



Stigfido Bertolini - Visitare gli infermi - vetrata - Chiesa dell'Immacolata, Pistoia



Fondazione
Caript

15° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER



GRUPPO ITALIANO
CENTRI DIURNI
ALZHEIMER



Fondazione
Caript

10-11 ottobre 2025

Dalle linee di indirizzo al mondo reale dei Centri Diurni: i risultati della survey nazionale

Enrico Mossello

*Università degli Studi di Firenze
AOU Careggi, Firenze*

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
Italia		964	18.685	28.010	120	1,38



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
Italia	137	2.524	0,19

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

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

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

Il Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer

- Organizzazione del **Convegno annuale** a partire dal 2009 – atti pubblicati su 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


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 Mossello¹  · Marco Baccini² · Francesca Caramelli¹ · Carlo Adriano Biagini³ · Alberto Cester⁴ · Luc Pieter De Vreese⁵ · Gianluca Darvo⁶ · Claudio Vampini⁷ · Mabel Gotti⁸ · Andrea Fabbo⁹ · Alessandra Marengoni¹⁰ · Maria Chiara Cavallini¹¹ · Guido Gori¹² · Rabih Chattat¹³ · Monica Marini¹⁴ · Davide Ceron¹⁵ · Alessandro Lanzoni¹⁶ · Paolo Pizziolo¹⁷ · Andrea Mati¹⁸ · Iole Zilli¹⁹ · Claudia Cantini²⁰ · Veronica Caleri²⁰ · Elisabetta Tonon²⁰ · David Simoni²¹ · Patrizia Mecocci²² · Andrea Ungar¹ · Giulio Masotti¹ 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**.



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

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
Sicurezza	
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.
Fruibilità e orientamento spazio-temporale	
Incapacità di fruire correttamente lo spazio, con ansia, aggressività, comportamento motorio aberrante.	Eliminare ostacoli fisici e percettivi. Utilizzare segnaletica implicita ed esplicita per facilitare l'orientamento , l'identificazione delle funzioni di spazi ed oggetti.
Familiarità dello spazio, comfort	
Riduzione dell'interazione sociale associato ad ambiente ed arredi istituzionali.	Conferire allo spazio un aspetto ed una dimensione di tipo domestico , consentendone la personalizzazione.

Ambiente fisico dei CDA (2)

Bisogni o deficit della persona	Raccomandazioni progettuali
<i>Benessere ambientale e aspetti sensoriali</i>	
Effetto degli stimoli ambientali (luce, rumore, temperatura, odore) su umore, comportamento, orientamento.	Illuminazione idonea, riduzione della rumorosità , possibilità di regolazione della temperatura, dispositivi per l'erogazione di aromi, elementi di stimolazione ambientale (musica, immagini, colori).
<i>Flessibilità</i>	
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
<i>Benessere lavorativo ed occupazionale</i>	
Aggravamento del carico lavorativo e psicologico degli operatori legato a caratteristiche ambientali.	Prevedere spazi ad uso del personale , con controllo visivo degli ospiti. La configurazione dello spazio e la tipologia degli arredi deve agevolare lo svolgimento delle attività.
<i>Spazi esterni (giardino terapeutico)</i>	
Benessere psicologico-comportamentale e attività fisica favoriti dal contatto con elementi naturali.	Prevedere spazi sicuri , 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 stimolazione sensoriale (vista, olfatto, udito, tatto, fontana con acqua corrente).
<i>Interventi sanitari e urgenze</i>	
Interventi di primo soccorso	Ambulatorio con strumentazione adeguata

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

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

Censimento Istituto Superiore di Sanità (2021-2023)



Risultati trovati: 456

Ricerca un servizio

SCEGLI UNA TIPOLOGIA

-  Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)
-  Centri Diurni/ Centri Diurni Integrati
-  Strutture Residenziali

Scrivi nome o località

Seleziona una regione

Seleziona una provincia

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>

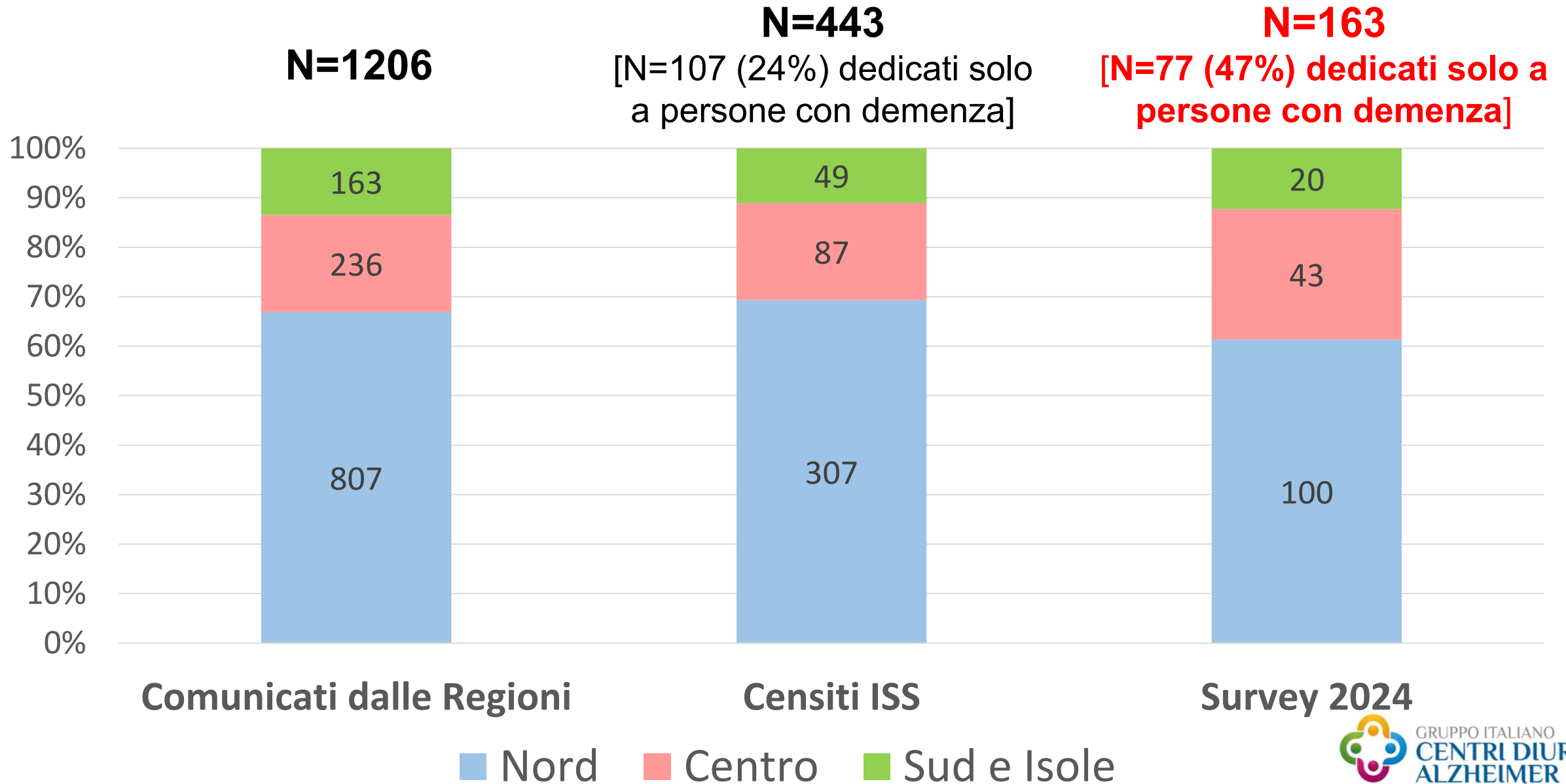
https://www.demenze.it/documenti/schede/report_nazionale.pdf

Censimento dei Centri: 2022
Dati di attività relativi al 2019

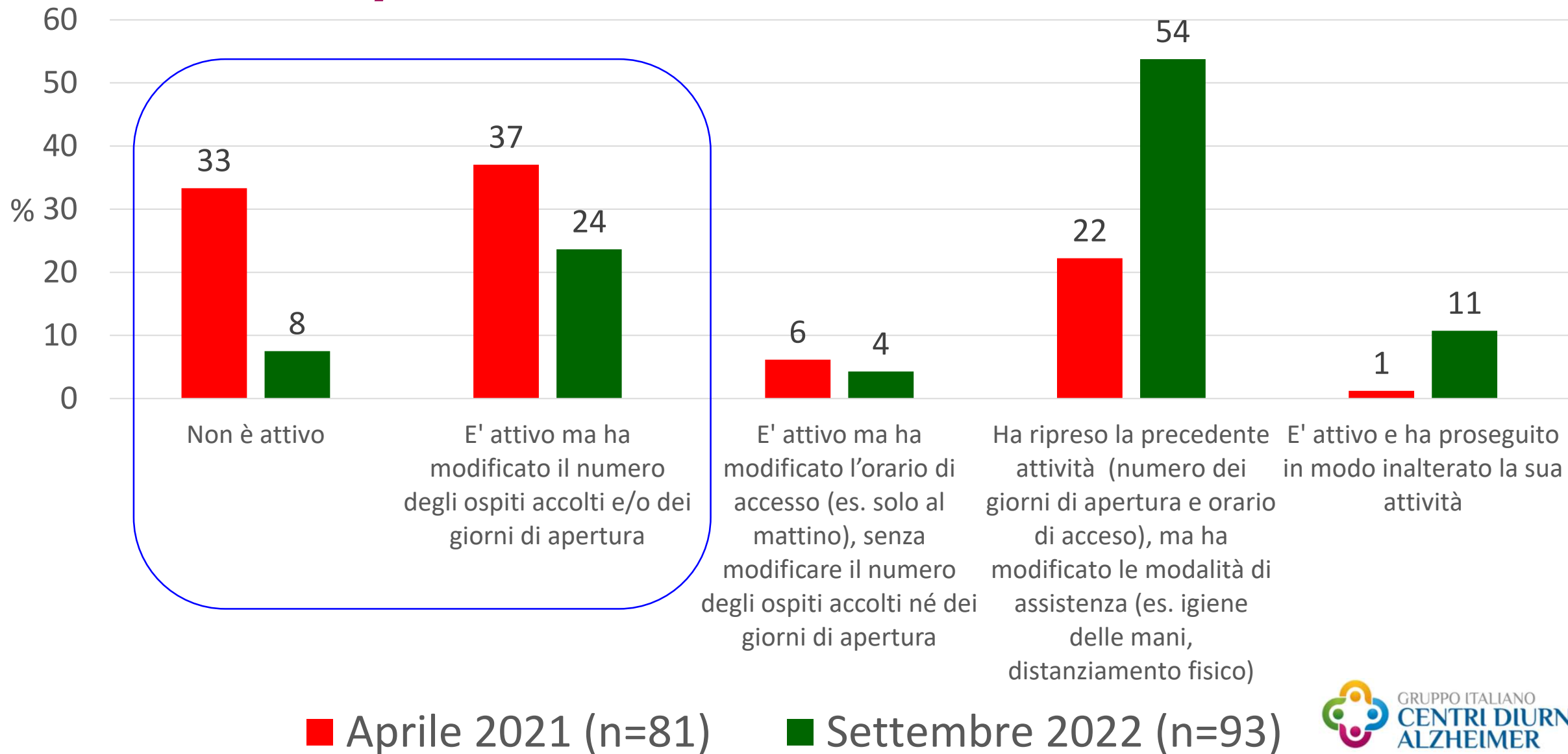
Survey condotte dal Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer



Numerosità Centri Diurni Alzheimer



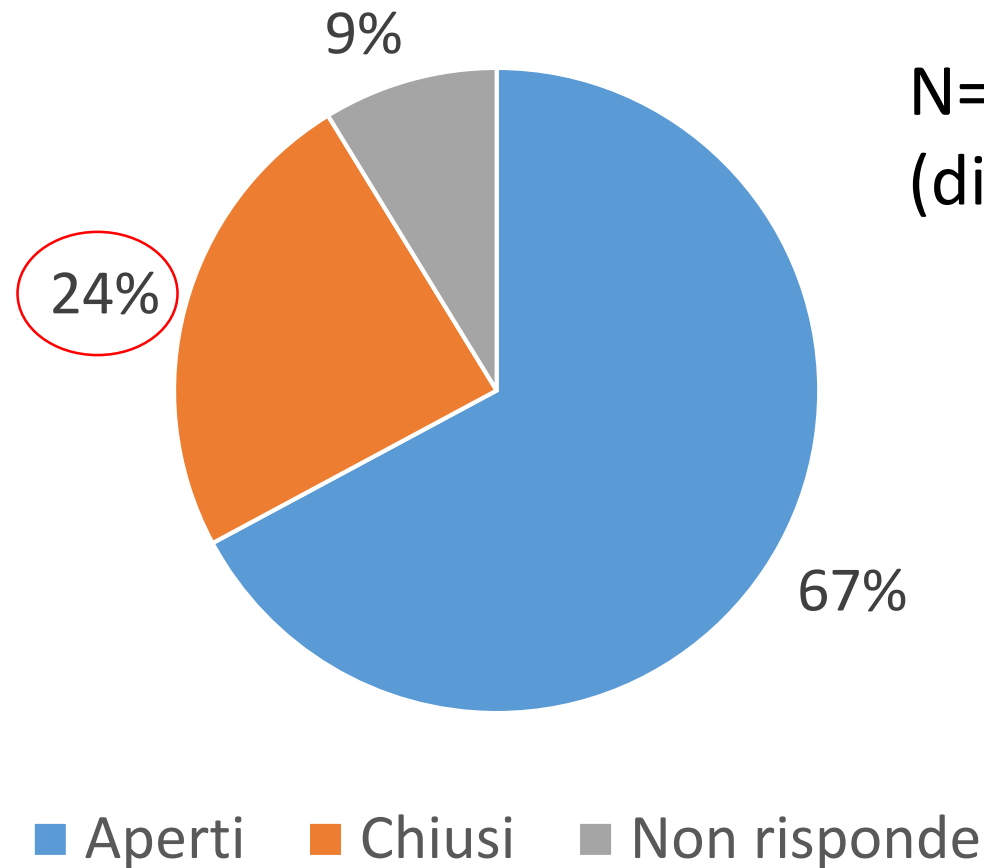
Riapertura del Centro e modalità: *aprile 2021 e settembre 2022*



■ Aprile 2021 (n=81)

■ Settembre 2022 (n=93)

Quanti Centri hanno davvero riaperto? Dati della Regione Toscana a 12/2023



N=137 Centri Diurni per anziani censiti
(di cui 26 Centri Diurni Alzheimer)



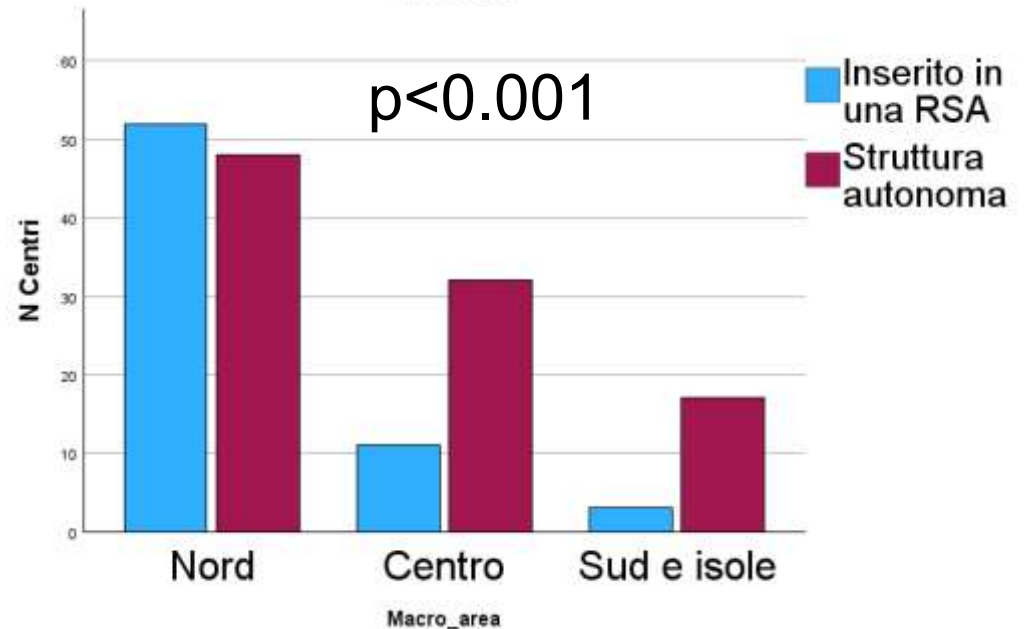
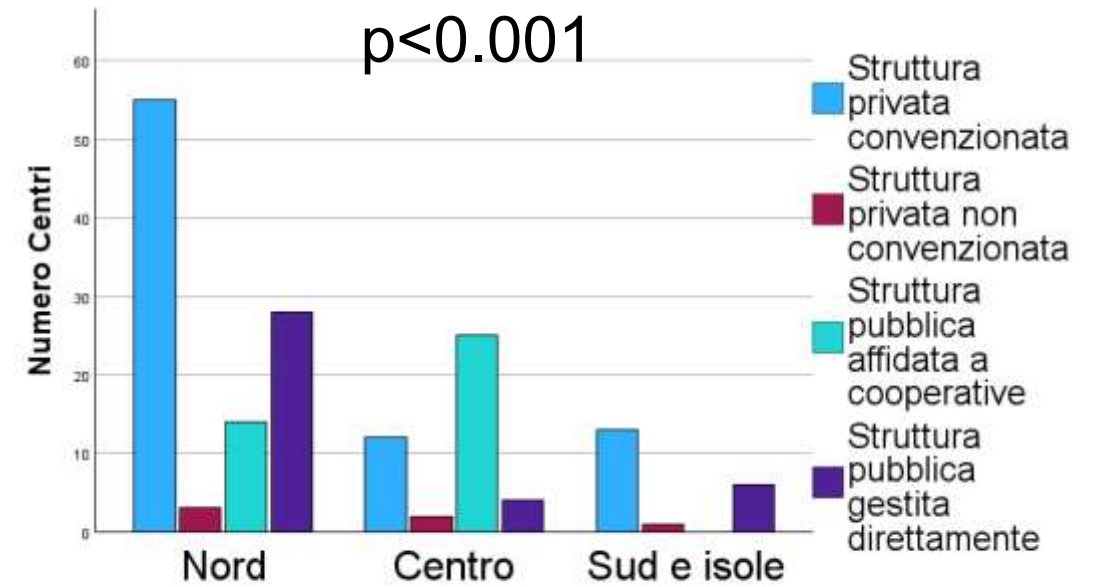
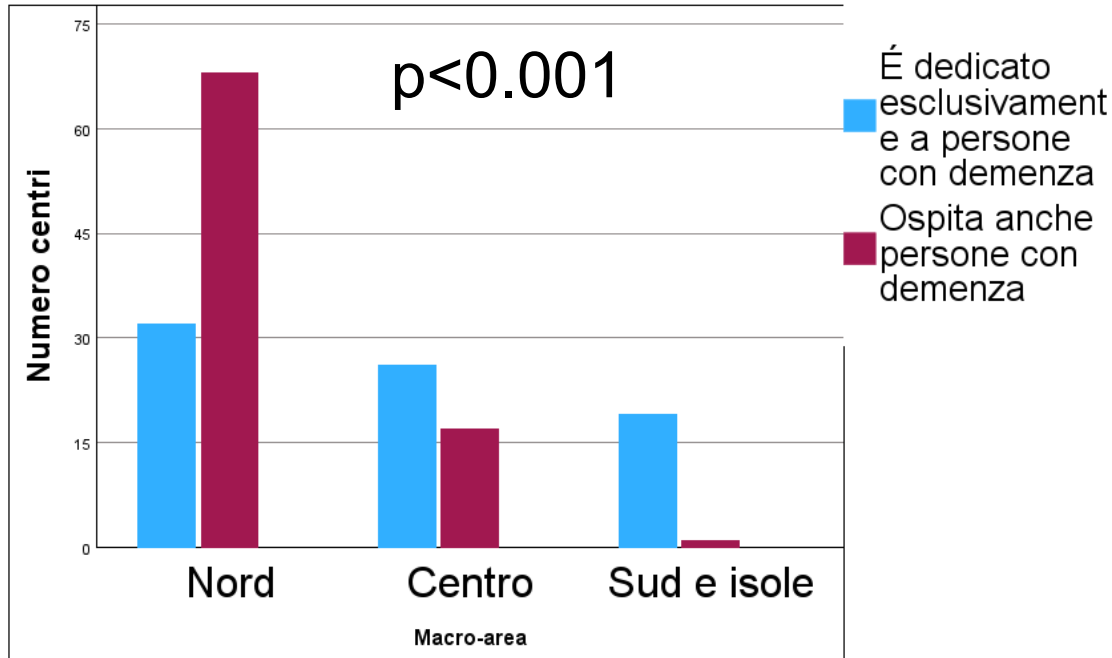
Regione Toscana

Madrigali S, aprile 2024

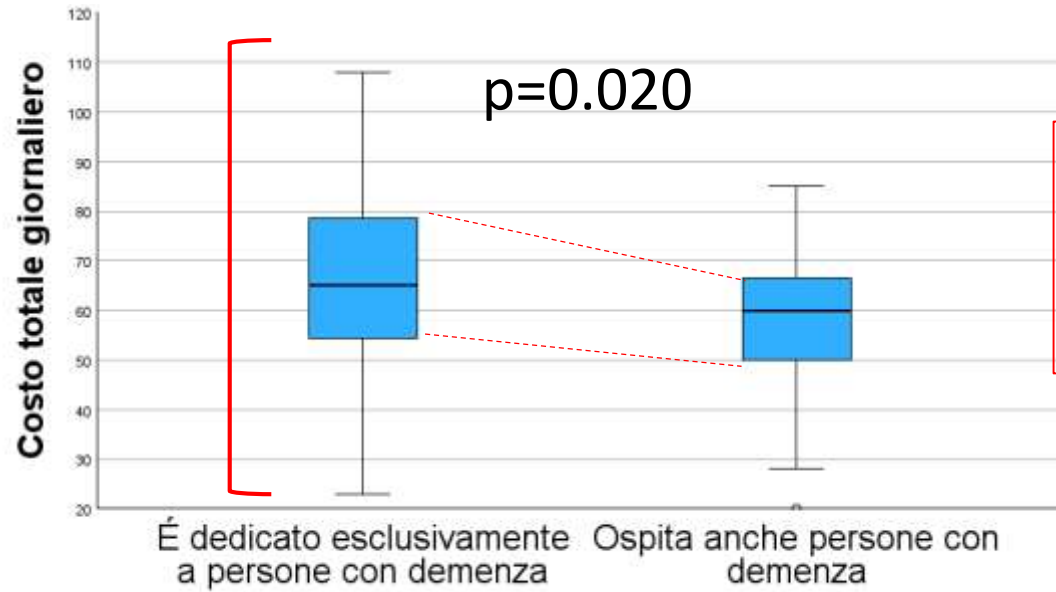
Tipologia e localizzazione Centro Diurno

	Survey 2024 N=163
Struttura privata convenzionata	80 (49%)
Struttura privata non convenzionata	6 (4%)
Struttura pubblica affidata a cooperative	39 (24%)
Struttura pubblica gestita direttamente	38 (23%)
<i>Sede CDA</i>	
In una RSA	66 (40%)
Struttura autonoma	97 (60%)

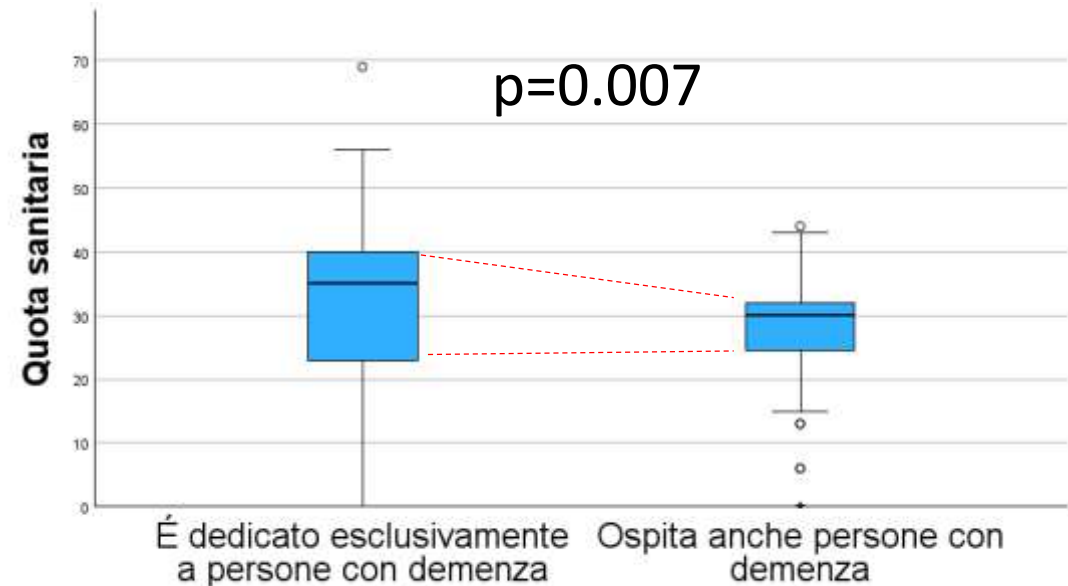
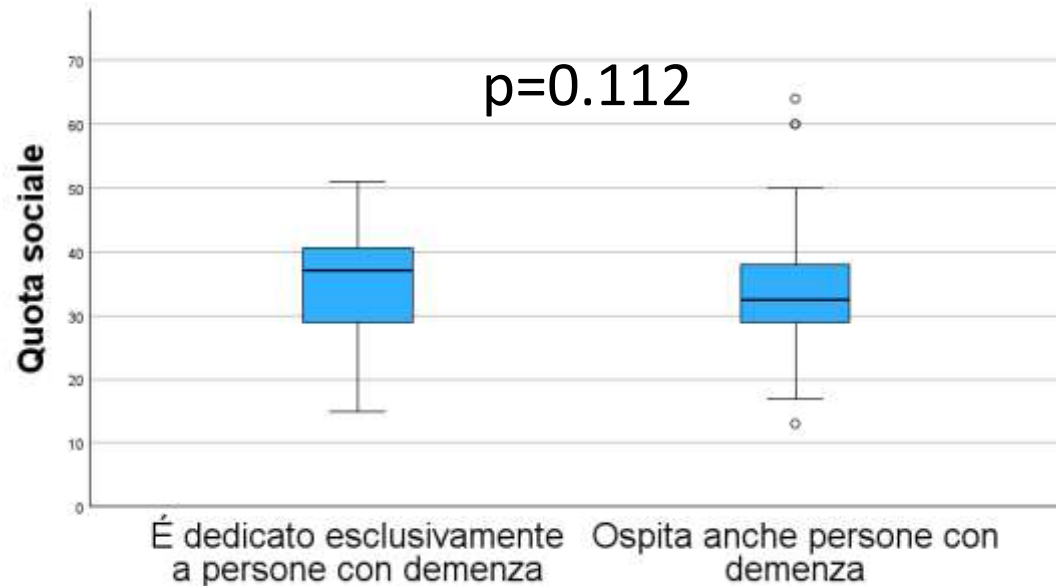
Differenze tra macro-aree: tipologia e localizzazione del Centro Diurno



Costo dell'assistenza: confronto tra tipologia di strutture



Costo mediano giornaliero:
Centro dedicato alla demenza: 65 [53,79] €
Centro disabili [anche per demenza]: 60 [50, 67] €



Numero posti in Centro Diurno, dal 2019 al 2024

Numero posti per CD

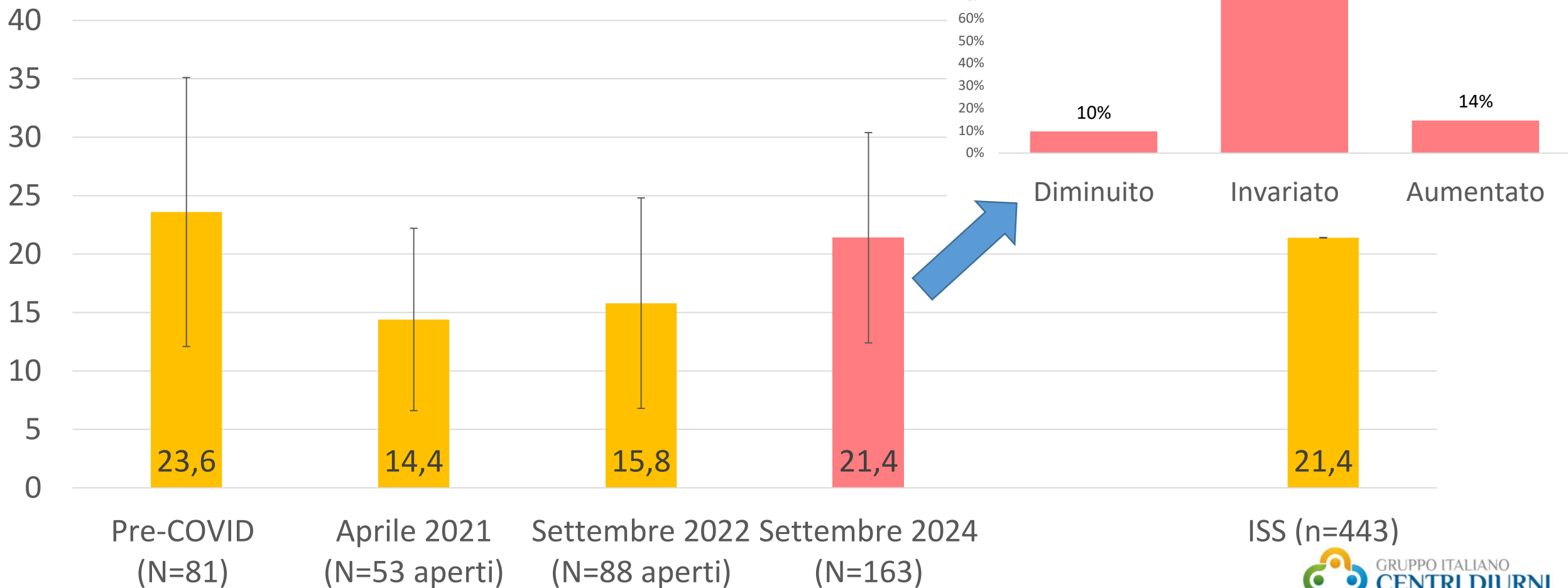
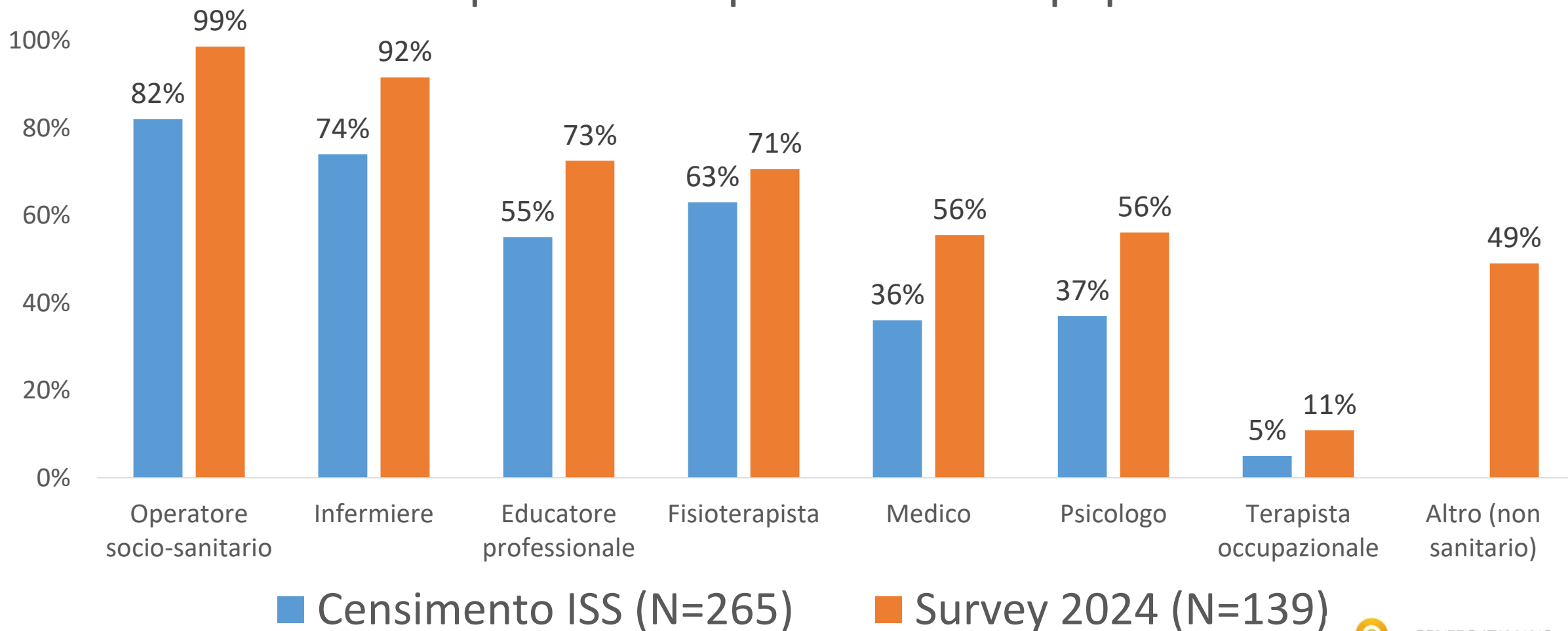
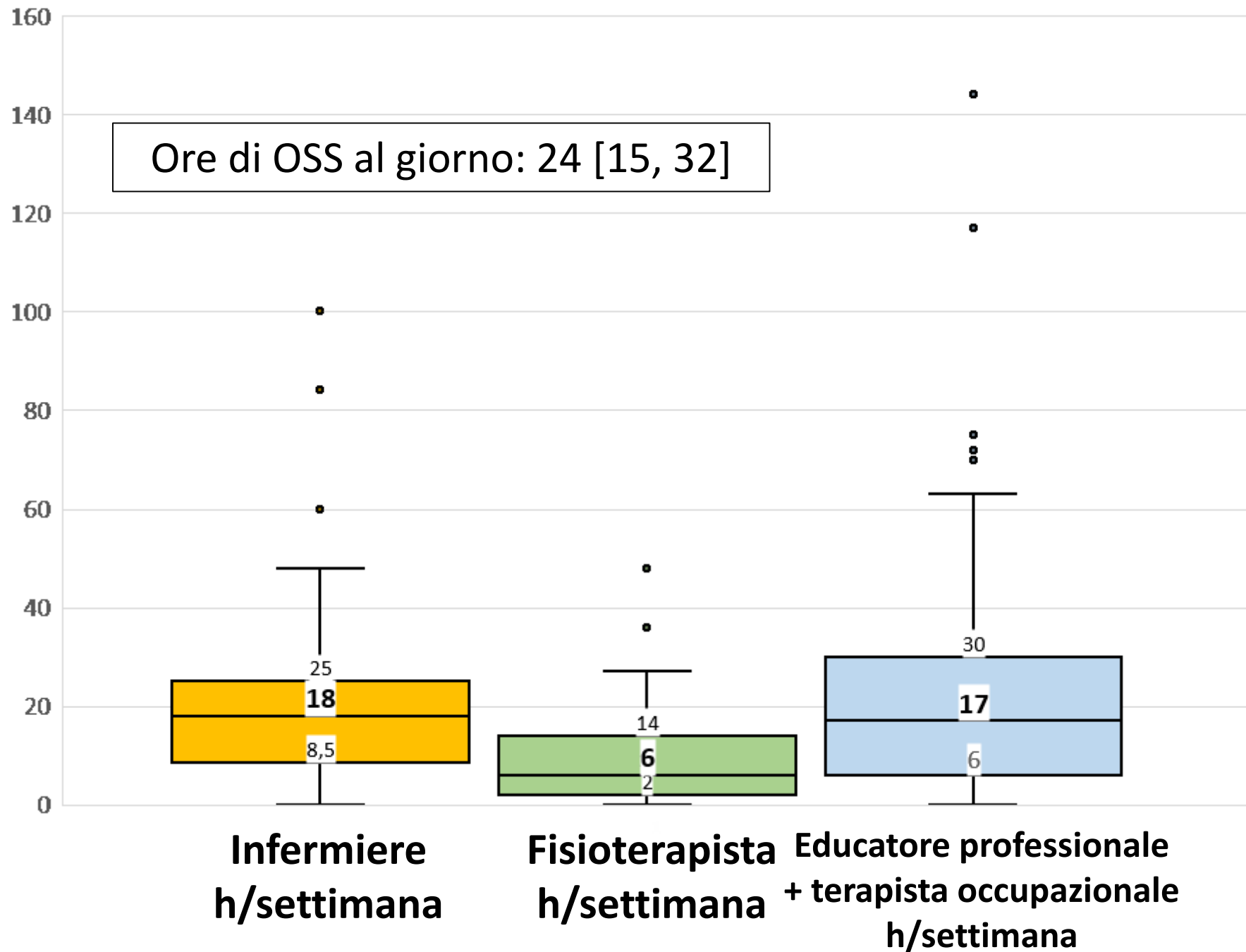


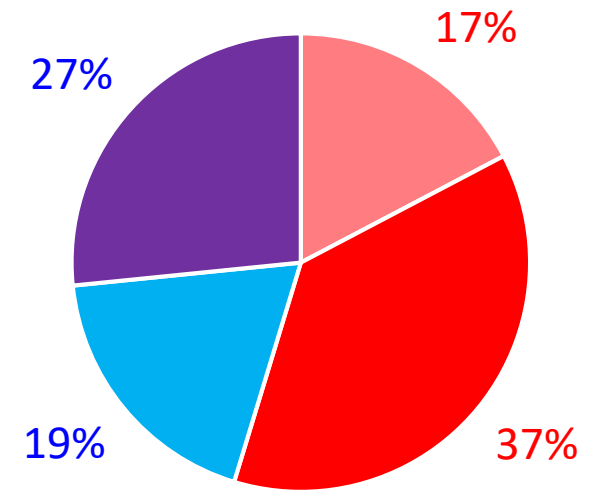
Figure professionali disponibili nell'equipe

Operatori disponibili nell'equipe





Frequenza della presenza del medico



- Quotidiana
- Alcuni giorni della settimana
- Solo a chiamata
- Non è disponibile

No differenze significative tra tipologie di struttura

Figure professionali nell'equipe per tipologia di struttura

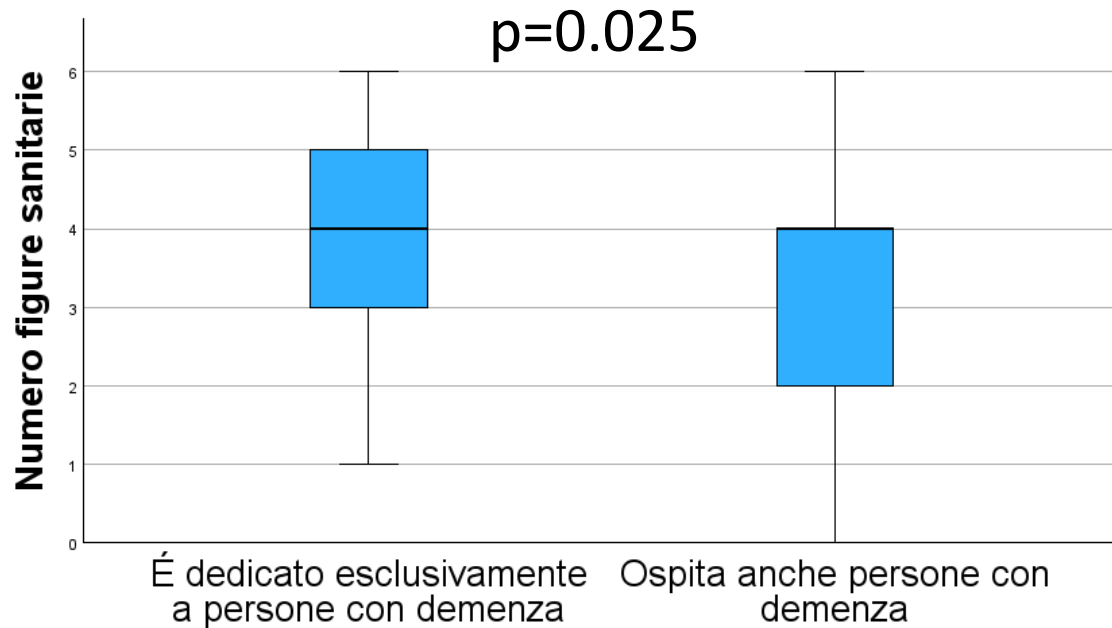
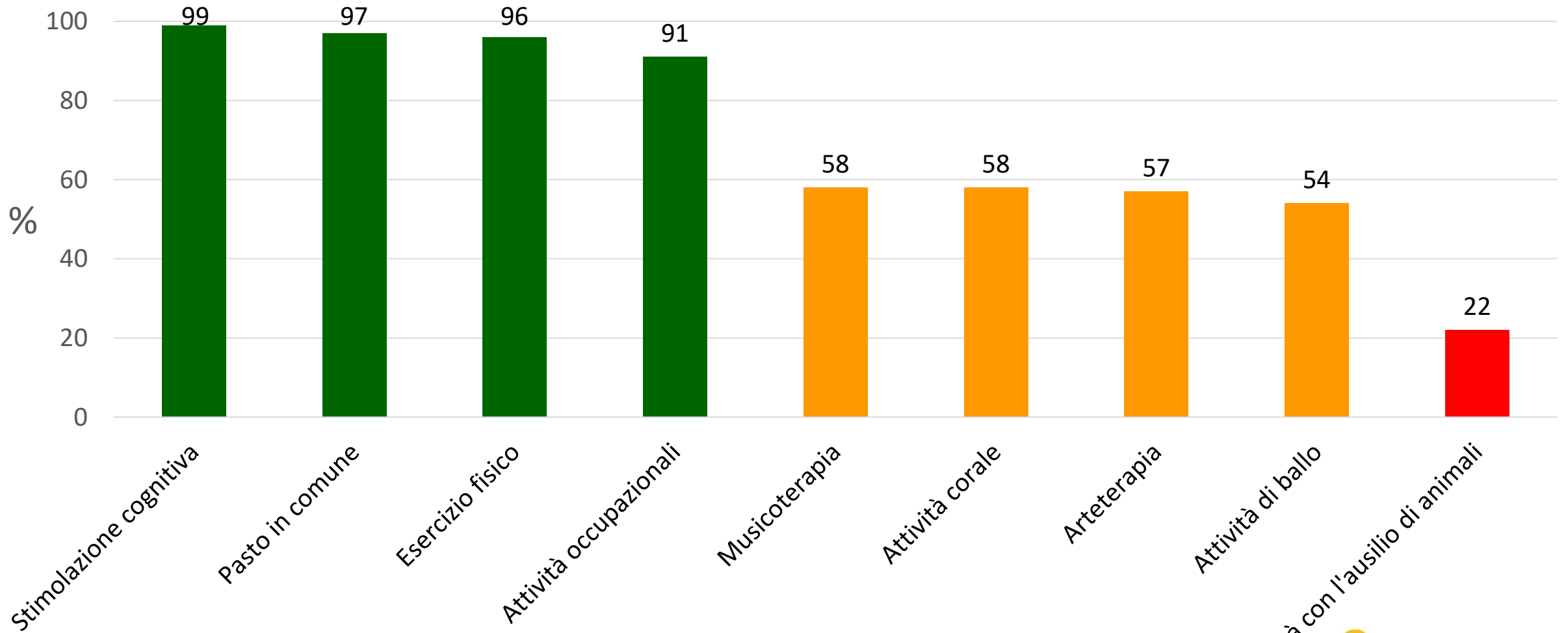


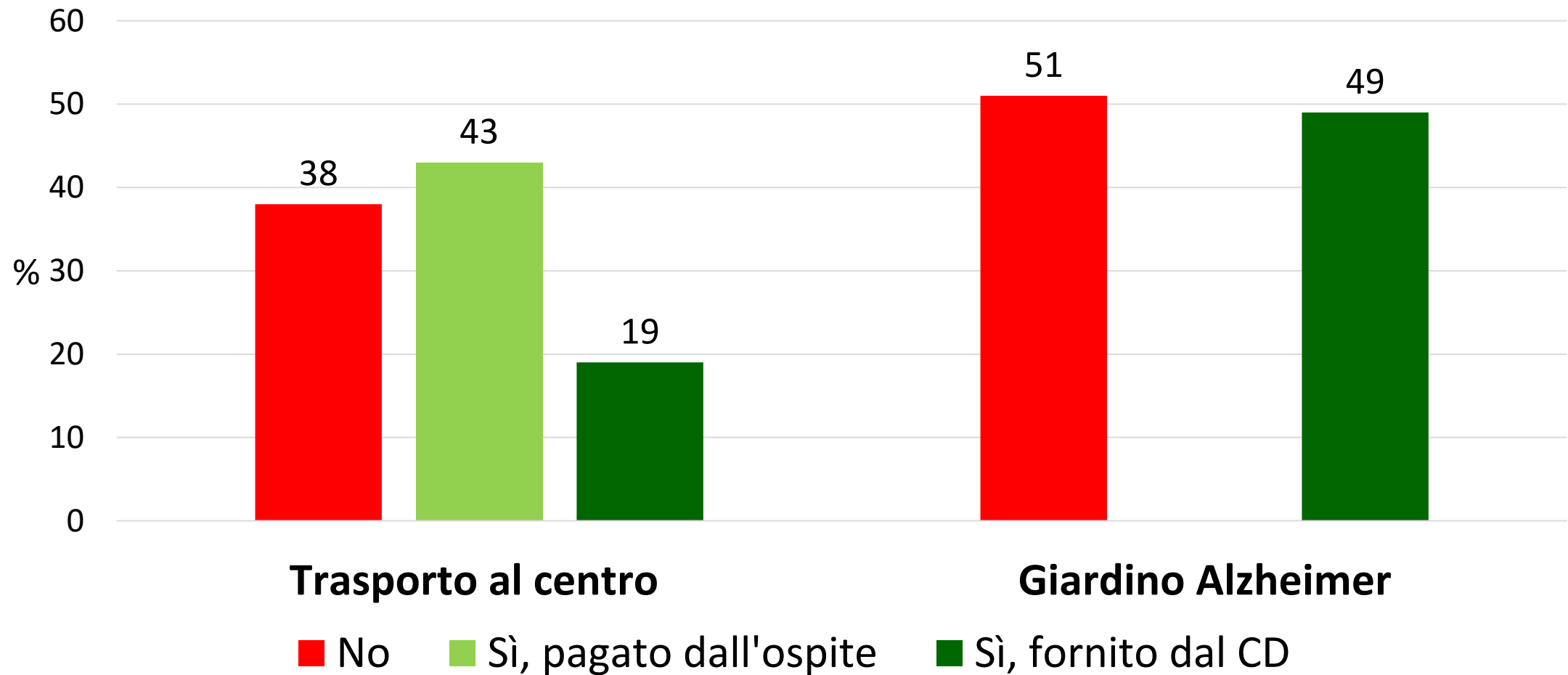
Figura professionale	Centro demenze (n=67)	Centro disabili (n=72)	p
Infermiere	93%	92%	0.849
Fisioterapista	66%	75%	0.278
Educatore professionale	71%	74%	0.753
Terapista Occupazionale	18%	4%	0.011
Psicologo	76%	38%	<0.001
Medico	64%	48%	0.064

Attività / interventi psicosociali: percentuale di Centri Diurni che le propongono

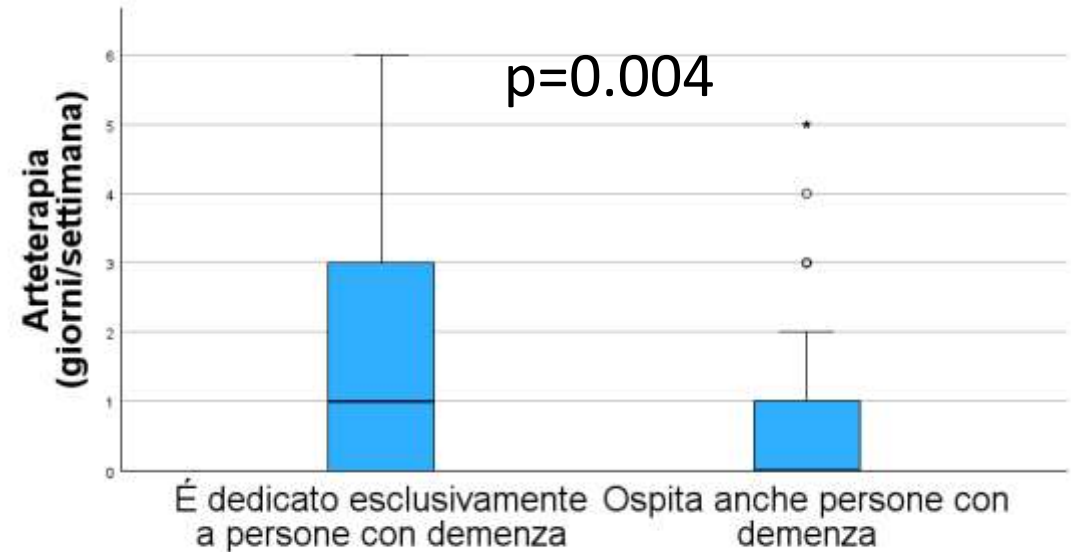
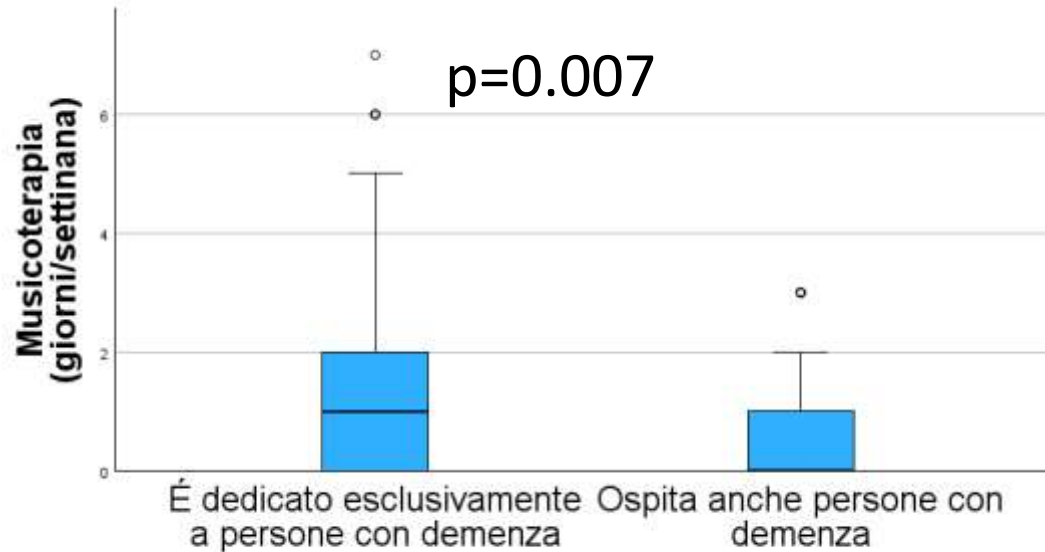
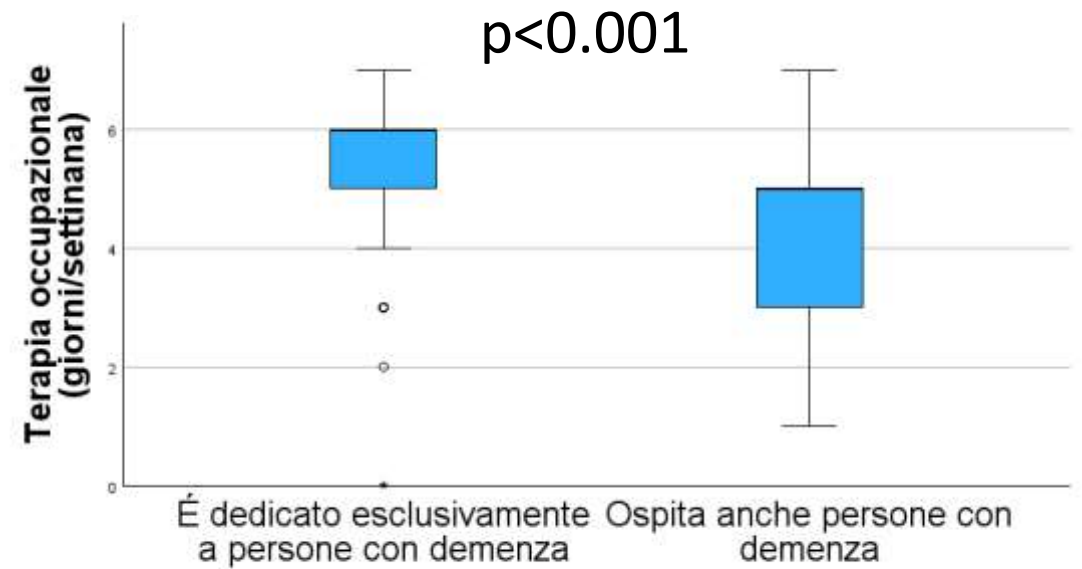
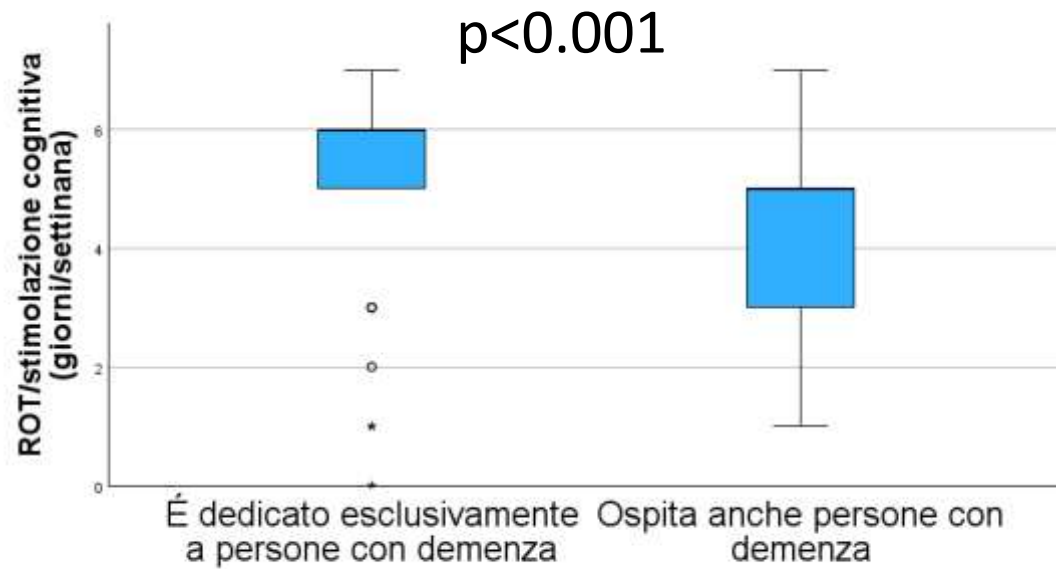


N=135 centri

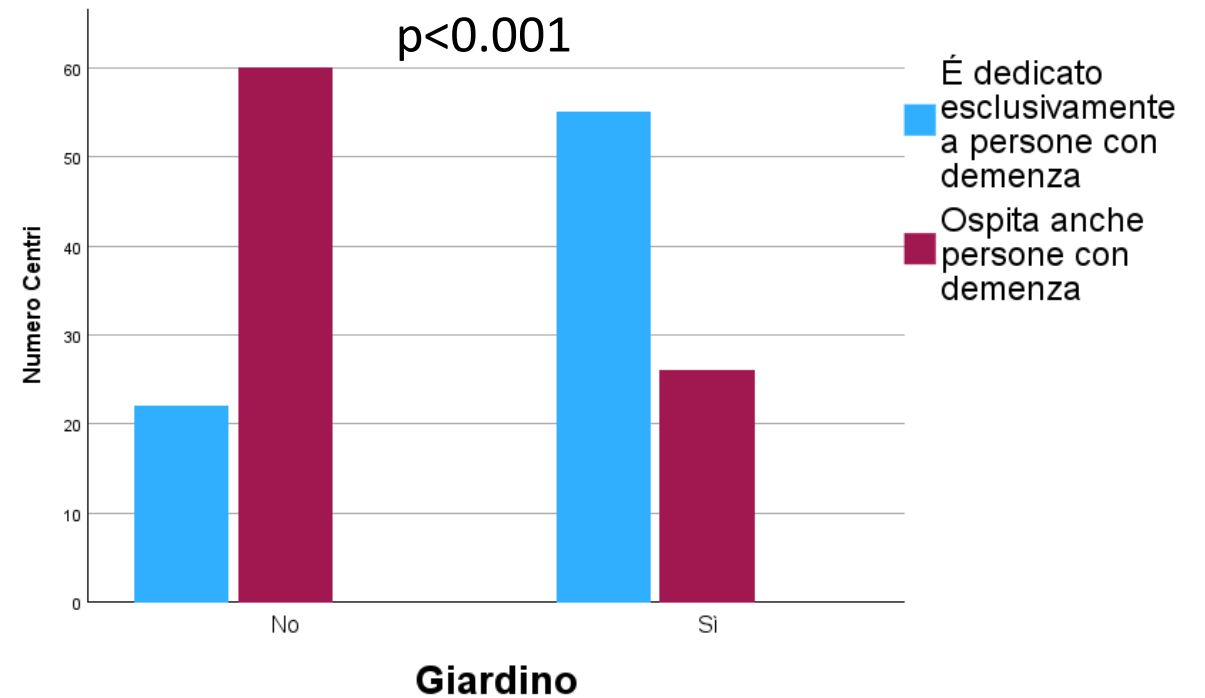
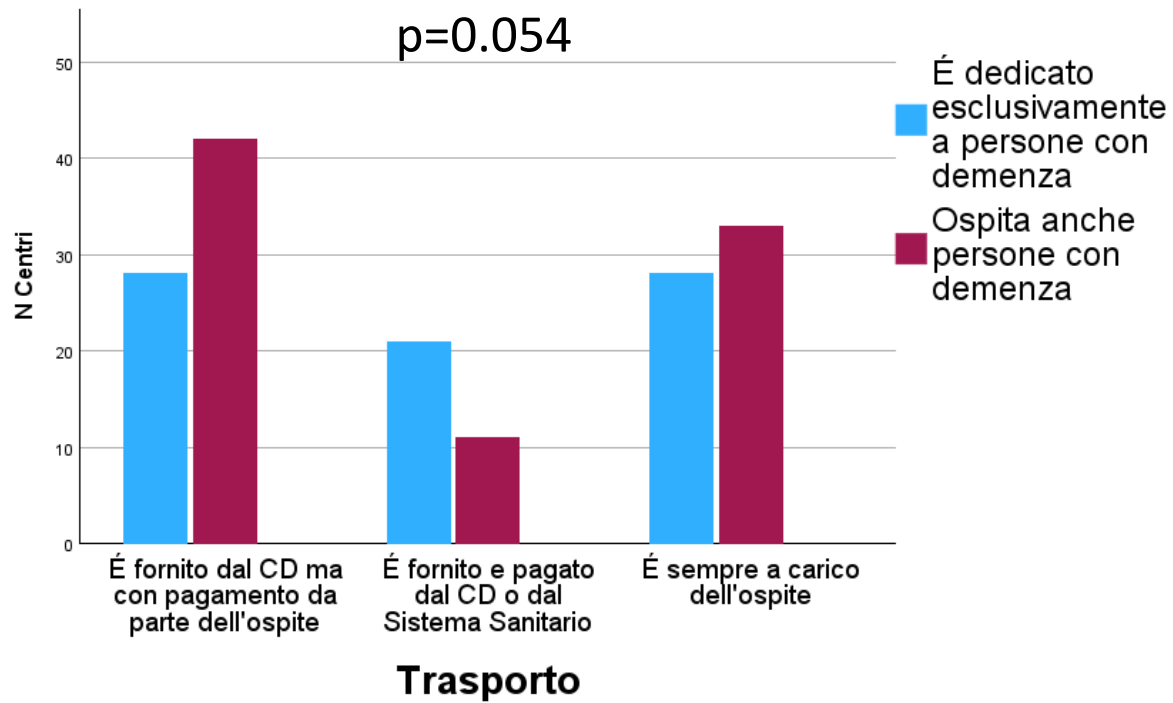
Servizi forniti: trasporto e giardino Alzheimer



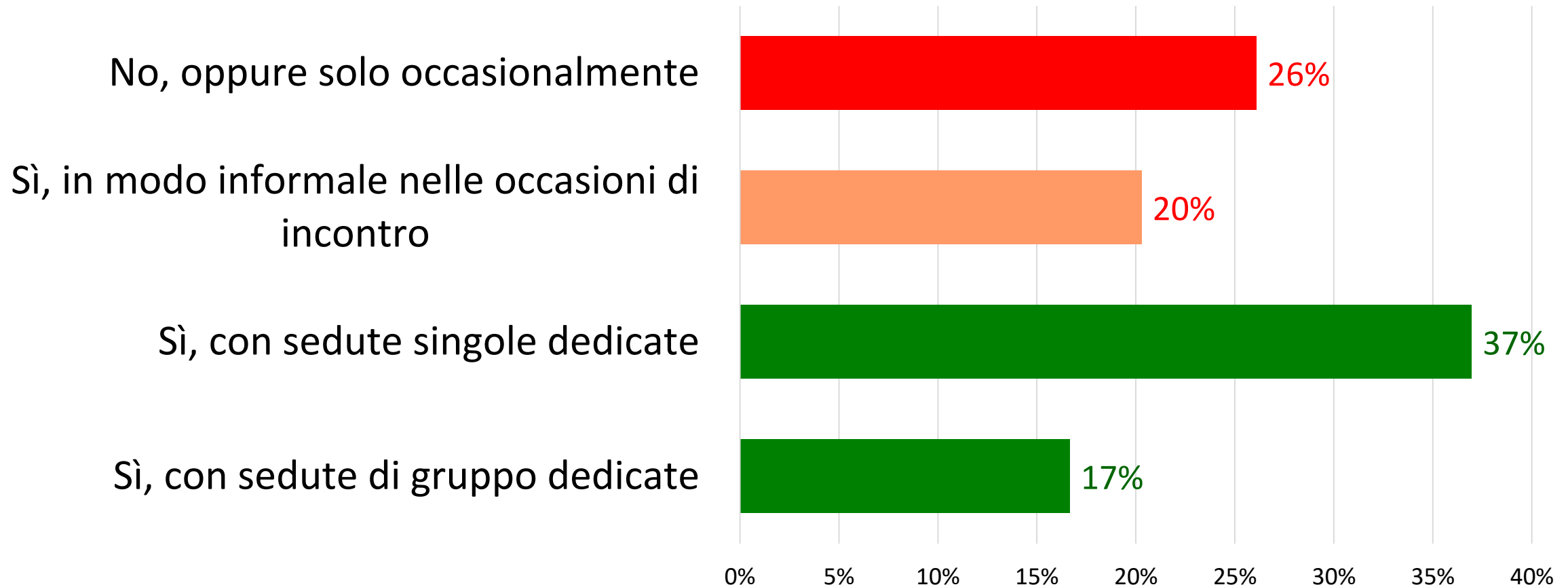
Attività e servizi: differenze tra tipologia di Centri Diurni (1)



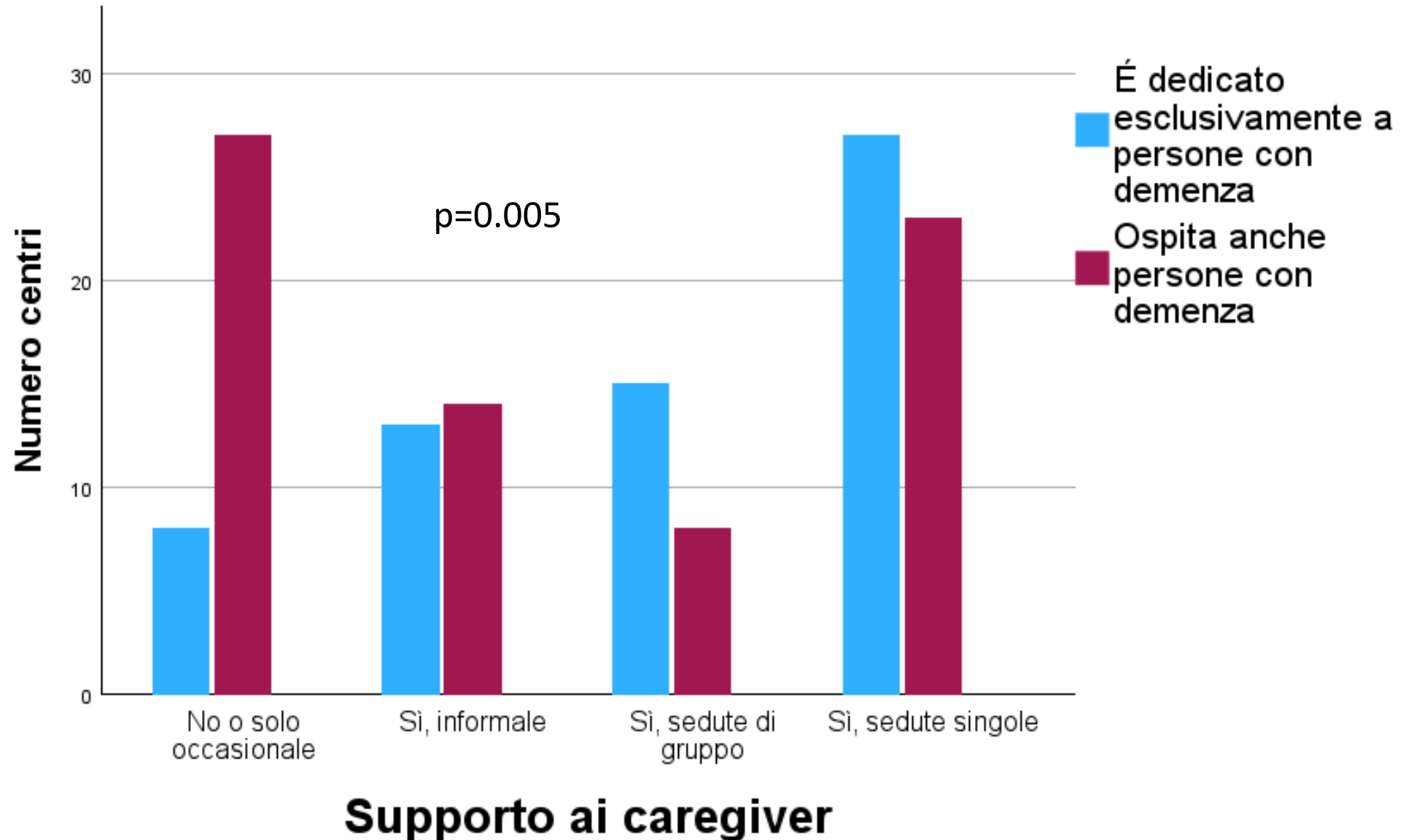
Attività e servizi: differenze tra tipologia di Centri Diurni



Supporto (psicologico/counseling) ai caregiver



Supporto ai caregiver per tipologia di Centro



Quanto rappresentano un problema per la struttura in cui lavora...

...carenza di personale/eccessivo turnover

	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	TOTALE
☆	25.74%	30.88%	29.41%	13.97%	
	35	42	40	19	136

N=136

44%

Indipendentemente dalla tipologie di Centro Diurno

Quanto rappresentano un problema per la struttura in cui lavora...

...carenza di personale formato/di occasioni di formazione

	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	TOTALE
☆	22.22% 30	40.74% 55	27.41% 37	9.63% 13	135

N=135

37%

Quanto rappresentano un problema per la struttura in cui lavora...

...problemi di sostenibilità economica,
eccessivi costi di gestione

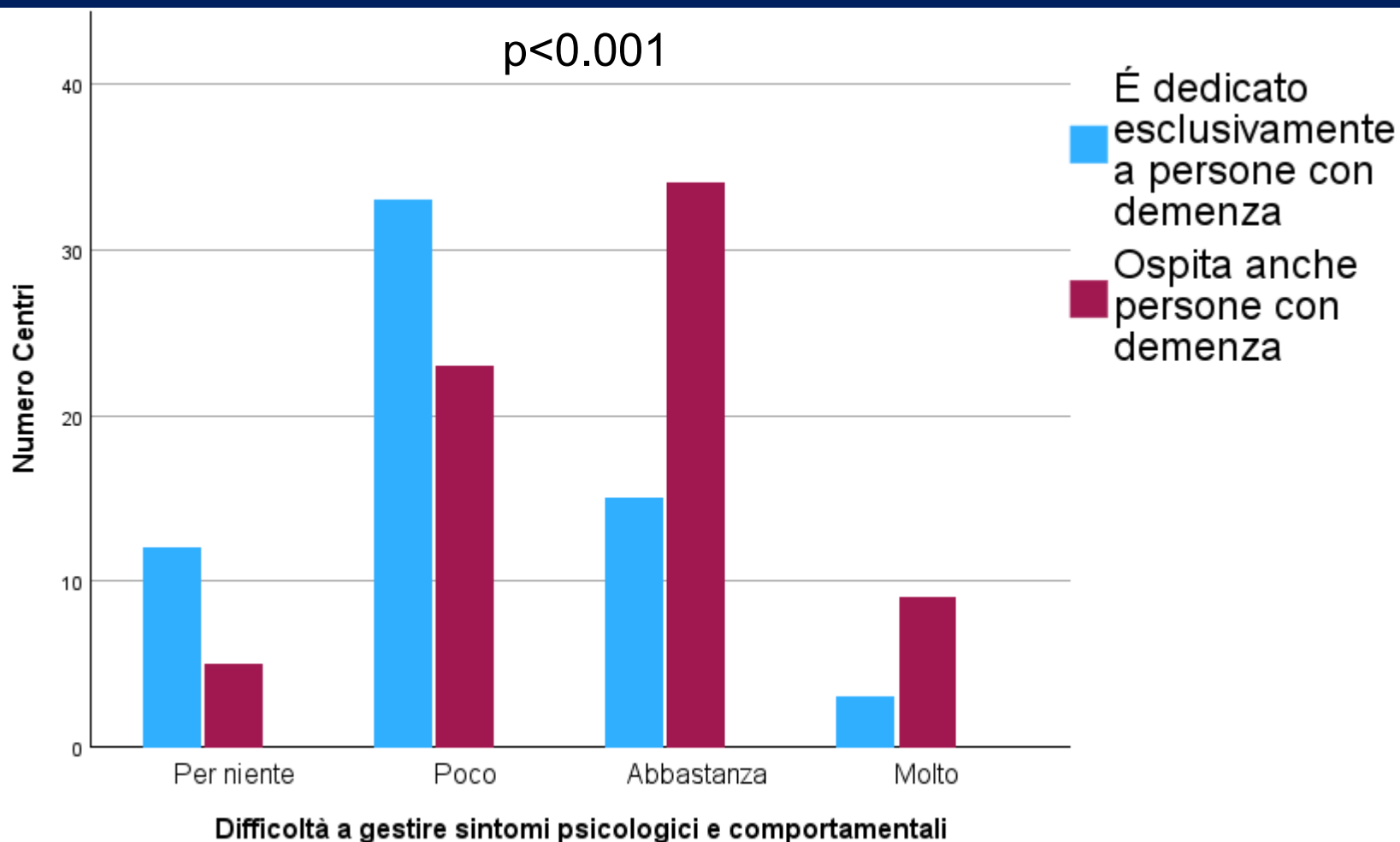
	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	TOTALE
☆	14.39%	25.76%	45.45%	14.39%	
	19	34	60	19	132

N=132

60%

Quanto rappresentano un problema per la struttura in cui lavora...

...difficoltà a gestire i disturbi del comportamento (affaccendamento motorio, aggressività)



N=134

Dalle Linee di Indirizzo al mondo reale: riflessioni

- Linee di indirizzo: le **caratteristiche ambientali-organizzative** sono centrali per poter dare risposte ai bisogni della persona con demenza, in particolare ai disturbi del comportamento: centralità di **requisiti di personale** (formazione e quantità), **interventi psico-sociali** (varietà e frequenza), **caratteristiche strutturali** (giardino)
- Un LEA poco garantito: **numeri bassi e disomogenei**. Riapertura dopo la crisi pandemica?
- Requisiti di personale e interventi psico-sociali **mediamente adeguati** – ma disomogeneità geografica di caratteristiche e costi del servizio
- I Centri Diurni specificamente dedicati alle demenze garantiscono una maggior **quantità e varietà di figure professionali** (psicologo, terapeuta occupazionale), una maggior **frequenza di interventi psicosociali** e maggiori servizi all'utenza (trasporto, **giardino**) → costi mediamente maggiori, ma maggior capacità di far fronte ai sintomi psicologici e comportamentali – percepita dagli operatori
- **Quale equilibrio possibile tra qualità e costi? Possiamo passare dalle Linee di Indirizzo a standard minimi di qualità?**