

Fondazione Caript

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 Monteoliveto
Pistoia

ASLOgliastra
Azienda socio-sanitaria locale

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

UNICA

A quali requisiti e a quali bisogni deve rispondere un Centro Diurno Alzheimer ?

Il punto di vista dell'azienda sanitaria

Andrea Fabbo
Direttore Generale ASL 4 Ogliastra
Coordinatore scientifico rete socio-sanitaria regionale

CONTESTO

La demenza in Italia: numeri e tendenza

1,43 mln
persone con demenza in Italia, stima 2025

2,2 mln
attese entro il 2050, un aumento del 54%

2 su 3
sono donne, anche tra chi assiste i familiari

Prevalenza del 2,4%, la più alta dell'Unione europea, destinata a salire al 4,2% nel 2050.

Costo annuo di 23,6 miliardi di euro, di cui il 63% a carico delle famiglie.

Fonti: Alzheimer Europe 2025 (gennaio 2026); ISS, Osservatorio demenze

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

CONTESTO

Perché questa domanda, oggi

- La demenza è una **priorità di salute pubblica**: l'Italia è tra i Paesi con più alta prevalenza in Europa.
- Il Centro Diurno Alzheimer (CDA) è **l'unica risposta semiresidenziale a specificità clinica riconosciuta nei LEA** (classe SRD, D.M. 17/12/2008).
- L'offerta è **fortemente disomogenea**: **meno del 50%** dello standard LEA nazionale (1,5 CDA/1.000 abitanti) e **marcato divario Nord–Sud**.
- L'azienda sanitaria è chiamata a programmare, accreditare, contrattualizzare e valutare: serve un **quadro condiviso di requisiti e bisogni.**
- La **linea guida ISS** «Diagnosi e trattamento di demenza e MCI» (2023-24) e il Fondo Alzheimer 2024-2026 impongono l'implementazione nei centri diurni.



CONTESTO

Un'offerta distribuita in modo diseguale

Persone con demenza per ogni centro diurno



Nel Sud le strutture (RSA e centri diurni) sono circa un quarto di quelle del Nord.

75%

delle persone con demenza non è inserito in un percorso diagnostico terapeutico assistenziale

Fonte: ISS, Osservatorio demenze, ricognizione su RSA e centri diurni

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

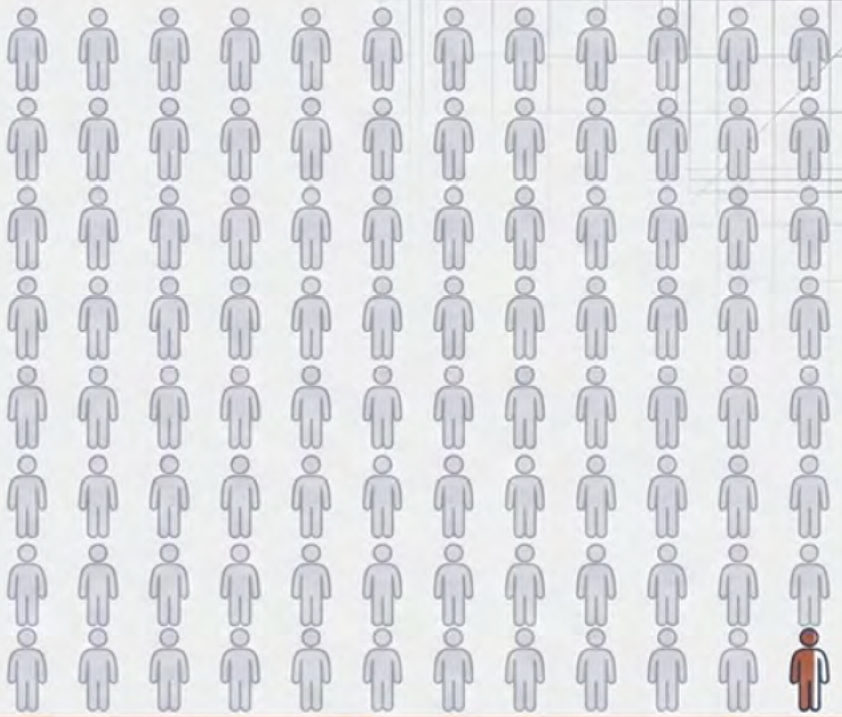
Un Ecosistema Sottodimensionato

141

Solo 141 Centri Diurni in Italia sono interamente dedicati all'Alzheimer (il 13% del totale dei centri diurni).

2.511

I posti totali disponibili a livello nazionale.



1 posto ogni 320 malati.

A fronte di una prevalenza in crescita esponenziale, l'offerta territoriale copre una frazione irrisoria del fabbisogno reale (es. il target normativo stima un fabbisogno dello 0,10% della popolazione >65 anni).

Gemini Notebook

La Frammentazione dell’Assistenza Globale



Estremo Inferiore:
60 minuti/giorno
(Abruzzo).

Media Nazionale:
113 minuti al giorno
per ospite.

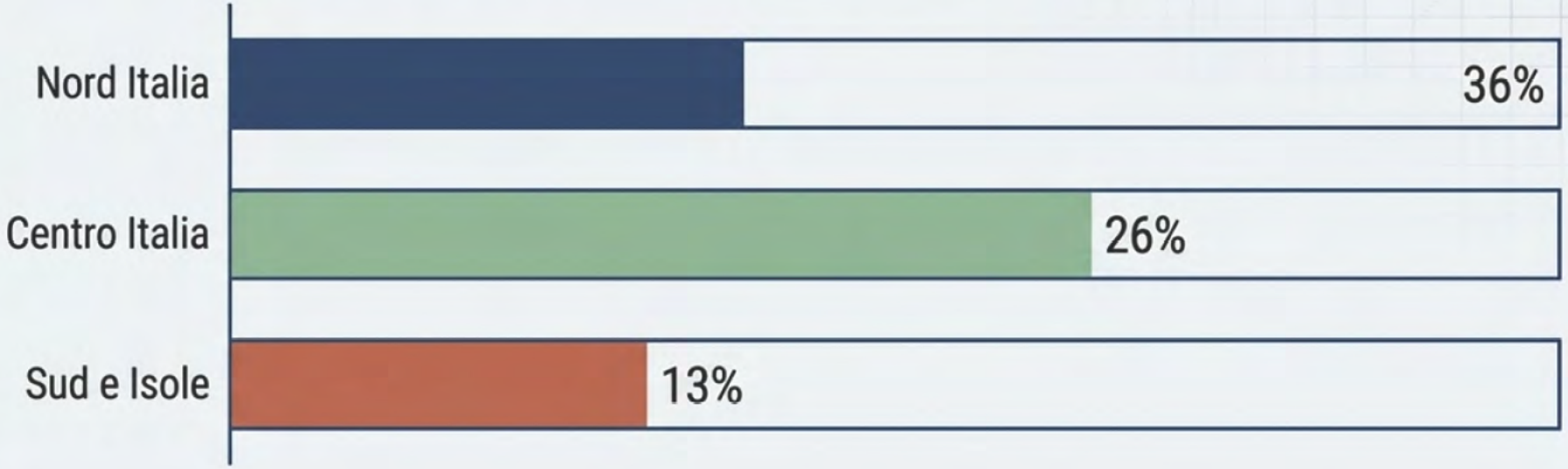
Estremo Superiore:
154 minuti/giorno
(Campania).

L’assenza di modelli organizzativi uniformi crea un codice postale della cura, dove il diritto all’assistenza e alla qualità della vita dipende dai confini regionali.

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Il Modello PDTA: Una Rete a Maglie Larghe

Percentuale di persone con demenza inserite in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) nel proprio territorio:



I PDTA sono essenziali per la continuità di cura. Tuttavia, risultano ancora frammentati, eterogenei e non equamente distribuiti, riducendo l'efficacia globale del sistema.

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

LA PROSPETTIVA

Il punto di vista dell'azienda sanitaria

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Il CDA non è un servizio sociale accessorio: è un **presidio sanitario della rete delle demenze** che vede al centro il ruolo del **CDCD** (Centro Disturbi Cognitivi e Demenze)

Cosa dovrebbe fare l'Azienda Sanitaria insieme alle Comunità Locali/Uffici di Piano/Plus:

- programmazione del fabbisogno territoriale (posti, ubicazione, standard)
- accreditamento e contrattualizzazione secondo standard nazionali e regionali
- **integrazione nel PDTA demenze**: accesso tramite valutazione multidimensionale (UVG/CDCD)
- monitoraggio qualità: indicatori, verifiche, carta del servizio, soddisfazione utenti e famiglie
- governance del personale e sostenibilità economica (quota sanitaria, compartecipazione)

Il criterio guida: ogni requisito strutturale/organizzativo dovrebbe rispondere a un bisogno clinico della persona con demenza e del suo caregiver.

I bisogni a cui il centro deve rispondere

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

La persona

- Mantenere autonomia e funzioni residue
- Stimolazione cognitiva e relazioni significative
- Gestione dei disturbi del comportamento senza contenzione
- Sicurezza, orientamento e dignità

Il caregiver

- Sollievo programmato e flessibile
- Informazione, formazione e supporto psicologico
- Conciliazione con lavoro e vita privata
- Un riferimento unico lungo il percorso

Il sistema

- Presa in carico continua, dalla diagnosi al fine vita
- Appropriatezza: il livello di cura giusto
- Equità di accesso tra territori
- Sostenibilità economica e di personale



Quali bisogni deve intercettare?

Valutazione multidimensionale: la diagnosi da sola non basta.

Cognitivi

C

Stimolazione, orientamento, attività significative

Funzionali

F

Mobilità, ADL, equilibrio, prevenzione cadute

Comportamentali

B

Comprendere cause, bisogni insoddisfatti e trigger

Clinici

+

Comorbilità, dolore, nutrizione, idratazione, farmaci

Relazionali

R

Identità, preferenze, socialità, appartenenza

Familiari

♥

Sollievo, formazione, supporto e pianificazione

Principio: partire dalla persona, dalla sua storia e dal contesto familiare.

BISOGNI

A chi si rivolge e come si accede

Diagnosi
Centro per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD)

→

Valutazione
Bisogni sanitari e sociali, con il caregiver

→

Piano
Progetto individualizzato, condiviso con la famiglia

→

Frequenza
Centro diurno, con verifica periodica degli esiti

Per chi

- Demenza in fase lieve o moderata
- Disturbi comportamentali gestibili
- Caregiver da sostenere
- Bisogno di socialità e stimolazione

Criteri da rendere espliciti

- Stadio e gravità, con scale validate
- Priorità e lista d'attesa trasparenti
- Trasporto e distanza da casa
- Verifica periodica dell'idoneità

Fonte: Piano nazionale demenze (2014) e linee di indirizzo sui PDTA (2017); criteri da definire a livello regionale

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Che cosa sappiamo dalla letteratura?

Evidenze promettenti, ma risultati non uniformi: distinguere consenso esperto, linee guida e studi di efficacia.

SEGNALI FAVOREVOLI

Possibili benefici su BPSD, sintomi depressivi, stimolazione delle capacità residue e carico del caregiver.

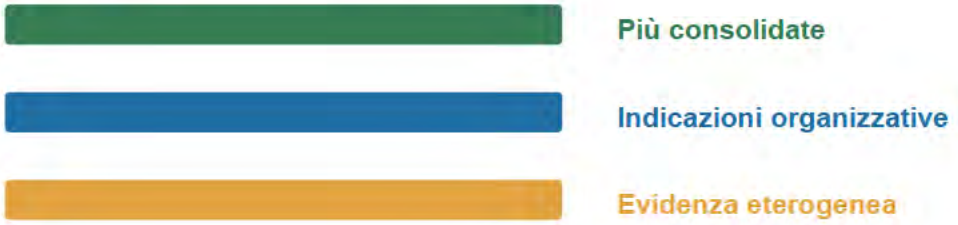
ETEROGENEITÀ

Modelli, intensità, target e misure di esito molto diversi; pochi studi randomizzati specifici sui centri.

IMPLICAZIONE

Non promettere risultati automatici: progettare interventi definiti e monitorare gli esiti locali.

Forza dell'evidenza: una lettura qualitativa, non una graduatoria numerica



Fonti: Mossello et al. 2023; Nguyen et al. 2024; NICE NG97.

Evidenze scientifiche

Il Centro Diurno Alzheimer è un **servizio semiresidenziale** che combina assistenza, attività personalizzate, interventi psicosociali e supporto ai caregiver.

La letteratura suggerisce **benefici potenziali** soprattutto sul benessere della persona, sui **sintomi comportamentali** e sul **carico familiare**; tuttavia, l'efficacia dipende dal **modello organizzativo** e non è dimostrata in modo uniforme per tutti gli esiti.

Riabilitazione cognitiva, **terapia occupazionale** e **attività funzionali** possono sostenere specifiche abilità; non è dimostrato però che il Centro arresti la progressione della demenza.

Ricoveri e istituzionalizzazione: il **rinvio dell'ingresso in struttura residenziale** è un **esito possibile**, ma non garantito; i risultati dipendono da contesto, durata e qualità del servizio.

Il position paper italiano **Italian guidance on Dementia Day Care Centres**, pubblicato nel 2023, è particolarmente rilevante per la programmazione aziendale: raccoglie un consenso multidisciplinare su caratteristiche architettoniche, personale, interventi psicosociali, gestione delle terapie, prevenzione delle sindromi geriatriche e sostegno ai familiari.

Centri Diurni Alzheimer: linee di indirizzo perché gli interventi siano realmente efficaci

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

POSITION PAPER

Check for updates

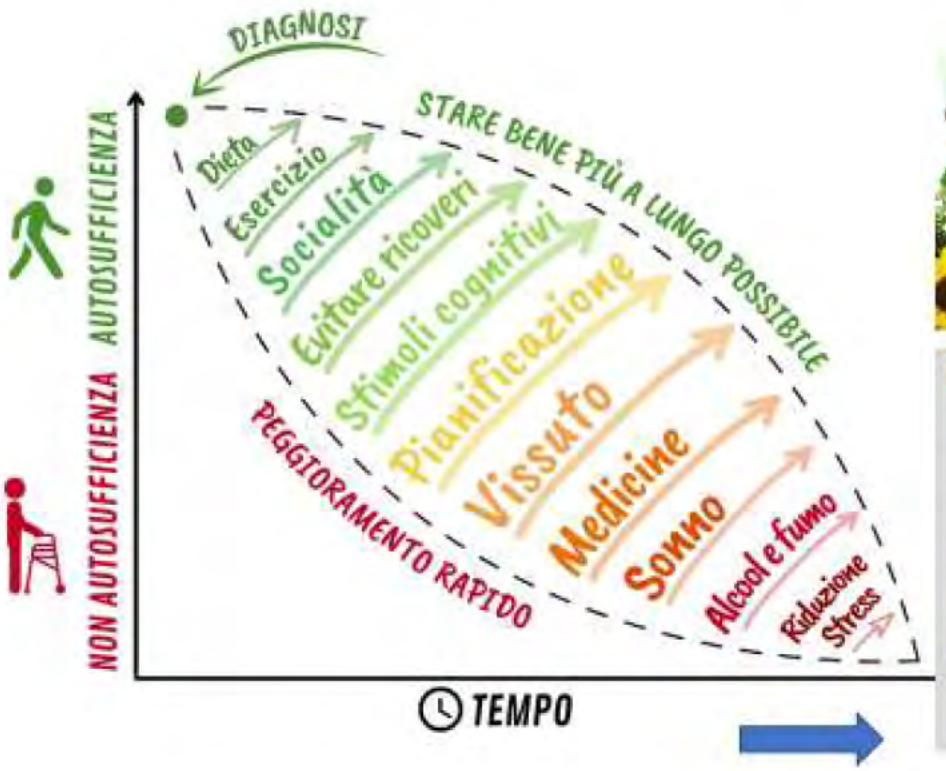
Italian guidance on Dementia Day Care Centres: A position paper

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

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

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

L'evoluzione verso la disabilità e non autosufficienza dipende molto dalla «qualità» della cura





COMPLICANZE (abuso di psicofarmaci, contenzione fisica, cadute , delirium, malnutrizione)
OSPEDALIZZAZIONE INAPPROPRIATA
ISTITUZIONALIZZAZIONE PRECOCE

Dalla gestione più o meno corretta dipendono:

- Evoluzione della malattia
- Comparsa di disabilità
- Appropriatezza delle cure
- Qualità della vita
- Stress del caregiver
- Complicanze sanitarie
- Ospedalizzazione
- Costi socio-sanitari

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

A chi deve rispondere: la persona con demenza

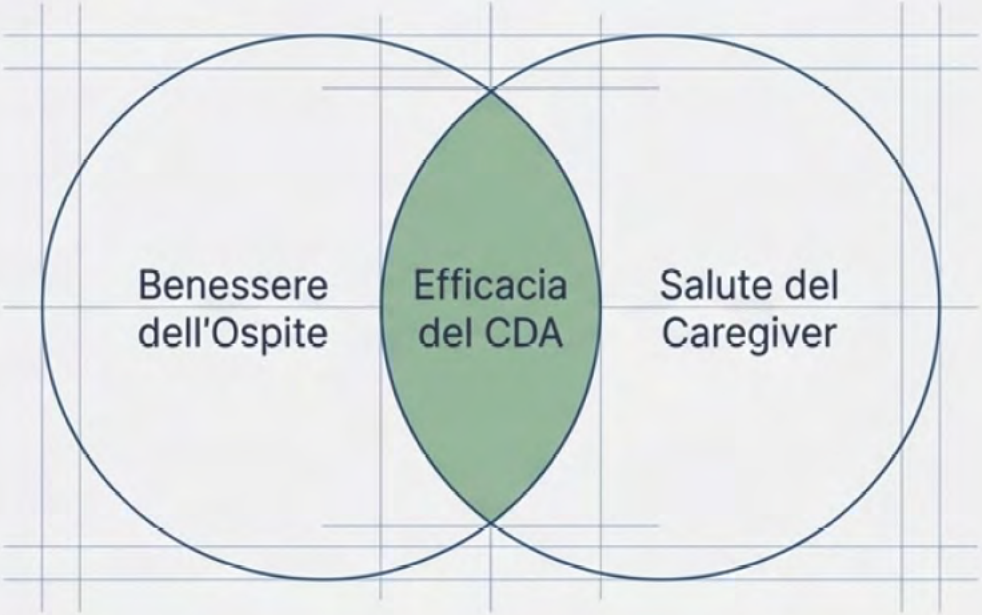
- Diagnosi di demenza (qualsiasi età e stadio, indipendentemente dalla non autosufficienza), inserita dopo valutazione multidimensionale specialistica (UVM/CDCD).
- Deambulante o trasportabile, senza allettamento; presenza di un caregiver che garantisca continuità assistenziale al domicilio, specie nelle ore notturne.
- **Bisogni clinici prioritari:**
  - riduzione dei disturbi neuropsichiatrici (BPSD) e del rischio di istituzionalizzazione
  - mantenimento delle capacità conservate: cognitive, funzionali e motorie
  - sicurezza, orientamento, identità: un ambiente protesico, familiare, non istituzionale
  - nutrizione adeguata, prevenzione di cadute, piaghe, delirium, disfagia
  - rete sociale attiva: relazioni significative, partecipazione, continuità con il territorio

A chi deve rispondere: il caregiver e la famiglia

- Sollievo assistenziale nel tempo: il CDA consente lavoro, cura di sé e altri impegni (evidenze: riduzione dello stress assistenziale e dei sintomi depressivi).
- Formazione e supporto psicologico: ascolto, counseling, gruppi, educazione alla gestione dei BPSD, patto terapeutico-assistenziale.
- Continuità e coordinamento: patto di cura condiviso sul carattere temporaneo della presenza e sugli obiettivi post-dimissione.
- Piano personalizzato e programmazione delle dimissioni fin dall'ingresso (approccio temporaneo: 6-12 mesi tipici, da ri-valutare).

Il Caregiver al Centro del Progetto

Il familiare non è un succedaneo del SSN. Il rischio di isolamento, impoverimento e depressione è altissimo.
Il CDA agisce come rete di salvataggio strutturale.



Respite (Sollievo):
Tempo fisico per prevenire il burnout e permettere il mantenimento dell'occupazione lavorativa.

Sostegno Psicologico:
Gruppi di auto mutuo aiuto e counselling (Caffè Alzheimer).

Training:
Competenze assistenziali trasferite dai professionisti alla famiglia.

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Il caregiver è destinatario dell'intervento

Il sollievo diurno è necessario, ma da solo può non bastare.

COSA OFFRIRE

- Informazione e orientamento
- Formazione pratica sulla comunicazione e sui BPSD
- Ascolto e sostegno emotivo
- Pianificazione delle crisi e delle transizioni
- Collegamento a servizi e associazioni

COSA MISURARE

- Carico assistenziale percepito
- Soddisfazione e fiducia nel servizio
- Accesso a formazione e supporto
- Continuità della frequenza
- Bisogni non soddisfatti e rischio di burnout

Un servizio di qualità lavora con la famiglia, non al posto della famiglia.

Evidenza: Mossello et al., 2023; Nguyen et al., 2024. Gli effetti sul burden non sono uniformi tra studi.

Requisiti strutturali: l'ambiente come terapia

- L'ambiente è un presidio terapeutico: può compensare il deficit cognitivo o accentuarlo (dossier Emilia-Romagna; Ministero della Salute 2010).
- Dimensione: di norma 15-20 ospiti/die (max 30); standard assistenziale SRD ≥ 80 min/ospite/die (media nazionale misurata: 111 min).
- Spazi minimi: soggiorno, sala pranzo, sala attività, spazio riposo, servizi igienici attrezzati (≥ 1 ogni 10 ospiti), spogliatoio operatori.
- **Ambiente protesico e orientante:**
  - segnaletica implicita ed esplicita, percorsi chiusi senza sensazione di 'reclusione', eliminazione ostacoli e aree non controllate
  - familiarità: arredi di casa, materiali personali, possibilità di animali da compagnia
  - riduzione della connotazione sanitaria: niente divise, spazio verde/giardino terapeutico, attività anche all'aperto
- Ubicazione urbana accessibile, inserita nel quartiere, per favorire inclusione sociale.

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Requisiti strutturali: l’ambiente è parte dell’intervento

Spazi progettati per sicurezza, comfort, autonomia e orientamento.



ORIENTAMENTO

Segnaletica semplice, riferimenti visivi, routine riconoscibili.

SICUREZZA SENZA ISTITUZIONALIZZARE

Prevenire rischi mantenendo libertà e dignità.

SPAZI ESTERNI

Se possibile, area protetta per camminare e stare all’aperto.

Schema illustrativo: i requisiti effettivi dipendono dalla normativa regionale e dall’autorizzazione.

Requisiti di personale: un'équipe multidisciplinare

- Coordinatore/responsabile di struttura (18-20 h/sett): governo clinico-organizzativo.
- Medico con esperienza nelle demenze, preferibilmente geriatra (6 h/sett): piano integrato di gestione BPSD, sindromi geriatriche, formazione.
- Infermiere (4-18 h/sett): valutazioni, assistenza, coordinamento PAI.
- Figure riabilitative/educative: terapista occupazionale/educatore/TPRP (18 h ogni 10 ospiti): stimolazione cognitiva, attività individuali e di piccolo gruppo mirate al profilo del singolo.
- Psicologo (≥ 9 h/sett): valutazione neuropsicologica, supervisione attività, supporto a famiglie (sostegno individuale e di gruppo) e agli operatori (prevenzione burnout).
- OSS (rapporto 1:2,5 utenti): assistenza alla persona e ai pasti; fisioterapista e arteterapeuta/musico-terapeuta per completare l'offerta.
- Standard LEA SRD: 80 min/ospite/giorno — le esperienze regionali virtuose superano di 40-60% questo livello.

L'Anatomia del Modulo: Un'Équipe Multidisciplinare

Il Centro Diurno ha una valenza terapeutica attiva. Il modello organizzativo per un modulo di 10 ospiti richiede un ecosistema di competenze interconnesse.



GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

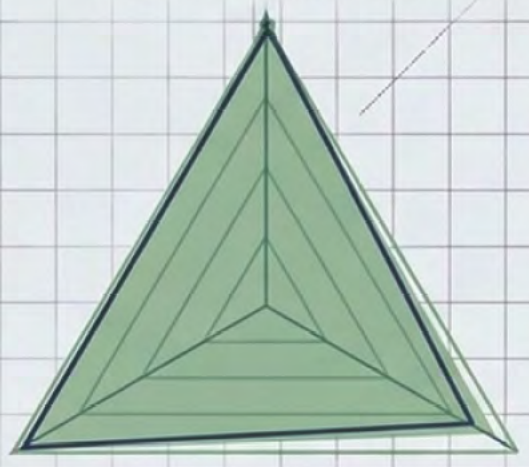
Il Ruolo dell'Infermiere: Oltre la Clinica

Nel CDA, l'infermiere esercita un ruolo di management ambientale proattivo, essenziale per prevenire le com**plicanze** che causano riospedalizzazioni.



Prevenzione Complicanze

Idratazione, prevenzione cadute e lesioni da pressione.



Educazione

Formazione pratica del caregiver familiare per la gestione notturna e domiciliare.

Gestione BPSD

Monitoraggio e gestione dei disturbi psico-comportamentali.

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Relazione, comunicazione, inclusione





C'è un crescente consenso su quali sono le competenze richieste per la cura della demenza

- COMPRENDERE I COMPORTAMENTI
- CONOSCERE COME COMUNICARE
- UNA CURA PERSON CENTRED E CENTRATA SULLA RELAZIONE
- PROMUOVERE IL BENESSERE E LA QUALITÀ DI VITA DELLA PERSONA CON DEMENZA



- Personale
- Familiari/Caregiver
- Volontari

Il Centro funziona se la rete funziona

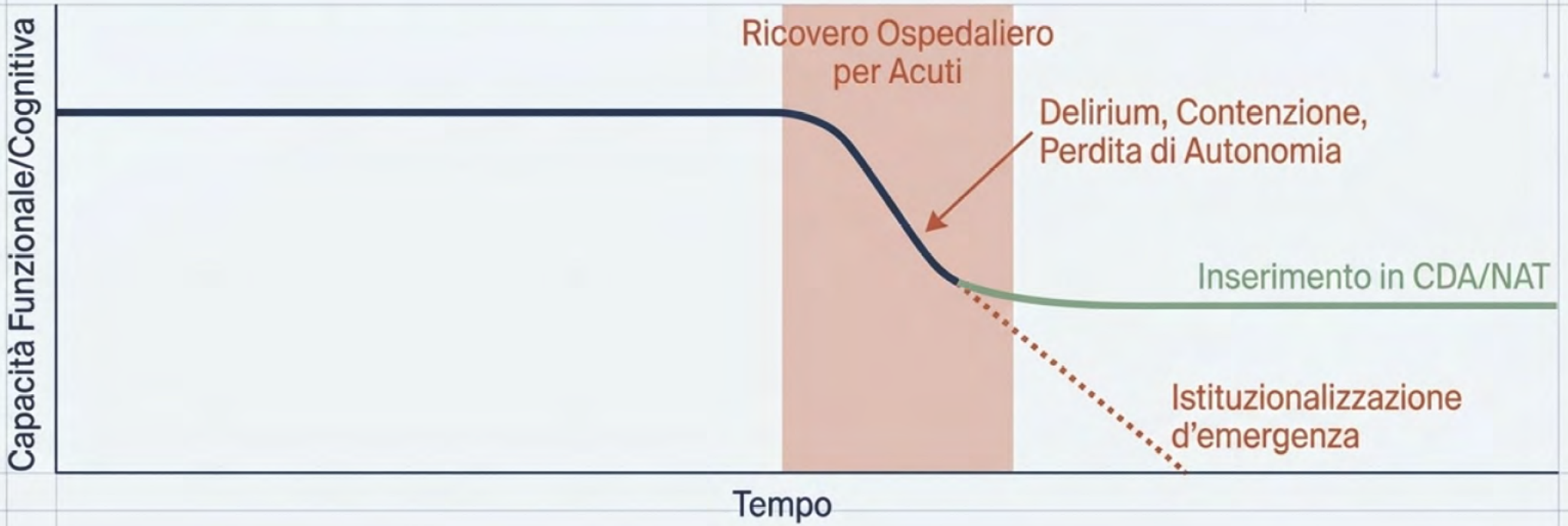
Evitare che il servizio diventi un'isola assistenziale.



Regole minime: referente identificato • consenso e scambio informativo appropriato • passaggi documentati • rivalutazione.

La Trappola dell'Ospedale per Acuti

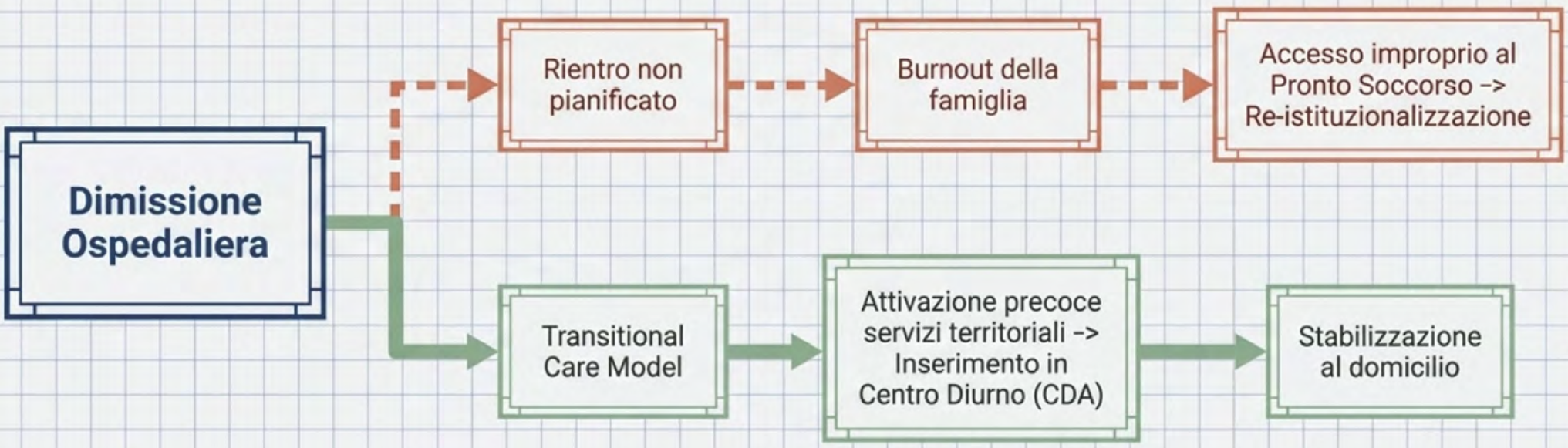
L'ospedale è progettato per intensità di cura, ma fallisce sulla complessità assistenziale. Il paziente con demenza, spesso etichettato impropriamente come bed blocker, subisce danni funzionali irreversibili in ambienti non adattati.



GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Il Punto di Rottura: La Dimissione

La transizione ospedale-territorio è il momento a più alto rischio clinico e sociale. Senza supporto, il rientro a casa si trasforma in un'emergenza continua.



GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER
Fai Gemini Notebook

Gli Obiettivi Sistemici del Centro Diurno



Ridurre i Ricoveri

Prevenzione di ospedalizzazioni improprie e istituzionalizzazione definitiva, favorendo la permanenza a domicilio.



Rallentare il Declino

Stimolazione cognitiva, riattivazione motoria e riduzione del ricorso a terapie farmacologiche, specialmente per i BPSD.



Supportare il Caregiver

Riduzione dello stress e del rischio di depressione/burnout della famiglia, offrendo sollievo e orientamento.

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Nodi Operativi: Orari e Sostenibilità



Orari di Apertura

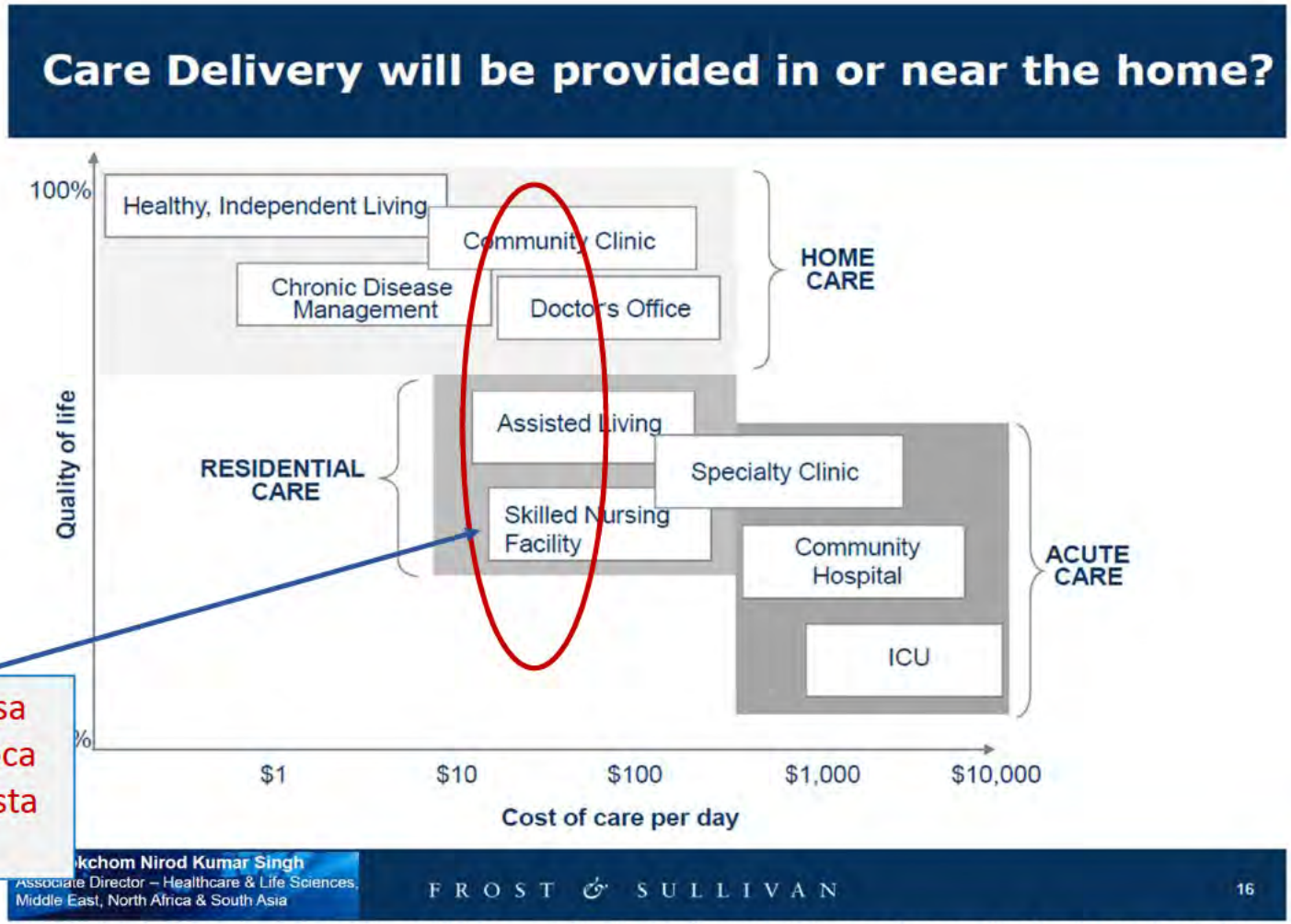
- **La Criticità:** Un'apertura di 30 ore settimanali (es. Bolzano) è insufficiente per coprire i pomeriggi lavorativi dei caregiver.
- **Il Target di Qualità:** 8 ore al giorno, 5-6 giorni a settimana (media virtuosa: 60h/settimana in Emilia Romagna).



Tariffe (Compartecipazione)

- **Costo Medio:** 63,12 € al giorno.
- **Copertura:** Oneri sanitari a carico del SSN; quota alberghiera (max 30% della tariffa) a carico dell'utente o del Comune (spesso legata all'ISEE).

Gemini Notebook



I **costi del servizio** sono compensati dal **grande impatto sanitario e sociale** che il CD Alzheimer potrebbe avere in:

- **riduzione accessi in PS** e **ricoveri ospedalieri**
- ritardo della **istituzionalizzazione**
- riduzione delle **complicanze** che portano a disabilità

Maffioletti VLR, Baptista MAT, Santos RL, Rodrigues VM, Dourado MCN. Effectiveness of day care in supporting family caregivers of people with dementia: A systematic review. Dement Neuropsychol. 2019 Jul-Sep;13(3):268-283.

Mossello E, et al. Italian Group on Dementia Day Care Centres. Italian guidance on Dementia Day Care Centres: A position paper. Aging Clin Exp Res. 2023 Apr;35(4):729-744.

Misurare valore: cruscotto minimo aziendale

Indicatori di struttura, processo, esito ed equità. Baseline e target vanno definiti localmente.

ACCESSO

Tempo richiesta → ingresso
Lista d'attesa • provenienza

PROCESSO

PAI aggiornati
Rivalutazioni • continuità

SICUREZZA

Cadute • eventi avversi
Dolore • nutrizione

PERSONA

Funzione • partecipazione
Benessere • BPSD

FAMIGLIA

Carico percepito
Soddisfazione • supporto

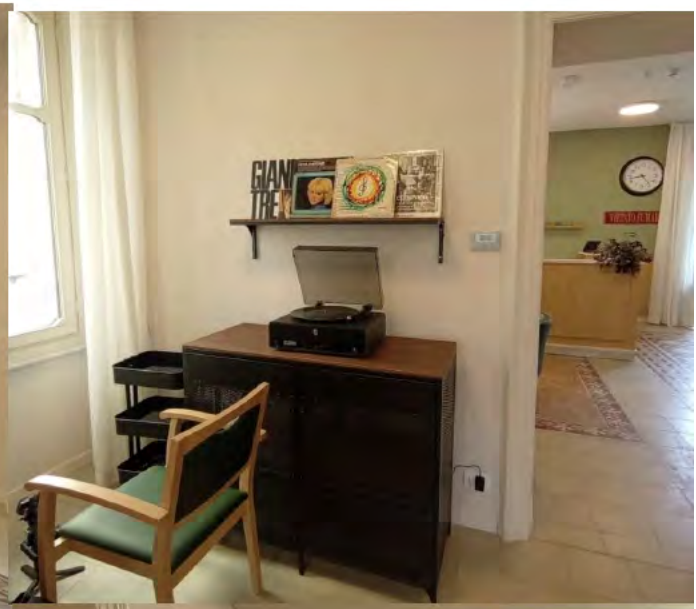
SOSTENIBILITÀ

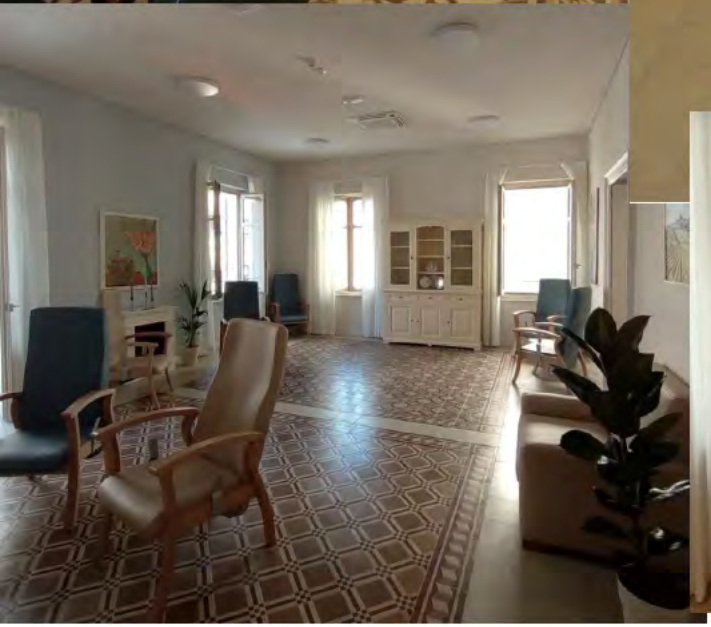
Costo/giornata
Occupazione • assenze

Misurare per migliorare: confronti nel tempo, aggiustati per gravità e caratteristiche degli utenti.












ilnuovaprovincia.it
ASTI - Inaugurazione
Apre “Intrecci di vite”, il nuovo centro diurno Alzheimer
In via Antica Zecca inaugurata la struttura realizzata da Socialcoop e Confcooperative Piemonte Sud


GRUPPO ITALIANO
CENTRI DIURNI
ALZHEIMER

TAKE-HOME MESSAGE



Il Centro Diurno Alzheimer è un nodo di cura, non un contenitore.

- Risponde a bisogni della persona e del caregiver.
- Richiede ambiente appropriato, personale competente e interventi personalizzati.
- Funziona se è integrato con la rete territoriale.
- Il valore va dimostrato con indicatori di qualità, esito, equità e sostenibilità.

Presidio socio-sanitario indispensabile da considerare nella riorganizzazione della assistenza territoriale

GRUPPO ITALIANO CENTRI DIURNI ALZHEIMER



….Un luogo in cui lo spazio fisico (colori, arredi, percorsi) e lo spazio umano e relazionale cooperano per compensare i deficit della persona , permettendole di sentirsi ancora capace ed efficace riducendo l'ansia ed il disagio..

Grazie per l'attenzione