

**Il Direttore dell'U.O.C. di Clinica Neurologica  
Prof. Paolo Solla**

**Prot. N° 22/2023**

**Sassari, 25 Ottobre 2023**

**Al Direttore Generale AOU Sassari**

**Oggetto: Elaborazione di due protocolli per la diagnosi precoce nel paziente con Disturbo Neurocognitivo e per gli interventi riabilitativi cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neurocognitivi, nell'ambito del Piano triennale di attività per le demenze, di concerto con il gruppo di lavoro regionale per le demenze, istituito con determinazione dirigenziale n. 356 del 22 aprile 2022.**

Gent.issimi,

nell'ambito del Piano triennale di attività per le demenze (Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023) la cui proposta progettuale è volta ad affrontare le specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, si invia la seguente documentazione vertente la elaborazione di due differenti protocolli aventi come finalità, appunto, sia la diagnosi precoce nel paziente con Disturbo Neurocognitivo che gli interventi riabilitativi cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neurocognitivi.

---

**Complesso Cliniche San Pietro**  
Viale San Pietro, 43  
07100 Sassari

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**  
Via M. Coppino 26, 07100 Sassari  
Tel. 079 2830630 Fax 079 2830637  
P. Iva 02268260904

**U.O. Neurologica**  
Viale San Pietro, 10  
07100, Sassari  
Tel 079 228231  
Fax 079 228423

## **Premessa**

Le demenze sono state recentemente riconosciute come una priorità nella sanità pubblica, suscitando un interesse crescente nell'identificazione e nell'attuazione di adeguate strategie preventive. La fase che precede la demenza costituisce l'opportunità ideale per avviare trattamenti volti a prevenire o ritardare il progredire della malattia. In questo contesto, due entità cliniche particolarmente rilevanti sono il Declino Cognitivo Soggettivo (SCD) e il Mild Cognitive Impairment (MCI).

Il SCD è comunemente definito come la percezione soggettiva di una riduzione dell'efficienza cognitiva, che si manifesta in assenza di evidenze oggettive nei test neuropsicologici. La sua importanza clinica deriva da due motivi principali: in primo luogo, il SCD costituisce una condizione diffusa nella popolazione generale, e in secondo luogo, è stato associato ripetutamente a un aumento del rischio di sviluppare decadimento cognitivo oggettivo o demenza. Quindi, il SCD potrebbe rappresentare la fase iniziale di un processo di declino cognitivo.

Il Mild Cognitive Impairment (MCI), noto anche come Disturbo Neurocognitivo Minore, rappresenta una condizione clinica caratterizzata da deficit cognitivi segnalati dal paziente e confermati attraverso una valutazione neuropsicologica strutturata, ma con il mantenimento delle autonomie funzionali. La diagnosi precoce del MCI permette di individuare pazienti a rischio di sviluppare demenza e di intraprendere interventi tempestivi. L'adozione di strategie preventive, tra cui la formazione, l'educazione riguardo a uno stile di vita sano, il training cognitivo, il mantenimento di un adeguato coinvolgimento sociale e relazionale, e la cura del benessere psicologico, può ritardare l'evoluzione e la progressione verso una demenza più grave.

---

**Complesso Cliniche San Pietro**  
Viale San Pietro, 43  
07100 Sassari

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**  
Via M. Coppino 26, 07100 Sassari  
Tel. 079 2830630 Fax 079 2830637  
P. Iva 02268260904

[www.aousassari.it](http://www.aousassari.it)

**U.O. Neurologica**  
Viale San Pietro, 10  
07100, Sassari  
Tel 079 228231  
Fax 079 228423

Proprio in rapporto a tali dinamiche, la regione Sardegna, di concerto con il gruppo di lavoro regionale per le demenze, istituito con determinazione dirigenziale n. 356 del 22 aprile 2022, ha elaborato il Piano triennale di attività per le demenze (Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023), condiviso con tutti i nodi del Sistema sanitario regionale operanti nel settore nonché con le associazioni dei MMG, le società scientifiche e le associazioni dei familiari dei pazienti.

### **Obiettivo generale**

La proposta progettuale è stata indirizzata ad affrontare due specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, in particolare:

- area 1, potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo neurocognitivo (DNC) minore (Mild cognitive impairment – MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica;
- area 5, sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

Nell'ambito del presente Piano, è stata avviata preliminarmente una survey sui servizi regionali per le demenze, condotta dagli uffici regionali nel mese di febbraio 2022, avente come obiettivo generale quelli di stabilire un percorso diagnostico uniforme in tutta la regione per la diagnosi del MCI, con obiettivi specifici che includono il coinvolgimento e la sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale nell'invio tempestivo dei pazienti, il miglioramento delle strutture diagnostiche dei Centri Diagnosi Cura e Riabilitazione delle Demenze (CDCD), spesso carenti di neuropsicologi, e lo sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica.

Tra gli enti partecipanti alla proposta progettuale figurano, oltre alla nostra Azienda ospedaliera-universitaria (AOU) di Sassari, tutte le altre realtà aziendali regionali quali: l'Azienda regionale della salute (Ares); l'Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 1 di Sassari; l'Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 2 della Gallura; l'Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 3 di Nuoro; l'Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 4 dell'Ogliastra; l'Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 5 di Oristano; l'Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 6 del Medio Campidano; l'Azienda sociosanitaria locale (Asl) n. 7 del Sulcis; l'Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 8 di Cagliari; l'Azienda ospedaliera-universitaria (AOU) di Cagliari e l'Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione (ARNAS) "G. Brotzu".

Per tale ragione sono stati elaborati i due seguenti protocolli:

1. Protocollo per la diagnosi precoce nel paziente con Disturbo Neurocognitivo
2. Protocollo riguardante gli interventi riabilitativi cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neurocognitivi.

## **1. Protocollo per la diagnosi precoce nel paziente con Disturbo Neurocognitivo**

Questo protocollo è volto, appunto, alla individuazione precoce della diagnosi specifica nel paziente con Disturbo Neurocognitivo.

Sotto questo aspetto, è fondamentale il fatto che i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) costituiscano le strutture specializzate nella diagnosi e cura delle persone con disturbo cognitivo, cui spetta, dunque, l'inquadramento diagnostico specifico dei pazienti affetti da deterioramento cognitivo.

In tale scenario, deve essere chiaramente definita la modalità di invio del paziente affetto da verosimile deterioramento cognitivo per la sua valutazione. L'invio di un paziente per la prima valutazione presso il CDCD può avvenire tramite la visita di uno specialista ambulatoriale oppure attraverso il Medico di Medicina Generale (MMG), il quale rappresenta principalmente la figura professionale più vicina alla persona che lamenta difficoltà cognitive e ai suoi familiari.

Possono essere inviati al CDCD i soggetti che riferiscono uno o più dei seguenti sintomi:

- difficoltà nell'apprendere o ricordare nuove informazioni;
- difficoltà nell'eseguire compiti complessi;
- difficoltà nell'orientamento temporale o spaziale;
- difficoltà nel linguaggio;
- alterazioni della funzionalità nelle attività quotidiane;
- modifiche comportamentali.

La sintomatologia cognitiva o comportamentale può essere lamentata dal paziente, nel caso in cui questo presenti un buon insight per il disturbo, o può essere palesata dai familiari.

Nelle fasi molto precoci della patologia dementigena i sintomi possono non influire nello svolgimento delle attività quotidiane ma essere percepite come una semplice alterazione del normale funzionamento in ambito lavorativo o domestico, senza perdita delle autonomie. Bisogna prestare particolare attenzione a tali cambiamenti perché possono rappresentare la spia di una primissima fase del disturbo cognitivo.

Prima dell'invio al CDCD, il MMG somministrerà al paziente il test di screening GP-Cog ed effettuerà gli accertamenti preliminari volti ad escludere cause secondarie di deterioramento cognitivo:

- esami ematochimici;
- visita cardiologica ed ECG;
- RMN encefalo/TC cranio.

Con gli accertamenti eseguiti invierà quindi il paziente al CDCD, costituito da un'equipe dedicata. Le figure professionali di base che la compongono sono il medico neurologo, l'infermiere, lo psicologo con preparazione in neuropsicologia e il logopedista.

Il medico neurologo del CDCD ha il compito di analizzare gli esami preliminari richiesti dal MMG o dallo specialista ambulatoriale prima dell'invio al Centro e che hanno portato ad escludere eventuali cause secondarie di deterioramento cognitivo. Ha inoltre il compito di richiedere, qualora necessari per la diagnosi, esami strumentali più approfonditi:

---

**Complesso Cliniche San Pietro**  
Viale San Pietro, 43  
07100 Sassari

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**  
Via M. Coppino 26, 07100 Sassari  
Tel. 079 2830630 Fax 079 2830637  
P. Iva **02268260904**

[www.aousassari.it](http://www.aousassari.it)

**U.O. Neurologica**  
Viale San Pietro, 10  
07100, Sassari  
Tel 079 228231  
Fax 079 228423

- PET con 18F-FDG cerebrale,
- SPECT cerebrale DAT-Scan,
- PET con florbetaben,
- esame del liquor e ricerca di marcatori liquorali,
- Elettroencefalogramma (EEG),
- studio genetico,
- esami ematochimici di approfondimento (es. HIV, dosaggi ormonali, panel vasculiti e trombofilia).

Potrà inoltre disporre con l'aiuto del neuropsicologo di una valutazione neuropsicologica.

Tutti i pazienti che accedono al CDCD verranno infatti sottoposti ad una valutazione neuropsicologica di I livello, che comprende la somministrazione dei seguenti test:

- nei soggetti con sospetto MCI e autonomia funzionale preservata:

- Addenbrook 's Cognitive Examination Revised (ACE-R);

- nei soggetti con sospetta demenza:

- Mini Mental State Examination (MMSE);
- Clock drawing test (CDT);

-Valutazione funzionale:

- Activities of Daily Living (ADL);
- Instrumental ADL (IADL);

-Valutazione comportamentale:

- anamnestica;
- qualitativa;

-Valutazione globale:

- Clinical Dementia Rating Scale (CDR).

Successivamente a questa valutazione, per i soggetti con MCI o demenza lieve-moderata (CDR 0.5/1/2; MMSE >10), può far seguito un ulteriore approfondimento con una valutazione neuropsicologica di II livello ed eventualmente una valutazione neuropsicologica di III livello.

La valutazione di II livello prevede test che valutano i seguenti ambiti:

- Memoria:

- Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT, versione verbale 16 parole);
- Figura di Rey (rievocazione differita versione di Cafarra et al.);

- Attenzione e funzioni esecutive:

- Trail making test A e B;
- Matrici Attentive;
- Stroop test(versione di Cafarra et al.);
- Digit Span test (diretto e inverso);
- Test di Corsi (diretto e inverso);

- Linguaggio:



- Fluenza per categorie fonemiche;
  - Fluenza per categorie semantiche;
  - Denominazione orale della Batteria per l'Analisi dei Deficit Afasici (BADA, denominazione orale, parole e verbi);
- Visuo-Spaziale:
- Prassia costruttiva (copie di figure semplici da MBD di Caltagirone et al);
  - Figura di Rey (copia).

La valutazione di III livello prevede test neuropsicologici ad hoc, scelti a seconda della patologia nel caso di forme atipiche ad esordio focale e lentamente progressivo:

- 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 visuo-spaziali.

- BvFTD:

- test di social cognition;

- test di approfondimento sul ragionamento e funzioni esecutive;
- Neuropsychiatric Inventory (NPI)

## **2. Protocollo riguardante gli interventi riabilitativi cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neurocognitivi.**

Questo protocollo è volto, appunto, a individuare gli interventi riabilitativi cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neurocognitivi.

Come definito nel Piano Nazionale Demenze (GU Serie Generale n.9 del 13/1/2015), nei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) è prevista la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e dei loro caregiver, creando in maniera personalizzata un percorso diagnostico e terapeutico sia farmacologico che non farmacologico (riabilitativo e psico-sociale).

Le figure preposte a tali mansioni sono il medico neurologo, l'infermiere, lo psicologo con formazione neuropsicologica e il logopedista; le altre figure professionali necessarie in relazione ai bisogni sono il nutrizionista, il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, il tecnico della riabilitazione psichiatrica, l'educatore professionale, l'assistente sociale, l'operatore socio-sanitario (OSS), l'educatore sociale.

I trattamenti non farmacologici comprendono diverse tipologie di intervento (riabilitativo, psicosociale e psicoeducazionale) e possono essere rivolte sia al paziente che al caregiver.

Gli interventi rivolti al paziente affetto da disturbo cognitivo sono:

- il colloquio psicologico,

- l'attività di counselling,
- la psicoterapia individuale e/o di gruppo,
- i programmi di supporto post-diagnosi in piccoli gruppi,
- la stimolazione cognitiva individuale e/o di gruppo,
- la terapia occupazionale,
- gli interventi logopedici.

Anche al caregiver e ai familiari deve essere offerta la possibilità di partecipare a trattamenti psico-educativi, cognitivi e psicosociali rivolti alla creazione di gruppi di mutuo aiuto; usufruire del counselling psicologico, del supporto emotivo e di strategie di gestione delle alterazioni comportamentali riguardanti i propri cari affetti da demenza. Tali attività sono volte sia alla riduzione del caregiver burden che al miglioramento della qualità di vita sia del paziente che del caregiver stesso.


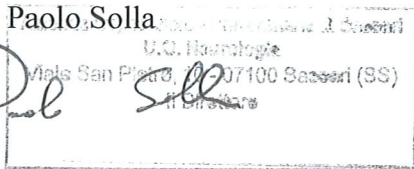
Inoltre, deve essere incentivata la conoscenza delle nozioni relative alla malattia tra i familiari e la comunicazione tra paziente e caregiver con sessioni d'incontri condivisi per apprendere conoscenze e competenze da impiegare in autonomia nel proprio domicilio, al fine di contribuire a ritardare la progressione del declino cognitivo e mantenere il più a lungo possibile l'autonomia funzionale e strumentale del paziente.

*Protocollo regionale per ciascuno dei trattamenti: psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza (set minimo di interventi disponibili di cui almeno uno da inserire nel PAI)*


<b>TIPO DI INTERVENTO</b>	<b>PAZIENTE</b>	<b>CAREGIVER</b>
Supporto alla comunicazione della diagnosi.	FASE DIAGNOSTICA	FASE DIAGNOSTICA
Colloquio/i psicologico/i	FASE DIAGNOSTICA e post diagnosi	FASE DIAGNOSTICA e post diagnosi
Counselling	FASE DIAGNOSTICA e post diagnosi	Presenza BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), amb.dom
Psicoeducazione individuale e/o di gruppo	Promozione conoscenza della malattia e modalità di adattamento (FASI INIZIALI)	Promozione conoscenza della malattia e modalità di adattamento TUTTE LE FASI DI MALATTIA
Gruppi di auto mutuo aiuto (opzionale)		Supporto ed empowerment TUTTE LE FASI DI MALATTIA
Stimolazione cognitiva	Disturbo neurocognitivo lieve, Disturbo neurocognitivo maggiore in fase iniziale	

Il direttore della SC Clinica Neurologica

Il referente del CDCD AOU Sassari

Prof. Paolo Solla  
  


Dott.ssa Elisa Ruiu



**Complesso Cliniche San Pietro**  
Viale San Pietro, 43  
07100 Sassari

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**  
Via M. Coppino 26, 07100 Sassari  
Tel. 079 2830630 Fax 079 2830637  
P. Iva 02268260904

**U.O. Neurologica**  
Viale San Pietro, 10  
07100, Sassari  
Tel 079 228231  
Fax 079 228423