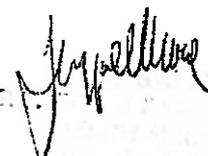


 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	Protocollo <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI          CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	Cod. 01/CDCD Edizione 1/2023
--	---	---------------------------------

ALLEGATO A

**PROTOCOLLO  
 PER LA DIAGNOSI PRECOCE E CURA DEI PAZIENTI CON  
 DISTURBI NEUROCOGNITIVI**

SO GIOVANNI PAOLO II OLBIA

DATA	REDAZIONE	APPROVAZIONE	VALIDAZIONE
20.09.2023	Dr. Giuseppe Mura <i>Responsabile CDCD</i>  Dr.ssa Alessandra Maria Giua <i>Dir. Medico Neurologia</i>  Dott.ssa Federica Donno <i>Psicologa e Psicoterapeuta</i>  Anna Paola Fresu <i>Infermiera Neurologia</i>	Dr. Giuseppe Mura <i>Responsabile SSD            Neurologia</i>  	

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Protocollo</b> <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI</b> <b>CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	<b>Cod. 01/CDCD</b> <b>Edizione 1/2023</b>
--	---	---

<i><b>INDICE</b></i>	<i><b>Pagina</b></i>
<i>Premessa</i>	3
1. SCOPO/OBIETTIVO	3
2. APPLICABILITÀ	3
3. ACRONIMI	4
4. RIFERIMENTI DOCUMENTALI e BIBLIOGRAFICI	5
5. DISTRIBUZIONE	5
6. FUNZIONI CDCD	5
7. FASI DEL PROCESSO	6
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	10
9. INDICATORI	11
10. ALLEGATI	11

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Protocollo</b> <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI</b> <b>CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	Cod. 01/CDCD Edizione 1/2023
--	---	---------------------------------

### **Premessa**

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di *Alzheimer Disease International* una priorità mondiale di salute pubblica: *"nel 2010, 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, del triplo nel 2050, con 7,7 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 4 secondi) e con una sopravvivenza media, dopo la diagnosi, di 4-8-anni. La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate."*

Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno si prefigura di dimensioni allarmanti, ed è facile prevedere che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica.

Il sesso femminile, inoltre, rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%). La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni.

In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. ([www.salute.gov.it/portale/demenze/](http://www.salute.gov.it/portale/demenze/))

Rispetto alle terapie farmacologiche, sebbene ad oggi siano in corso numerosi progetti di ricerca per individuare terapie efficaci nella cura della demenza, purtroppo gli interventi disponibili non sono ancora risolutivi. Le strategie terapeutiche a disposizione per le demenze sono di tipo farmacologico, psicosociale e di gestione integrata per la continuità assistenziale.

### **1. SCOPO/ OBIETTIVO**

Lo scopo del presente documento è la descrizione delle attività nel CDCD della Asl Gallura finalizzate prevenzione primaria, alla diagnosi precoce dei Disturbi Cognitivi e Demenze, al controllo della progressione della malattia, al miglioramento la qualità e l'appropriatezza delle cure e dei trattamenti farmacologici e non farmacologici informazione caregiver sulla gestione del pz

### **2. APPLICABILITÀ**

La presente procedura si applica a tutte le persone con sospetto di disturbi cognitivi che accedono al CDCD all'interno della SSD di Neurologia presso la S.O. Giovanni Paolo II, inviati dal medico di Medicina Generale o altri servizi territoriali o ospedalieri.

### 3. ACRONIMI

CDCD	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
SO	Struttura Ospedaliera
PND	Piano Nazionale Demenze
PDTA	Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali
GU	Gazzetta Ufficiale
PAI	Piano Assistenza Individuale
OSS	Operatore Socio Sanitario
MMG	Medico Medicina Generale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
ADL	Activites of Daily Living
IADL	Instrumental Activites of Daily Living
CDR	Clinical Dementia Rating
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
Mdc	Mezzo di contrasto
TC	Tomografia Computerizzata
ALT	Alanina Aminotransferasi
TSH	Thiroid Stimulating Hormone
FT4	Tiroxina Libera
LDL	Low Density Lipoproteina
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
QT	Onde Elettrocardiografiche
ACE-R	Adden Brooke's Cognitive Examination
MMSE	Minimental State Examination
FCSRT	Free and Cued Selective Reminding Test
TMT	Trail Making Test
BADA	Batteria analisi deficit afasici
Bv FTD	The behavioral variant of Frontotemporal dementia
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PET	Tomografia Emissione Positroni
FDG	Florodesossiglucosio
SPECT	Tomografia a Emissione di Fotone Singolo
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
DAT	Dichiarazione Anticipata di Trattamento
DLB	Demenza a Corpi di Lewy
AD	Alzheimer Disease
FTD	Demenza Frontotemporale
MND	Motor Neuron Disease
CADASIL	Cerebropatia Autosomica Dominante

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	Protocollo <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI          CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	Cod. 01/CDCD Edizione 1/2023
--	---	---------------------------------

EEG	Elettroencefalogramma
HIV	Human Immunodeficiency Virus
OSAS	Sindrome Apnee Ostruttive del Sonno
RBD	Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

#### 4. RIFERIMENTI NORMATIVI /BIBLIOGRAFICI

- Tavolo per il monitoraggio dell'implementazione del "Piano Nazionale Demenze (PND)
- Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" pubblicato in GU Serie generale n.9, del 13 gennaio 2015, "Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze".
- ISTAT. Sito dell'Istituto Nazionale di Statistica <http://www.istat.it/it/archivio/180494>
- Istituto Superiore di Sanità. Sito web Osservatorio Demenze. [www.iss.it/demenze](http://www.iss.it/demenze)
- [www.aifa.gov.it](http://www.aifa.gov.it) > documents > Determina\_21\_03\_2023\_nota85

#### 5. DISTRIBUZIONE

Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio per la diffusione ai Servizi territoriali e figure coinvolte

#### 6. FUNZIONI DEL CDCD

Il Centro per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD), come definito nel Piano Nazionale Demenze (GU Serie Generale n.9 del 13/1/2015), effettua la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e/o demenza; formula la diagnosi, definisce il piano di interventi farmacologici, riabilitativi e psico-sociali. Viene quindi demandata al CDCD la formulazione di un PAI (piano assistenziale individualizzato), relativo ai singoli pazienti, che potrà prevedere, tra gli altri interventi, anche un percorso di riabilitazione cognitiva da ritagliare sulle caratteristiche del paziente (diagnosi, stadio di gravità della malattia, capacità e volontà di partecipazione, presenza di disturbi comportamentali, supporto del caregiver etc...) e da svolgersi in strutture socio-sanitarie o in ambito ambulatoriale

#### **Figure professionali coinvolte nella gestione delle persone con disturbi cognitivi**

##### **Equipe di base per il CDCD:**

- Medico neurologo .del CDCD
- Psicologo
- Infermiere

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Protocollo</b> <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI</b> <b>CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	Cod. 01/CDCD Edizione 1/2023
--	---	---------------------------------

**Altre figure professionali in relazione ai bisogni:**

- Nutrizionista
- Fisioterapista
- Logopedista
- Terapista occupazionale
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica - Educatore professionale
- Assistente sociale
- Operatore socio-sanitario (OSS) - Educatore sociale

**7. FASI DEL PROCESSO**

7.1 L'accesso del paziente per visita neurologica può avvenire con impegnativa da parte del MMG e/o altri specialisti con prenotazione CUP ad ambulatorio CDCD dedicato.

Il MMG rappresenta il primo riferimento sanitario a cui la persona che lamenta difficoltà cognitive o i suoi familiari si possono rivolgere per un aiuto, ma anche il punto di riferimento strategico nell'ottica di una presa in carico continuativa.

**7.2 Accettazione (Infermiere CDCD)**

- Acquisizione impegnativa (MMG o altro specialista) ed eventuale regolarizzazione ticket
- Acquisizione dati personali
- Impostazione frontespizio cartella ambulatoriale per la 1<sup>a</sup> visita o per le visite di controllo aggiornamento dati personali dalla cartella esistente custodita in archivio
- Firma consenso privacy e visione apposita informativa
- Assegnazione numero (in base all'orario di prenotazione CUP)
- Registrazione nell'apposito "registro pazienti"
- Assistenza ai bisogni del pz

Inoltre l'infermiere fornisce informazioni (anche attraverso materiale divulgativo) e sensibilizza i familiari sulla malattia e come prendersi cura dei disturbi cognitivi.

**7.3 Valutazione per sospetto disturbo cognitivo (Neurologo CDCD)**

- Anamnesi, visione cartella clinica ed eventuale documentazione
- Valutazione funzionale (ADL e IADL)
- Valutazione comportamentale (anamnestica e qualitativa)
- Valutazione globale (CDR)
- Richiesta di indagini radiologiche:
  - RMN encefalo senza mdc (indagine di elezione)
  - TC encefalo senza mdc (per i soggetti con età >85 anni o se controindicata RMN)

Accertamenti clinici per escludere eventuali cause secondarie di deterioramento cognitivo:

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Protocollo</b> <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI</b> <b>CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	<b>Cod. 01/CDCD</b>  <b>Edizione 1/2023</b>
--	---	---

Esami ematochimici: emocromo, sodio, potassio, calcio, glicemia, dosaggio vitamina B12, folati, azotemia, creatinina, elettroforesi delle sieroproteine, ALT, AST, TSH, FT4, anticorpi antitiroide (anti tireoglobulina e anti tireoperossidasi), colesterolo totale, LDL e trigliceridi, TPHA.

ECG con misurazione QTc e visita cardiologica.

Nei casi di comorbidità, se il deficit cognitivo persiste dopo adeguata terapia, il paziente viene preso in carico dal CDCD.

### 7.3.1 Valutazione cognitiva di 1° livello

- ACE-R nei soggetti con sospetto MCI e autonomia funzionale preservata
- MMSE e Clock Drawing Test nei soggetti con sospetta demenza

Con l'esito degli accertamenti prescritti il neurologo valuterà i criteri di inclusione o di esclusione per la presa in carico presso l'ambulatorio CDCD

#### *Criteri di inclusione al CDCD:*

- Soggetti con sospetto disturbo neurocognitivo (anche con esordio comportamentale)
- Soggetti con diagnosi di disturbo neurocognitivo minore secondo i criteri del DSM-V.
- Soggetti con diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore secondo i criteri del DSM-V

#### *Criteri di esclusione al CDCD:*

- Soggetti con disturbo cognitivo dell'età evolutiva (esclusi i pazienti affetti da Sindrome di Down)
- Se vi sono cause secondarie di decadimento cognitivo (per esempio ipotiroidismo, insufficienza epatica, potus etc) proseguirà con approfondimento diagnostico e terapeutico delle eventuali comorbidità con supporto specialistico (endocrinologo, internista etc).
- Soggetti con tossicodipendenza e disturbo psichiatrico maggiore inveterato a cui si associa un disturbo cognitivo correlato alla patologia di base
- Soggetti che necessitano di valutazione solo ai fini dell'invalidità civile

### 7.3.2 Valutazione cognitiva di 2° livello (Neurologo e Psicologo)

Per i soggetti con demenza lieve (MCI) o demenza lieve-moderata (CDR 0,5/ 1/2) e con MMSE > 10 si procede con le seguenti valutazioni:

- Memoria
  - FCSRT (versione verbale a 16 parole)
  - Figura di Rey (rievocazione differita versione di Cafarra et al.)
  - Raccontino di Babcock (memoria di prosa versione di Spinnler e Tognoni)
- Attenzione e funzioni esecutive
  - TMT A e B
  - Matrici attentive
  - Stroop (versione di Cafarra et al.)
  - Digit Span (diretto ed inverso)

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	Protocollo <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI          CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	Cod. 01/CDCD  Edizione 1/2023
--	---	-------------------------------------

Corsi (diretto ed inverso)

- Linguaggio

Fluenza per categorie fonemiche

Fluenza per categorie semantiche

Denominazione del BADA (denominazione orale, parole e verbi)

- Visuo-spaziali

Prassia costruttiva (copia figure semplici da MDB di Caltagirone et al.)

Figura di Rey (copia)

### 7.3.3 Eventuale valutazione di 3° livello (Neurologo-Psicologo)

In caso di sospette forme atipiche con esordio focale e lentamente progressivo si procede ad un approfondimento con test specifici a valutazione dello specialista Neuropsicologo:

- Afasia Primaria Progressiva

Test di approfondimento del linguaggio, aprassia del linguaggio

Test di social cognition

Test di memoria semantica non verbale

- Atrofia Corticale Posteriore:

Test di approfondimento delle funzioni visuo-spaziali

- Bv FTD

Test di social cognition

Test di approfondimento sul ragionamento e funzioni esecutive

NPI

### 7.4 Diagnosi dubbia

Nei casi di diagnosi differenziale **dubbia** tra le varie forme ed in casi atipici e presenili possono essere necessari ulteriori accertamenti variabili secondo il sospetto diagnostico:

- Esame del liquor, nei soggetti di età inferiore ai 70 anni e/ o nelle forme atipiche o rapidamente progressive (es. malattie da prioni, demenze autoimmuni, forme infettive etc)
- PET con 18F-FDG
- PET con Florbetaben amicoide (solo nei soggetti di età inferiore ai 70 anni e secondo raccomandazioni dell'Italian Interdisciplinary Working Group Neurol Sci 2015;36(6):1075-81)

**La richiesta della PET viene inoltrata alla Medicina Nucleare dell'AOU di Sassari**

- SPECT cerebrale DAT scan per la diagnosi differenziale tra DLB e AD)
- Studio marcatori genetici dopo adeguato counseling: casi familiari e ad esordio giovanile, FTD +/- MND (opzionale), Malattie da accumulo di metalli, FahrSyndrome, sospetta Malattia di Huntington, sospetto CADASIL, Demenza con atassia, Leucodistrofie, forme familiari giovanili di malattia di Alzheimer, Forme familiari di parkinsonismo, altre
- Videopolisonnografia (sospette OSAS o sospetto RBD)
- EEG (forme rapidamente progressive, sospetta epilessia)

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Protocollo</b> <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI</b> <b>CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	<b>Cod. 01/CDCD</b>  <b>Edizione 1/2023</b>
--	---	---

- Panel vasculiti e trombofilia, HIV, Ammoniemia, Cupruria 24 h, Ceruloplasmina, altri dosaggi ormonali

## 7.5 Classificazione del disturbo cognitivo e follow-up

7.5.1 **Diagnosi confermata** secondo i criteri diagnostici DSM-V (American Psychiatric Association 2013):

1. *Nessun disturbo*: esce dal PDTA. Si rinvia al MMG e in caso di diagnosi di altra competenza si invia ad altro specialista (internista, neurochirurgo, reumatologo, oncologo, centro per i disturbi del sonno etc ...)
2. *Disturbo Cognitivo Soggettivo*, follow-up presso il CDCD ad un anno
3. *Disturbo cognitivo secondario a depressione*, rivalutazione a tre mesi dopo adeguata terapia farmacologica e/o breve ciclo di trattamento psicoterapico;
4. *Disturbo Neurocognitivo Minore*, follow-up a sei mesi;
5. *Disturbo Neurocognitivo Maggiore* dovuto a:
  - Malattia di Alzheimer
  - Demenza a Corpi di Lewy
  - Demenza frontotemporale
- Demenza vascolare
  - Demenza mista (2 delle precedenti cause in associazione, in genere malattia di Alzheimer e deterioramento cognitivo su base vascolare)
  - Parkinson-demenza

## 7.5.2 Comunicazione della diagnosi

Per il neurologo e neuropsicologo risulta fondamentale capire le capacità del paziente di comprendere, rielaborare e sostenere emotivamente la propria diagnosi.

*Comunicare la diagnosi significa "coniugare il diritto alla verità con il diritto alla speranza" (Comitato di Bioetica Nazionale, 2014) tenendo conto dei benefici che essa può portare: la comprensione da parte del paziente di quanto sta vivendo, l'opportunità di accedere a servizi appropriati e, non ultimo, la pianificazione della propria vita.*

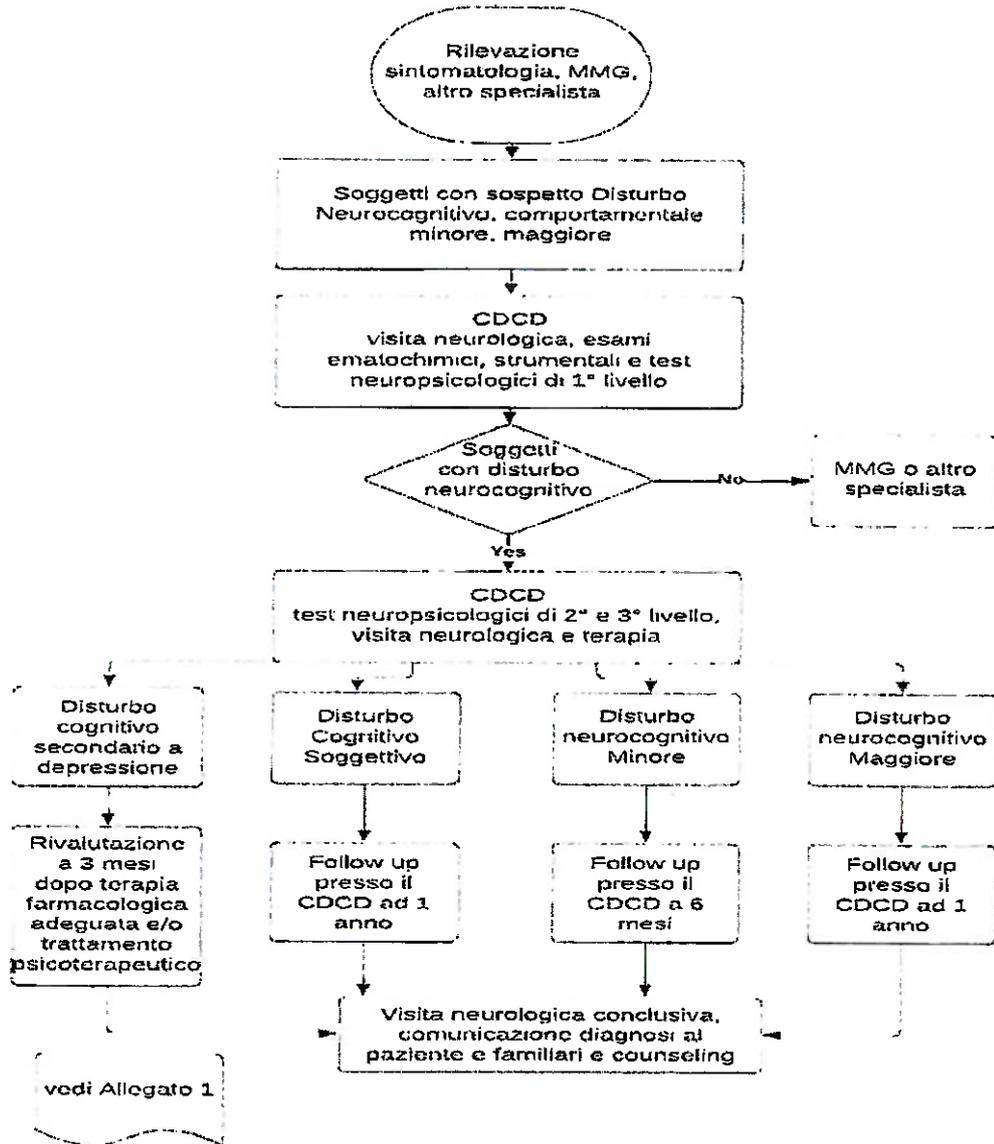
La comunicazione della diagnosi costituisce un processo in cui pazienti e familiari potrebbero aver bisogno di più incontri per comprendere appieno le implicazioni di tale comunicazione.

*La recente legge 219/2017 inoltre impedisce al clinico di nascondere la diagnosi al malato poiché egli, pur nel limite cognitivo, ha "il diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione"(art. 3 comma 1); nello stesso tempo il curante è richiamato al dovere di rispettare i voleri del paziente, desiderata da ricercare all'interno di una relazione di cura a cui tutti, l'equipe e i familiari, possono contribuire (art.1 comma 6 e 2).* Questa fase è essenziale per la pianificazione delle cure e, eventualmente per chi lo desidera, per la compilazione delle proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) previste dalla legge.

Per un piano integrato di terapie farmacologiche (eventuale prescrizione di farmaci specifici con piano terapeutico, terapie sintomatiche, altre) e non farmacologiche (interventi psicosociali su

paziente e caregiver, stimolazione cognitiva, interventi riabilitativi) si rimanda alla procedura specifica codificata 02/CDCD.

### 8. DIAGRAMMA DI FLUSSO



 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Protocollo</b> <b>DIAGNOSI PRECOCE DEI PAZIENTI</b> <b>CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI</b>	Cod. 01/CDCD Edizione 1/2023
--	---	---------------------------------

## 9. INDICATORI

OBIETTIVI	INDICATORI	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET MINIMO	TARGET MASSIMO
Migliorare il setting diagnostico dei CDCD	%	N. pz con sospetto MCI sottoposto a esame neuropsicologico/ N. con sospetto MCI	50%	100%
Presa in carico pz con disturbi cognitivi 1ª visita CDCD	% pz visitati	N. visite effettuate/ N. richieste	80%	100%
Presa in carico pz con disturbi cognitivi visita controllo	% pz visitati	N. visite effettuate/ N. richieste	80%	100%
Nuovi casi con demenza in terapia farmacologica con nota 85	%	Nuovi casi con demenza in terapia farmacologica con nota 85/ N totale nuovi casi	80%	100%
Controlli casi con demenza in terapia farmacologica con nota 85	% pz visitati	Casi con demenza in terapia farmacologica con nota 85/ N totale casi	80%	100%
Formazione del caregiver (formali e informali):	N. 2	Almeno 1 ciclo completo di corsi psico-educazionali (valenza annuale)	0%	100%
Per i soggetti con DNC lieve e forme iniziali, Coinvolgimento del paziente e caregiver in tutte le fasi del percorso terapeutico;	%	N. pazienti che ricevono almeno 1 intervento psico-sociale negli ultimi 6 mesi/ N. pazienti afferenti al CDCD negli ultimi 6 mesi/	20%	60%

## 10.ALLEGATI

## **Trattamento farmacologico nei disturbi cognitivi**

Allo stato delle attuali conoscenze per la terapia farmacologica della malattia di Alzheimer non disponiamo di un trattamento causale (cioè consistente nella rimozione della causa della malattia), ma soltanto di farmaci "sintomatici" (cioè finalizzati all'attenuazione delle manifestazioni cliniche della malattia).

Si possono distinguere in farmaci per la malattia di Alzheimer e farmaci per i disturbi del comportamento. I farmaci utilizzati per i disturbi cognitivi sono:

- a. Inibitori delle acetilcolinesterasi (AChEIs)
  - i. Donepezil cp5 o 10 mg/die
  - ii. Rivastigmina cerotto 4,6 mg/24 ore o 9,5 mg/24 ore o 13,3 mg/24 ore
  - iii. Galantamina cp 8 o 16 o 24 mg/die

Tali farmaci sono indicati nella malattia di Alzheimer in fase lieve e moderata.

Il presupposto teorico del loro impiego risiede nel riscontro nella malattia di Alzheimer di una carenza cerebrale della sostanza chimica acetilcolina, importante per la memoria e il pensiero.

L'acetilcolina invia messaggi da una cellula all'altra e, dopo aver terminato il suo compito, viene distrutta dall'enzima acetilcolinesterasi in modo che non si accumuli tra le cellule. Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi, sostanze che bloccano l'attività dell'acetilcolinesterasi, mantengono la disponibilità cerebrale di acetilcolina e possono compensare, ma non arrestare, la distruzione delle cellule provocata dalla malattia. Possono migliorare alcuni sintomi cognitivi (quali memoria e attenzione) e comportamentali (quali apatia, agitazione e allucinazioni), ma questa loro capacità diminuisce con la progressione della malattia.

Tra i principali effetti collaterali vi sono la nausea e il rallentamento della frequenza cardiaca, motivo per cui si rendono necessari periodici controlli elettrocardiografici.

- b. Antagonisti del recettore del glutammato:
  - i. Memantina cp10 mg o 20 mg /die

La memantina è indicata nella malattia di Alzheimer in fase moderatamente severa e severa. Memantina agisce compensando gli effetti tossici derivanti dall'eccessiva eccitazione delle cellule nervose causata dal glutammato: esso ha un ruolo essenziale dell'apprendimento e nella memoria, ma il suo eccesso produce una quantità abnorme di calcio nelle cellule nervose provocandone la morte. La memantina può proteggere le cellule da questo eccesso.

Si ritiene che il farmaco abbia un duplice effetto: sintomatico, migliorando in alcuni casi i sintomi cognitivi e comportamentali, e neuroprotettivo.

Tra i principali effetti collaterali vengono segnalati l'agitazione e la sensazione di capogiro

La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico dei CD/CD individuati dalle regioni, è limitata a pazienti affetti da malattia di Alzheimer (aggiornamento della Nota AIFA 85 di cui alla determina del 22 settembre 2009 ed istituzione del Piano terapeutico (PT) AIFA per i farmaci in Nota AIFA 85 Determina n. DG/105/2023):

- di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina e galantamina)
- di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina e galantamina, memantina)
- di grado severo, con MMSE < 10 (memantina).

La risposta clinica sarà monitorata presso i CDCD ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:

- a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico
- a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i 3 mesi deve basarsi sul non peggioramento, sulla base del giudizio di efficacia nel contesto di una valutazione clinica complessiva. Solo i pazienti che dopo 3 mesi di trattamento non peggiorano o mostrano un miglioramento sulla base di un giudizio clinico complessivo rispetto alla baseline saranno candidabili a continuare la terapia.
- ogni 6 mesi\* per successive valutazioni della risposta e tollerabilità.

\*nei casi di stabilità clinica, il rinnovo del Piano terapeutico potrà avvenire entro un massimo di 12 mesi (o eventualmente prima su segnalazione del MMG).

#### Demenza tipo Alzheimer

1^ scelta MMSE 26-10	Follow-up 1 mese	Follow-up 3 mesi	Follow-up 6 mesi	Follow-up ogni 6-12 mesi
RIVASTIGMINA 4.6mg/24 ore	Compliance e tollerabilità  Se non tollerato: memantina	Verifica tollerabilità ed aumento posologico a 9.4  Se non tollerato: memantina	Tollerabilità ed efficacia. Se inefficace switch a donepezil; se non tollerato switch a memantina	Tollerabilità e efficacia con rinnovo PT
DONEPEZIL 5mg /die	Compliance e tollerabilità  Se non tollerato: memantina	Verifica tollerabilità ed aumento posologico a 10mg  Se non tollerato: memantina	Tollerabilità ed efficacia. Se inefficace o se non tollerato switch a memantina	Tollerabilità e efficacia con rinnovo PT
GALANTAMINA 8 mg/dil	Compliance e tollerabilità  Se non tollerato: memantina	Verifica tollerabilità ed aumento posologico a 16mg  Se non tollerato: memantina	Tollerabilità ed efficacia. Se inefficace o se non tollerato switch a memantina	Tollerabilità e efficacia con rinnovo PT
2^ scelta MMSE 20-10				
Memantina 20 mg/die con graduale titolazione	Compliance e tollerabilità	Verifica tollerabilità	Tollerabilità e efficacia	Tollerabilità e efficacia con rinnovo PT

### Demenza MISTA e demenza a Corpi di Lewy in comorbilità

1^ scelta MMSE 26-10	Follow-up 1 mese	Follow-up 3 mesi	Follow-up 6 mesi	Follow-up ogni 6/12 mesi
RIVASTIGMINA 4.6mg/24 ore	Compliance e tollerabilità	Verifica tollerabilità ed aumento posologico a 9.4	Tollerabilità ed efficacia	Tollerabilità e efficacia con rinnovo PT
DONEPEZIL 5 mg	Compliance e tollerabilità	Verifica tollerabilità ed aumento posologico a 10mg	Tollerabilità ed efficacia	Tollerabilità e efficacia con rinnovo PT
GALANTAMINA 8 mg/dil	Compliance e tollerabilità	Verifica tollerabilità ed aumento posologico a 16mg	Tollerabilità ed efficacia	Tollerabilità e efficacia con rinnovo PT

#### Tattamento farmacologico : utilizzo antidepressivi

I sintomi depressivi sono tra i disturbi neuropsichiatrici più frequenti nella demenza (più del 50% dei casi) e il loro impatto riduce la qualità di vita dei pazienti e dei loro caregiver. La depressione può rappresentare un fattore di rischio per la demenza ma essere anche nel contempo una conseguenza dello stesso processo neurodegenerativo. I farmaci antidepressivi sono considerati la prima opzione terapeutica per pazienti con demenza e sintomi depressivi. Tuttavia una recente metanalisi di Cochrane (2018) dimostra come non ci sia al momento una sicura evidenza di efficacia dei farmaci antidepressivi nel trattamento della depressione nei soggetti con demenza, né un effetto favorevole di questi nel migliorare il profilo cognitivo (MMSE) e funzionale (ADL) degli stessi. Questi risultati fanno riferimento all'utilizzo non solo degli SSRI ma riguarda anche l'uso di NaSSA e antidepressivi triciclici. L'uso di alcuni tipi di antidepressivi può essere utile nel controllare alcuni disturbi del comportamento (ansia e agitazione). Nel processo decisionale per la prescrizione della terapia antidepressiva nei pazienti con demenza un ruolo fondamentale è dato all'attenta valutazione del rischio di effetti collaterali che è più elevato in pazienti anziani con comorbilità e polifarmacoterapia. Data l'ampia eterogeneità delle forme cliniche di demenza esistenti e dei loro specifici aspetti cognitivi e comportamentali, un'attenta caratterizzazione della patologia dovrebbe essere alla base di approccio farmacologico razionale. L'insieme di tutte queste considerazioni suggerisce la necessità di una scelta terapeutica strettamente individuale che si basi sulla valutazione del rapporto rischio/beneficio per ciascun paziente.

#### Tattamento farmacologico : utilizzo degli antipsicotici

Ogni antipsicotico presenta specifiche caratteristiche che andranno considerate per decidere quale sia il più appropriato per un determinato paziente. Tra i fattori da valutare c'è anche la tipologia di demenza e lo stato generale di salute del paziente. Prima di definire quale antipsicotico prescrivere bisogna tener conto che:

a) il risperidone è l'unico antipsicotico di seconda generazione che in Italia sia autorizzato per il "trattamento a breve termine dell'aggressività persistente in pazienti con AD di grado da moderato a lieve che non risponde ad approcci non farmacologici e quando esiste un rischio di nuocere a se stesso e agli altri"

b) l'uso di altri antipsicotici di seconda generazione (quali quetiapina, aripirazolo e olanzapina) è *off-label* con le limitazioni conseguenti.

c) l'eventuale utilità di farmaci alternativi agli antipsicotici (citalopram, trazodone, memantina, inibitori dell'acetilcolinesterasi) può essere preso in considerazione e accuratamente valutato caso per caso.

### **Monitoraggio**

Gli eventuali effetti collaterali e l'efficacia della terapia dovrà essere periodicamente rivalutata. E' utile definire il tipo e la gravità dei disturbi comportamentali utilizzando uno strumento appropriato (ad esempio il Neuropsychiatric Inventory, NPI) in modo da documentare l'effetto sui sintomi guida. L'uso di questi farmaci prevede un graduale incremento del dosaggio iniziando con dosaggi bassi e successivo lento aggiustamento a crescere. I dosaggi raccomandati per soggetti anziani con demenza sono molto inferiori ai dosaggi indicati nei soggetti con disturbi psichiatrici.



 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<p align="center"><b>PROTOCOLLO</b>          Interventi terapeutici e riabilitativi per i disturbi          neurocognitivi</p>	Cod: 02/CDCD Edizione 2023
--	--	-------------------------------

ALLEGATO B

**PROTOCOLLO  
 INTERVENTI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI  
 PER I DISTURBI NEUROCOGNITIVI**

SSD di Neurologia

SO GIOVANNI PAOLO II OLBIA

DATA	REDAZIONE	APPROVAZIONE	VALIDAZIONE
20.09.2023	Dr. Giuseppe Mura <i>Responsabile CDCD</i>  Dr.ssa Alessandra Maria Giua <i>Dir. Medico Neurologia</i>  Dott.ssa Federica Donno <i>Psicologa e Psicoterapeuta</i>  Anna Paola Fresu <i>Infermiera Neurologia</i>	Dr. Giuseppe Mura <i>Responsabile SSD            Neurologia</i>  	 <p align="center"><b>ASL GALLURA</b>          Il Direttore Sanitario          Dr. Raffaele De Fazio</p>

***INDICE***

***Pagina***

***Premessa***

1. SCOPO/OBIETTIVO
2. APPLICABILITÀ
3. ACRONIMI
4. RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI/BIBLIOGRAFICI
5. DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA
6. FASI DEL PROCESSO
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO
8. INDICATORI
9. ALLEGATI

**Premessa**

I Trattamenti Non Farmacologici (TNF), per i disturbi neuro cognitivi, mirano a ritardare la progressione del deterioramento cognitivo e funzionale, a ridurre i sintomi psicologici e comportamentali e, di conseguenza, a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da demenza e dei loro familiari.

I TNF includono una varietà di interventi che possono essere rivolti sia ai pazienti con demenza che ai caregiver formali e informali. Per quanto riguarda i pazienti, tali interventi possono essere focalizzati su diversi aspetti, tra cui quelli cognitivi, funzionali, comportamentali, psicologici, sociali e ambientali.

Per quanto riguarda i caregiver, i trattamenti possono consistere in programmi informativi, formativi (psicoeducazionali) e/o psicologici (sostegno o psicoterapia).

La ricerca scientifica sull'efficacia dei trattamenti non farmacologici ha dimostrato un impatto positivo sulle funzioni cognitive, sui sintomi neuropsichiatrici e sulla qualità della vita, potenziando anche gli effetti della terapia farmacologica.

**1. SCOPO/OBIETTIVO**

Lo scopo del presente documento è la descrizione degli interventi terapeutici riabilitativi non farmacologici (cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali, ect.) svolti all'interno del CDCD della Asl Gallura e finalizzati a ritardare la progressione del declino cognitivo e funzionale dei pazienti con disturbi neuro-cognitivi di diversa entità che afferiscono al CDCD sopramenzionato.

**2. APPLICABILITÀ**

La presente procedura si applica a tutte le persone con sospetto di disturbi cognitivi e ai loro caregiver che accedono al CDCD all'interno della SSD di Neurologia presso la S.O. Giovanni Paolo II, inviati dal medico di Medicina Generale o altri servizi territoriali o ospedalieri.

**3. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

NICE guideline [NG97]. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. 20 June 2018. [www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations#pharmacologicalinterventions-for-dementia](http://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations#pharmacologicalinterventions-for-dementia)

Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" pubblicato in GU Serie generale n.9, del 13 gennaio 2015, "Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze".

Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003;18:250.

Cheng ST, Li K K, Losada A, et al. The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: an updated systematic review and meta-analysis. *Psychol Aging* 2020;35:55.

Pinquart M, Sorensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006;18:577-95.

#### 4. ACRONIMI

CDCD	Centro Disturbi Cognitivi e Demenza
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
S.O.	Struttura Ospedaliera
ADL	Activities of Daily Living
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MCI	Mild Cognitive Impairment
CDR	Clinical Dementia Rating
MMSE	Minimental State Evaluation
FCSRT	Free and Cued Selective Reminding Test
TMT	Trail Making Test
BADA	Batteria per l'Analisi dei deficit Afasici
MDB	Mental Deterioration Battery
FTD	Demenza Frontotemporale
NPI	Neuropsychiatric Inventory

#### 5. FASI DEL PROCESSO

A seguito della formulazione della diagnosi di disturbo neuro-cognitivo, si pianifica il trattamento non farmacologico, con l'intervento dello psicologo di riferimento (attualmente assegnato temporaneamente al CDCD con DGR n.31/15/2022 – Piano triennale di attività 2021-2023, inerente al fondo per l'Alzheimer e le demenze”, determinazione dirigenziale n. 356 del 22 Aprile 2022)

Al trattamento si accede con impegnativa del Neurologo con le specifiche richieste; lo Psicologo contatta telefonicamente il paziente per fissare l'appuntamento.

##### 7.1 Accettazione (Infermiere CDCD)

Acquisizione impegnativa del neurologo CDCD e di verifica per eventuale regolarizzazione ticket

- 94.09 colloquio psicologico
- 94.02.1 valutazione della memoria
- 94.08.01 valutazione dell'attenzione e delle funzioni esecutive
- 94.08.2 valutazione delle abilità visuo spaziali
- 94.08.4 valutazione del linguaggio

Acquisizione dati personali

Ricerca Cartella ambulatoriale esistente custodita in archivio

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PROTOCOLLO</b> Interventi terapeutici e riabilitativi per i disturbi neurocognitivi	Cod: 02/CDCD Edizione 2023
--	--	-------------------------------

Assegnazione numero progressivo (in base all'orario di prenotazione concordata)

## 7.2 Colloquio con il paziente e familiari

- Colloquio psicologico con familiari e caregiver
- Anamnesi, visione cartella clinica e eventuale documentazione
- Valutazione funzionale (ADL e IADL)
- Valutazione comportamentale (anamnestica e qualitativa)

## 7.3 Valutazione cognitiva di 2° LIVELLO

Per i soggetti con MCI o demenza lieve-moderata (CDR 0,5/ 1/2) e con MMSE > 10 si procede con la Valutazione Neuropsicologica di 2° livello (Durata 90 minuti + 30 minuti per la correzione dei test)

- Memoria:
  - FCSRT (versione verbale a 16 parole)
  - Figura di Rey (rievocazione differita versione di Cafarra et al.)
    - Attenzione e funzioni esecutive
  - TMT A e B
  - Matrici attentive
  - Stroop (versione di Cafarra et al.)
  - Digit Span (diretto ed inverso)
  - Corsi (diretto ed inverso)
    - Linguaggio
  - Fluenza per categorie fonemiche
  - Fluenza per categorie semantiche
  - Denominazione del BADA (denominazione orale, parole e verbi)
    - Visuo-spaziali
  - Prassia costruttiva (copia figure semplici da MDB di Caltagirone et al.)
  - Figura di Rey (copia)

## 7.4 Eventuale valutazione di 3° LIVELLO (Neurologo e Psicologo)

In caso di sospette forme atipiche con esordio focale e lentamente progressivo si procede ad un approfondimento con test specifici a valutazione dello specialista Neuropsicologo:

- Afasia Primaria Progressiva:
  - Test di approfondimento del linguaggio, aprassia del linguaggio
  - Test di social cognition
  - Test di memoria semantica non verbale
    - Atrofia Corticale Posteriore:
      - Test di approfondimento delle funzioni visuo-spaziali
    - Bv FTD:
      - Test di social cognition
      - Test di approfondimento sul ragionamento e funzioni esecutive
  - NPI

**7.5 Diagnosi neuro-psicologica**

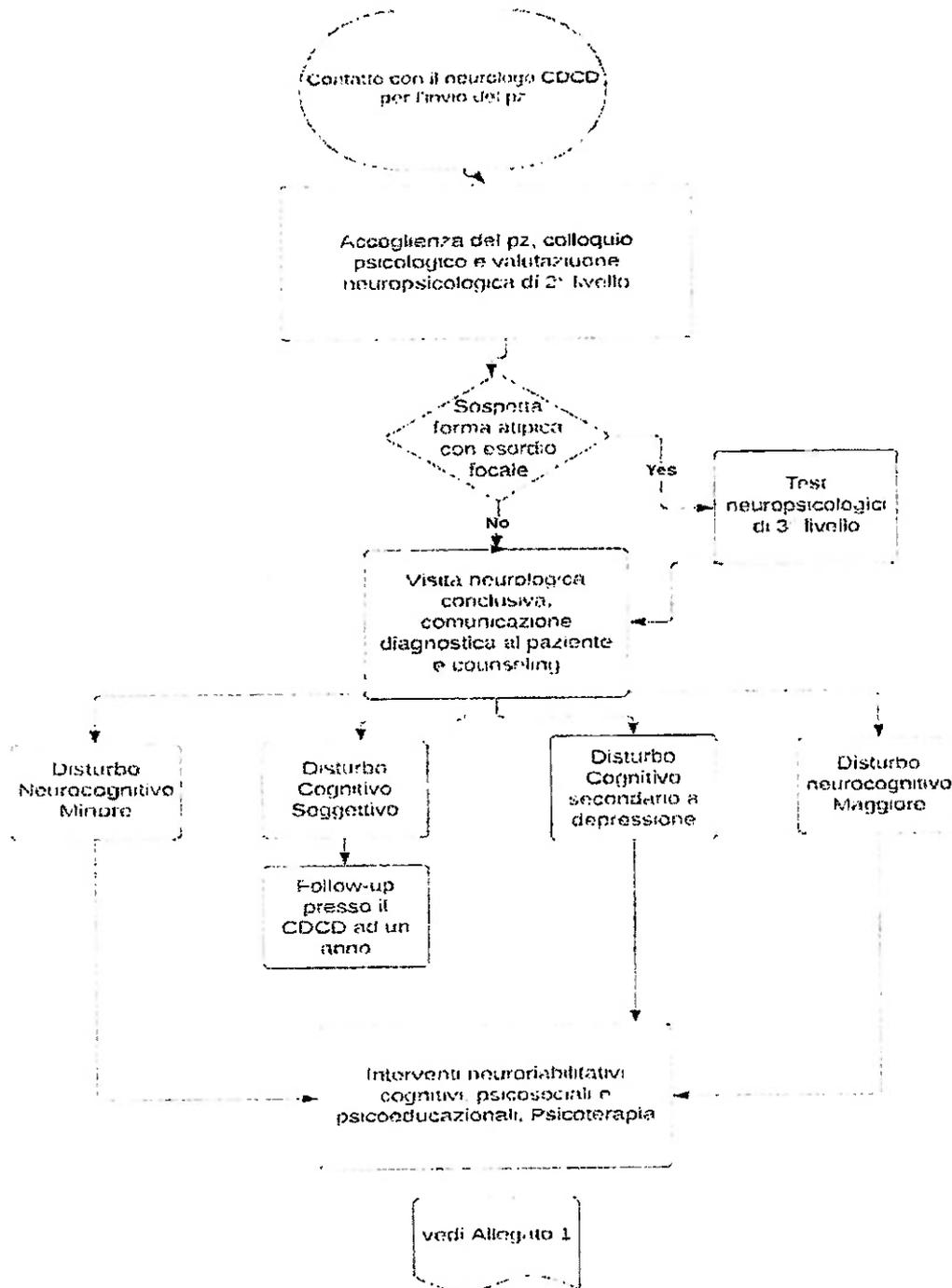
- correzione dei risultati dei test eseguiti
- formulazione diagnosi e relazione con successivo inserimento in cartella ambulatoriale

**7.6 Comunicazione diagnosi e trattamento**

- Il Neurologo e lo Psicologo comunicano al paziente e familiari la diagnosi e Counseling.
- Formulazione di un piano assistenziale integrato (PAI) di terapie farmacologiche e non farmacologiche (interventi psicosociali su paziente e caregiver, stimolazione cognitiva, interventi riabilitativi, interventi multimodali, terapia occupazionale, etc...)
- Pianificazione follow-up.

Per gli interventi riabilitativi non farmacologici in ambulatorio, si rimanda all'allegato 1.

### 8. DIAGRAMMA DI FLUSSO



 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PROTOCOLLO</b> <b>Interventi terapeutici e riabilitativi per i disturbi neurocognitivi</b>	Cod: 02/CDCD Edizione 2023
--	--	-------------------------------

## 9. INDICATORI

OBIETTIVI	INDICATORI	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET MINIMO	TARGET MASSIMO
Miglioramento del setting diagnostico dei CDCD	% N	N.pz con sospetto MCI sottoposto ad esame neuropsicologico/ N. con sospetto MCI	50%	100%
Formazione del caregiver (formali e informali): Riduzione del Caregiver Burden e miglioramento della qualità di vita del paziente e del caregiver.	N.2	Almeno 1 ciclo completo di corsi psco-educazionali (valenza annuale)	0%	100%
Per i soggetti con DNC lieve e forme iniziali: Coinvolgimento del paziente e del caregiver in tutte le fasi del percorso terapeutico;	%	N. pazienti che ricevono almeno 1 intervento psico-sociale negli ultimi 6 mesi/ N. pazienti afferenti al CDCD negli ultimi 6 mesi	20%	60%

## 10. ALLEGATI

### 1. Interventi riabilitativi non farmacologici

## **Trattamenti non farmacologici: riabilitazione e interventi psicosociali nei disturbi cognitivi**

Il Piano Nazionale Demenze inserisce gli interventi psicosociali tra le cure appropriate.

In linea con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce la Riabilitazione come "(...) insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico e ambientale", gli interventi psicosociali sono strategie globali o interventi cognitivi e comportamentali che possono alleviare lo stress, potenziare le abilità di coping, mantenere le capacità residue e massimizzare il funzionamento globale della persona con deficit cognitivo. Questi interventi, rivolti alle persone con demenza, assumono anche un ruolo riabilitativo, inteso non come recupero di una funzione persa, ma come valorizzazione delle capacità residue e mantenimento delle autonomie funzionali al fine di migliorare l'interazione con l'ambiente, tenendo conto dell'individuo e della patologia. Obiettivo della Riabilitazione è quello di permettere alla persona con demenza di "vivere" al massimo delle sue capacità.

È oggi assodato come un'azione multimodale come gli interventi di stimolazione cognitiva e la partecipazione in gruppo forniscano i risultati migliori in termini di miglioramento del rendimento cognitivo globale e riducano la percezione soggettiva del deficit, comportando altre benefiche ripercussioni su altri aspetti della vita relazionale, quali per esempio la solitudine.

Secondo le "Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze - Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017" sono da prevedersi interventi riabilitativi o riattivativi, svolti in ambito territoriale e non, rivolti a persone con disturbo cognitivo e demenza con finalità di recupero, mantenimento e, ove possibile, potenziamento delle abilità cognitive comportamentali, psicosociali e funzionali residue. I trattamenti, orientati dalla valutazione multidimensionale e declinati secondo il grado di gravità della malattia, sono finalizzati al raggiungimento e/o mantenimento del più elevato livello di autonomia possibile e al miglioramento della qualità della vita delle persone affette da demenza e delle loro famiglie.

Il caregiver, generalmente un familiare del paziente affetto da demenza, è colui che si occupa dell'assistenza e della cura della persona malata. Spesso, però, il caregiver non dispone delle informazioni necessarie sul decorso della malattia e sulla gestione quotidiana del proprio familiare con demenza. Questa mancanza di conoscenza può far sì che il caregiver si senta sopraffatto e abbia bisogno di sostegno nella gestione dell'assistenza al paziente.

Le persone anziane affette da demenza, soprattutto nelle fasi moderate e avanzate della malattia, richiedono un livello significativo di assistenza, che spesso ricade completamente sulle spalle del caregiver. Questo impegno può avere gravi conseguenze sulla salute fisica e mentale del caregiver, influenzando negativamente sulla sua qualità di vita. Si fa riferimento a questa condizione di stress e pressione come "caregiver burden", che si manifesta attraverso sintomi psicofisici come lo stress, la compromissione delle difese immunitarie, l'esaurimento emotivo, l'insorgenza di ansia, depressione, disturbi del sonno, problemi gastrointestinali e declino cognitivo. Questi sintomi possono, a loro volta, peggiorare i comportamenti problematici della persona con demenza, creando un ciclo negativo.

È quindi importante indirizzare il caregiver verso interventi di supporto per gestire lo stress, come raccomandato dalle linee guida internazionali sulla demenza, tra cui l'American Psychiatric Association, l'American Academy of Neurology, NICE, SCIE e la European Federation of Neurological Societies. Gli interventi personalizzati si sono dimostrati i più efficaci nel ridurre il livello di stress percepito, poiché tengono conto delle esigenze specifiche del caregiver, mentre gli interventi di gruppo possono contribuire a ridurre la sensazione di isolamento sociale sperimentata dai caregiver.

## **INTERVENTI PSICOSOCIALI**

I trattamenti non farmacologici (TNF) comprendono diverse tipologie di intervento che possono essere rivolte:

- alla persona con demenza e/o con declino cognitivo: indirizzati ad aspetti cognitivi, funzionali, comportamentali, psicologici, sociali e ambientali
- al caregiver formale ed informale: di tipo informativo, formativo (psico-educazionali), psicologico (sostegno psicologico, psicoterapia).

### **Interventi rivolti alla persona con Disturbo Neurocognitivo:**

1. counselling, colloquio psicologico, programmi di supporto al post-diagnosi in piccoli gruppi (es: LWD)
2. stimolazione cognitiva (individuale)
3. training cognitivi

### **Interventi rivolti al caregiver**

Strumenti per la valutazione del bisogno di cura e presa in carico del caregiver:

- Colloquio Psicologico Clinico;
- Caregiver Burden Inventory o Zurit;
- Scale per la valutazione della qualità della vita.

### **Interventi di supporto e counselling**

- Supporto alla comunicazione della diagnosi;
- Counselling psicologico;
- Interventi di sostegno psicologico individuale e/o familiare e di gruppo per i caregiver;
- Corsi psicoeducazionali per i caregivers familiari;
- Psicoterapia

### **QUANDO:**

- I familiari presentano un livello non sufficiente di conoscenza della malattia e/o degli strumenti utili alla sua gestione

- I familiari sono in difficoltà o non in grado di gestire i problemi comportamentali del malato;
- Necessità di adeguamento dell'ambiente domestico alle esigenze del malato
- Isolamento sociale e scarse capacità di coping, social-skills da parte dei caregivers
- Burn-out da assistenza

Al fine di promuovere tali interventi

Nelle Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze) al punto 4.4.3 sono individuate le seguenti figure professionali, funzionali a garantire l'offerta dei servizi sopra elencati in relazione ai bisogni e all'evoluzione della patologia

### Trattamenti non farmacologici per la persona affetta da disturbo cognitivo

Indicazioni per l'applicazione dei trattamenti non farmacologici e riabilitativi in rapporto al livello di gravità del deterioramento cognitivo secondo necessità del paziente e disponibilità dei servizi sul territorio

STADI DEL DETERIORAMENTO	PROGRAMMI E TECNICHE RIABILITATIVE
<p><b>MCI</b> <b>CDR 0.5</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training cognitivo dominio specifico (memoria, attenzione, linguaggio, funzioni esecutive)</li> <li>• Stimolazione cognitiva</li> <li>• Riabilitazione cognitiva (R.O.T.)</li> <li>• Colloquio di supporto rivolto al paziente</li> <li>• Colloquio di sostegno psicologico rivolto al caregiver, intervento psicoeducazionale</li> </ul>
<p><b>Lieve</b> <b>CDR 1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimolazione cognitiva dominio specifico (memoria, attenzione, linguaggio, funzioni esecutive)</li> <li>• Riabilitazione cognitiva (R.O.T. reminescenza)</li> <li>• Colloquio di supporto e psicoeducazionale rivolto al paziente</li> <li>• Colloquio di sostegno psicologico rivolto al caregiver, intervento psicoeducazionale sulla gestione dei problemi comportamentali</li> </ul>
<p><b>Moderato</b> <b>CDR 2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimolazione cognitiva</li> <li>• Riabilitazione cognitiva (R.O.T., reminescenza)</li> <li>• Colloquio di sostegno psicologico rivolto al caregiver, intervento psicoeducazionale</li> </ul>
<p><b>Grave/Molto Grave</b> <b>CDR 3-4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informazione caregiver sulle terapie riabilitative funzionali</li> <li>• Prevenzione dei danni da immobilità e da deprivazione sensitivo sensoriale</li> <li>• Informazione caregiver sul riadattamento ambientale domiciliare</li> </ul>

