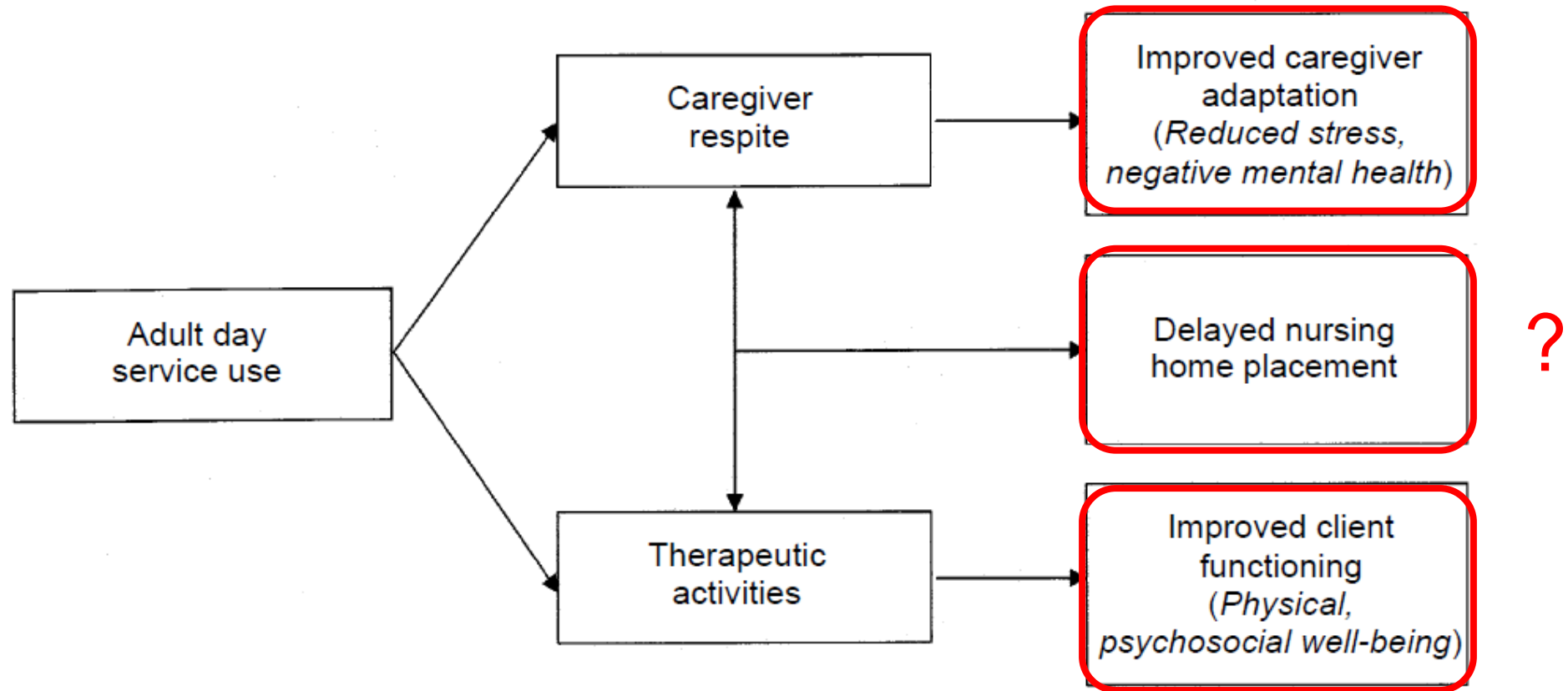
- Organizzazione del **Convegno annuale** a partire dal 2009 – atti pubblicati su [www.centridiurnialzheimer.it](http://www.centridiurnialzheimer.it)
- Stesura delle **Linee di Indirizzo**: gruppo multiprofessionale di esperti nazionali dal 2011, testo discusso negli anni e pubblicato su rivista internazionale nel 2023: «come dovrebbero essere» i Centri Diurni Alzheimer
- A partire dalla pandemia, **conduzione di sondaggi in 04/2021, 09/2022, 09/2024**: l'evoluzione della situazione e della modalità di lavoro dei Centri Diurni attraverso l'Italia



# Schema della presentazione

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

# Possibili benefici del CD



# Sintesi delle evidenze disponibili: limiti dei 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*

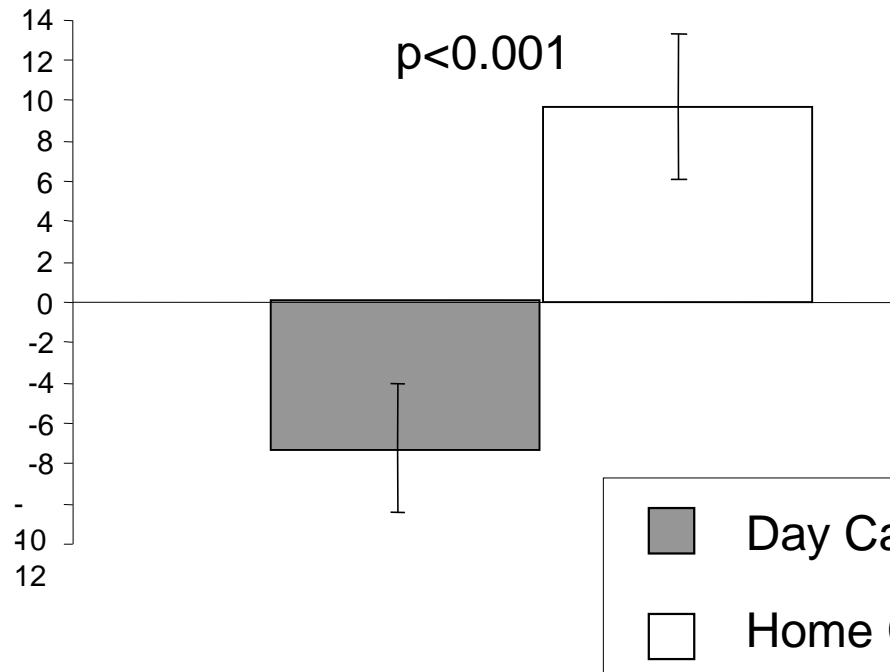
- **PERSONE CON DEMENZA:** nella maggioranza degli studi riduzione dei disturbi del comportamento e dei sintomi depressivi aumento di inclusione e soddisfazione della vita

*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*

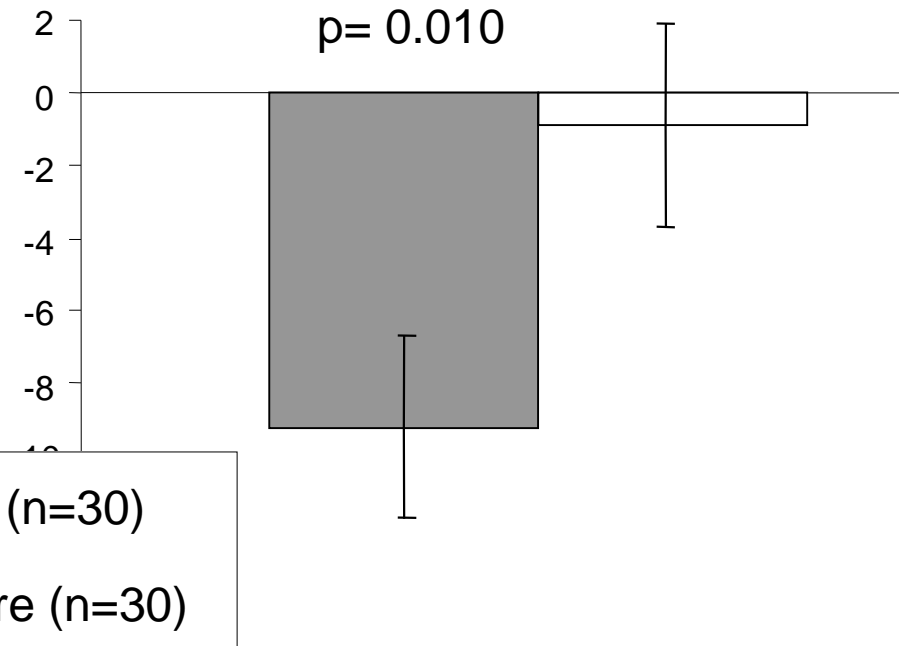
# Disturbi del comportamento e stress del caregiver dopo due mesi di Centro Diurno

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 linee di indirizzo**
- Il lascito della pandemia

# Le Linee di Indirizzo sui Centri Diurni Alzheimer (1)

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, architetto) sulle caratteristiche ideali dei Centri Diurni Alzheimer
- Non sono una Linea Guida con livelli di evidenza (relativa debolezza delle evidenze, realtà eterogenea), non sono requisiti minimi

# Le Linee di Indirizzo sui Centri Diurni Alzheimer (2)

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

Ambiente fisico

Raccomandazioni di personale

Interventi psicosociali

Terapie psicoattive

Prevenzione e trattamento delle sindromi geriatriche

Prevenzione delle infezioni

Supporto ai caregiver

# 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

# 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 standard regionali 111 minuti, range 50-154, +40% vs. standard LEA (*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

# Raccomandazioni relative a interventi psico-sociali (1)

## *Interventi orientati a cognitivtà 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> .

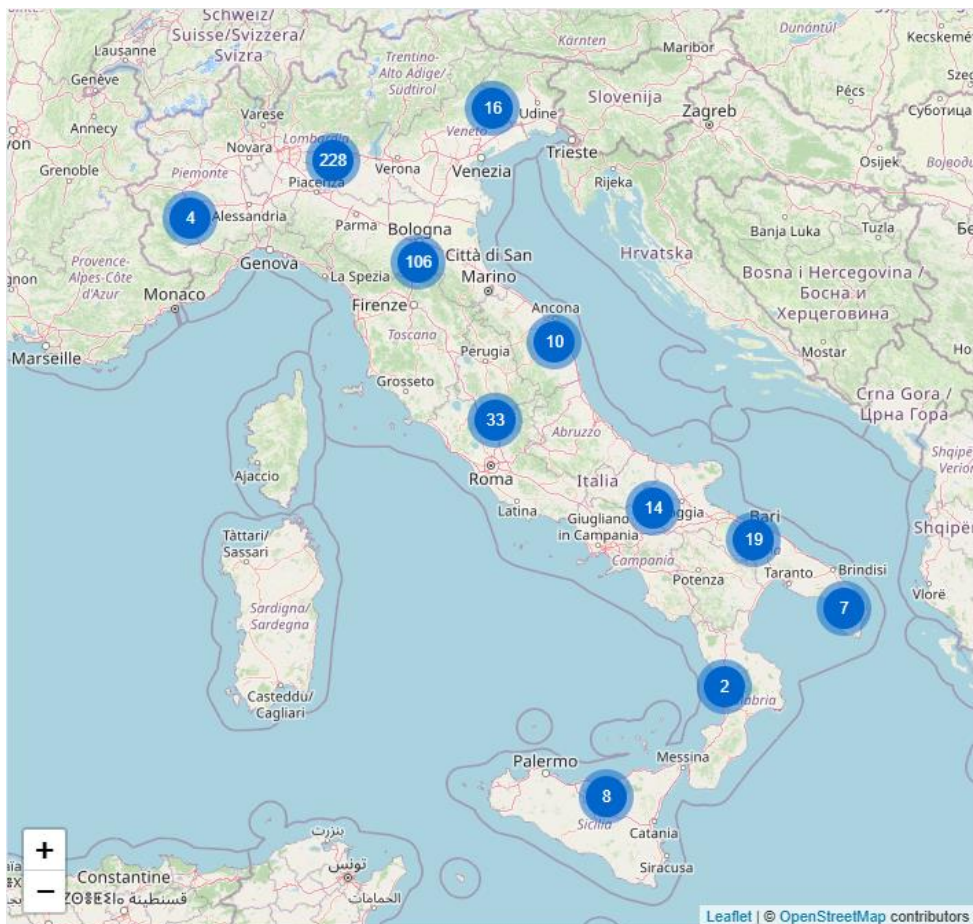
# Supporto ai caregiver familiari

- **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 linee di indirizzo
- **Il lascito della pandemia**

# Censimento Istituto Superiore di Sanità



Risultati trovati: 456

## Ricerca un servizio

### SCEGLI UNA TIPOLOGIA



Centri per i  
Disturbi  
Cognitivi e  
Demenze  
(CDCD)



Centri  
Diurni/  
Centri Diurni  
Integrati



Strutture  
Residenziali

Cerca



## *Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze*

### 5. SURVEY SUI SERVIZI DEDICATI ALLE DEMENZE

Introduzione

Survey sui Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze

Survey sui Centri Diurni

Survey sulle Residenze Sanitarie Assistenziali

Survey sul progetto ImmiDem

Geolocalizzazione dei CDCD in tre province italiane

<https://www.demenze.it/it-mappa>

[https://www.demenze.it/documenti/schede/report\\_nazionale.pdf](https://www.demenze.it/documenti/schede/report_nazionale.pdf)

# Centri Diurni Alzheimer: dal passato al futuro

- Un servizio nato con **caratteristiche mutevoli**, come risposta a un **bisogno sociale** e con evidenze di **efficacia** sul benessere psicologico delle persone con **demenza e dei loro caregiver**.
- Linee di indirizzo: importanza delle **caratteristiche ambientali-organizzative** per poter dare risposte ai disturbi del comportamento: centralità di **requisiti di personale** (qualità e quantità) e **interventi psico-sociali**
- Un LEA poco garantito: **numeri bassi e disomogenei**. Riapertura dopo la crisi pandemica?
- Requisiti di personale e interventi psico-sociali **mediamente adeguati** – ma possibilità di miglioramento e grande disomogeneità
- **Problemi aperti: carenza di personale (formato) e rapporto tra qualità e costi**
- Possibile passare **dalle Linee di Indirizzo a standard minimi di qualità?**