



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

**Percorso regionale per la
diagnosi precoce del Disturbo
Neurocognitivo (DNC) minore
(*Mild Cognitive Impairment -
MCI*)**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Sommario

1. Premessa.....	4
2. Gli attori del sistema di presa in carico del paziente con disturbo cognitivo	5
3. Fase del sospetto diagnostico (MMG/SAM).....	6
3.1 Valutazione cognitiva preliminare.....	7
3.2 Accertamenti preliminari	10
3.3 Criteri per l'invio al CDCD.....	10
3.4 Procedura di invio al CDCD da parte del MMG/SAM.....	11
4. Fase dell'accertamento diagnostico (CDCD)	12
4.1 Accettazione da parte del CDCD	12
4.2 Valutazione cognitiva di I livello.....	12
Compiti del medico	14
Compiti dell'infermiere	14
4.3 Valutazione cognitiva di II livello.....	14
Compiti dello psicologo.....	15
Compiti dell'infermiere	16
4.4 Valutazione cognitiva di III livello (facoltativa).....	16
Compiti dell'infermiere	18
4.5 Visita di controllo del medico (facoltativa)	18
Compiti del medico	20
Compiti dell'infermiere	20
4.6 Comunicazione degli esiti diagnostici.....	21
Compiti del medico	21
Compiti dell'infermiere	22



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

5. Presa in carico del CDCD.....	24
6. Indicatori per il monitoraggio del Percorso regionale per la diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore (Mild Cognitive Impairment - MCI)	24
7. Allegato 1	26
8. Allegato 2.....	28
9. Allegato 3.....	29
10. Riferimenti e note.....	31



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

1. Premessa

Il presente documento descrive il percorso di diagnosi offerto al paziente in tutti i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (di seguito CDCD) regionali; la sua approvazione è prevista dal Piano triennale delle attività inerente al Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023ⁱ, oltreché essere raccomandata dal Piano nazionale demenzeⁱⁱ (di seguito PND). Il PND - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, infatti, fornisce indicazioni strategiche per la promozione ed il miglioramento degli interventi finalizzati alla corretta gestione integrata della demenza. Tali interventi riguardano aspetti terapeutici specialistici, sostegno e accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura, contrasto allo stigma sociale, garanzia dei diritti, conoscenza aggiornata e coordinamento delle attività.

A livello regionale il presente documento è un primo passo nella redazione del PDTA regionale e dà avvio a quanto previsto con deliberazione di Giunta regionale n. 20/77 del 30.06.2022, la quale, tra gli altri documenti, recepisce l'Accordo Rep. Atti n. 130/CU recante "Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le demenze" e "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze", sancito in data 26 ottobre 2017.

Il percorso qui descritto ha valenza regionale e le aziende sanitarie locali, ospedaliere e ospedaliero-universitarie lo recepiscono con atto formale e lo implementano con risorse proprie, fatte salve eventuali risorse aggiuntive gravanti sui fondi sanitari nazionali o regionali.

Tutte le attività espletate nell'attuazione del presente percorso sono tracciate nel sistema informativo regionale e sono monitorate dalla Regione al fine di effettuare valutazioni periodiche dei servizi offerti da ciascuna azienda, nell'ottica del ciclo di programmazione continua e in osservanza alla garanzia di *"uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza."* (art. 21, D.P.C.M. 12/01/2017)ⁱⁱⁱ. Inoltre, nell'ottica del monitoraggio continuo e della valutazione del percorso qui proposto, il presente documento è corredato da un set di indicatori (cfr.par. 6, pag. 24), finalizzati a monitorare l'implementazione delle attività da parte delle aziende sanitarie locali, ospedaliere e ospedaliero-universitarie che hanno il compito di recepire il presente documento e di porre in essere le procedure che ne derivano.

Le attività implementate per la realizzazione del presente percorso sono tracciate attraverso il SISaR Sistema informativo della sanità regionale e sono monitorate periodicamente attraverso la rilevazione e valutazione degli indicatori che lo accompagnano.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Il presente documento è stato redatto con il contributo del Tavolo tecnico regionale per il monitoraggio delle attività del Fondo per l'Alzheimer e le demenze^{iv}, così composto:

- direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cure o un suo delegato con funzioni di coordinamento;
- direttore del Servizio informativo, affari legali e istituzionali o un suo delegato;
- referente scientifico del Piano triennale di attività del Fondo Alzheimer e demenze, per il triennio 2021-2023, dott. Gianluca Floris o un suo delegato - AOU di Cagliari;
- dott. Carlo Nioteni o un suo delegato – ARES;
- dott. Omar Hama Ahmad o un suo delegato – ASL n. 1 di Sassari;
- dott. Giuseppe Mura o un suo delegato – ASL n. 2 della Gallura;
- dott. Edoardo D. G. Canu o un suo delegato – ASL n. 3 di Nuoro;
- dott.ssa Mariella Zoncheddu o un suo delegato – ASL n. 4 dell'Ogliastra;
- dott. Antonello Cossu o un suo delegato – ASL n. 5 di Oristano;
- dott. Claudio Capra o un suo delegato - ASL n. 6 del Medio Campidano;
- dott.ssa Patrizia Podighe o suo delegato - ASL n. 7 del Sulcis;
- dott.ssa Daniela Viale o un suo delegato – ASL n. 8 di Cagliari;
- dott.ssa Francesca Di Stefano o un suo delegato – ARNAS “G. Brotzu” Cagliari;
- dott.ssa Elisa Ruiu o un suo delegato – AOU di Sassari;
- dott.ssa Valeria Putzu – ASL n. 8 di Cagliari;
- dott. Antonio Milia - ASL n. 8 di Cagliari;
- dott. Pier Francesco Fronteddu o un suo delegato - rappresentante MMG.

2. Gli attori del sistema di presa in carico del paziente con disturbo cognitivo

Il presente percorso pone il paziente e la sua famiglia al centro del sistema dei servizi ed è realizzato grazie al coinvolgimento attivo di diversi attori del sistema che, ciascuno per propria competenza, contribuiscono alla formulazione della diagnosi e alla presa in carico integrata della persona con sospetto di MCI.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Il Medico di medicina generale (di seguito MMG) rappresenta l'operatore sanitario di riferimento più prossimo alla persona che lamenta difficoltà cognitive o ai suoi familiari, rivestendo un ruolo strategico nel filtrare la richiesta di presa in carico ai servizi dedicati ai disturbi cognitivi (CDCD). Il MMG, inoltre, pone in essere interventi di prevenzione del declino cognitivo nella popolazione sana e in quella a rischio (attività fisica, nutrizione, allenamento della memoria, etc) e, in caso di sospetto disturbo cognitivo, effettua l'invio del paziente ad uno dei CDCD aziendali.

Durante tutta la presa in carico del paziente da parte del CDCD, il MMG resta il professionista sanitario di riferimento per il paziente e la sua famiglia, garantendo la continuità clinico assistenziale nel periodo intercorrente tra una visita del CDCD e quella successiva, gestendo i problemi clinici intercorrenti, monitorando i possibili effetti collaterali delle terapie farmacologiche e predisponendo, all'occorrenza, una breve relazione scritta ai CDCD.

Il MMG inoltre rileva i bisogni espressi e inespressi del caregiver, supportandolo nel sostenere il carico assistenziale, attiva i servizi sociosanitari e sociali e le procedure medico-legali, implementa la riconciliazione terapeutica e coordina le cure insieme agli altri professionisti sanitari.

I Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD) sono i servizi specializzati nella diagnosi e cura delle persone con disturbo cognitivo. Presenti in tutte le aziende sanitarie, dispongono di personale formato e dedicato tra cui figurano necessariamente il medico neurologo/geriatra/psichiatra, lo psicologo, preferibilmente con esperienza nell'ambito della neuropsicologia, l'infermiere. Ai CDCD si accede senza impegnativa, in presenza della "Scheda di invio ai CDCD" (Allegato 1, pag. 26) compilata dal MMG o da uno specialista ambulatoriale.

Il CDCD opera in stretta collaborazione con il MMG al quale, per i casi in cui vi è necessità (es. nella gestione dei disturbi del comportamento), fornisce consulenze anche per via telematica, rispondendo il più rapidamente possibile ad eventuali richieste di rivalutazione.

Gli Specialisti ambulatoriali (di seguito SAM) di geriatria, neurologia e psichiatria, oltre a poter inviare pazienti ai CDCD tramite compilazione della citata "Scheda di invio ai CDCD", collaborano tra di loro e con i MMG, offrendo consulenze in tutte le fasi della presa in carico dei pazienti.

3. Fase del sospetto diagnostico (MMG/SAM)

In questa fase del Percorso regionale per la diagnosi precoce del Disturbo neurocognitivo (DNC) minore (Mild Cognitive Impairment - MCI), l'obiettivo principale è cogliere tempestivamente i segni e i sintomi che inducono a sospettare la presenza di declino cognitivo, attraverso la sensibilizzazione ad intercettare specifici bisogni da parte dei diversi attori della rete di professionisti.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

All'interno di tale rete, oltreché il MMG, che rappresenta il primo riferimento sanitario, è presente lo SAM, al quale la persona che lamenta difficoltà cognitive o i suoi familiari si possono rivolgere riferendo uno o più dei seguenti sintomi:

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

Tali sintomi possono essere osservati anche dal MMG del paziente, da uno specialista ambulatoriale, oppure direttamente dai familiari del paziente i quali spesso riferiscono di riscontrare alterazioni cognitive e/o comportamentali e/o della funzionalità nelle attività quotidiane del familiare e che possono fornire un inquadramento temporale dell'esordio degli episodi riferiti.

Indipendentemente dalla fonte di segnalazione, il MMG presta particolare attenzione ai soggetti con deficit cognitivi persistenti e non occasionali, di entità tale da disturbare ripetutamente la loro vita quotidiana, soprattutto quando le difficoltà rappresentano un cambiamento rispetto al passato; prende inoltre in considerazione i soggetti che, pur manifestando iniziali difficoltà cognitive, sono completamente autonomi nello svolgimento delle loro attività, sia lavorative sia della vita quotidiana, poiché una fase iniziale con disturbi cognitivi lievi è tipica delle principali malattie dementigene.

3.1 Valutazione cognitiva preliminare

Il MMG, dopo una prima fase di osservazione clinica diretta del paziente comprendente la valutazione del modo di esprimersi, di presentarsi cura di sé, del contesto di vita e di relazione (dove vive, chi si sta prendendo cura di lui, eventuale presenza di una rete di sostegno informale etc), procede ad una valutazione cognitiva preliminare, come rappresentato nella seguente figura; la legenda per la corretta lettura di tutti i diagrammi di flusso (flow chart) presenti in questo documento è riportata nell'Allegato 2 a pag. 28.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

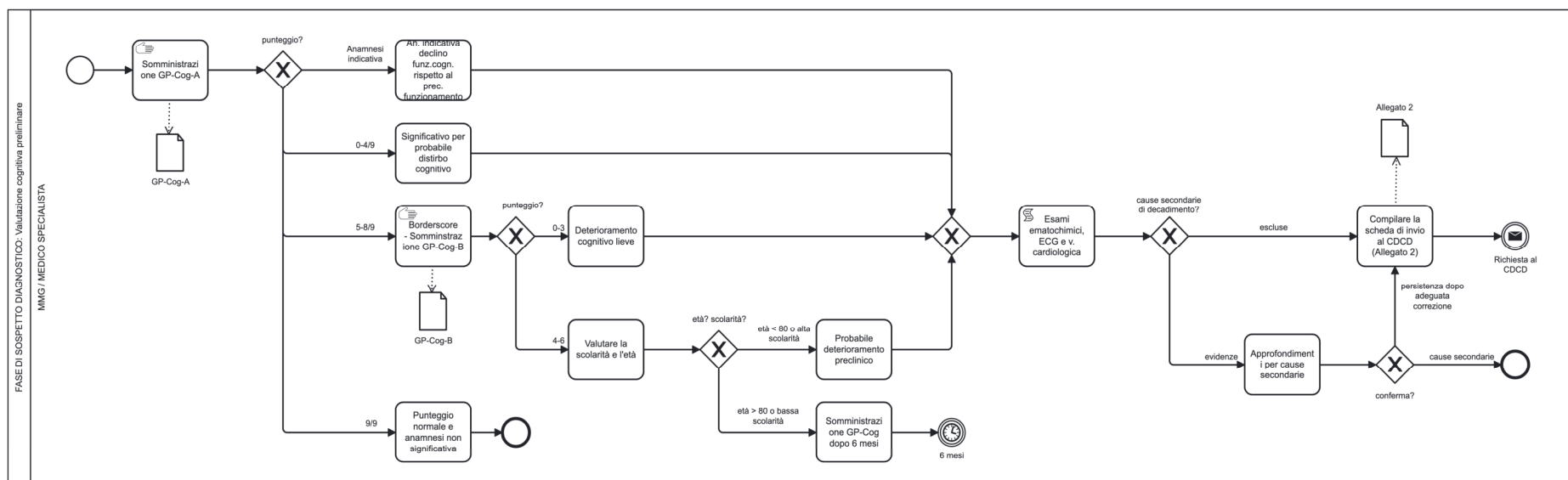


Figura 1. Rappresentazione della fase del sospetto diagnostico: valutazione preliminare da parte del MMG/SAM.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Il primo step nella valutazione cognitiva preliminare consiste nella somministrazione del test GP-Cog^v (Allegato 3, pag. 29), che esamina sia lo stato cognitivo (sezione A- Valutazione del paziente) sia lo stato funzionale del paziente (sezione B- intervista al familiare/conoscente); prima di somministrare il test bisogna assicurarsi che il paziente indossi gli occhiali e/o le protesi acustiche ove necessario.

Il GP-Cog è un test con alta sensibilità e bassa specificità, rapido e semplice da somministrare, che aiuta il MMG a riconoscere soggetti con deterioramento cognitivo. Tuttavia, se l'anamnesi è indicativa di un declino delle funzioni cognitive rispetto al precedente funzionamento, il MMG invia il paziente al CDCD a prescindere dal punteggio del GPCog. Può talora accadere, infatti, che in malattie dementigene ad esordio focale e con deficit cognitivo lieve, i test di screening risultino normali (punteggio 9/9) malgrado sia presente un deterioramento cognitivo, soprattutto in pazienti con alta scolarità.

In base al punteggio riportato nella sezione A – Valutazione del paziente, il paziente è classificato in una delle seguenti categorie:

- punteggio 9/9 – normale;
- punteggio 5-8/9 – *borderscore* → procedere alla somministrazione della CPCog sezione B;
- punteggio sotto i 5/9 - patologico e significativo per un deterioramento cognitivo → inviare il paziente presso il CDCD previo espletamento della fase degli accertamenti preliminari (cfr. par. 3.2, pag.10).

Nella fattispecie del caso *borderscore*, in base al punteggio riportato nella sezione B, il paziente è classificato in una delle seguenti categorie:

- punteggio 0-3 - deterioramento cognitivo lieve: → invio diagnostico presso il CDCD previo espletamento della fase degli accertamenti preliminari.
- Punteggio 4/6 - probabile deterioramento cognitivo preclinico per cui:
 - se il paziente ha età <80 anni e/o alta scolarità → invio diagnostico presso il CDCD previo espletamento della fase degli accertamenti preliminari (cfr. par. 3.2, pag.10);
 - se il paziente ha età > 80 anni e/o bassa scolarità → programmare una seconda somministrazione del GP-Cog a 6 mesi;

la programmazione della seconda somministrazione del GP-Cog a sei mesi è prevista anche nel caso in cui il paziente presenti disturbi non costanti.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

3.2 Accertamenti preliminari

Prima di inviare il paziente al CDCD, sulla base dei risultati del GP-Cog o in presenza di anamnesi indicativa di declino cognitivo, il MMG prescrive al paziente i seguenti accertamenti clinici, tesi ad escludere eventuali cause secondarie di deterioramento cognitivo:

- esami ematochimici: emocromo, sodio, potassio, calcio, glicemia, dosaggio vitamina B12, folati, azotemia, creatinina, elettroforesi delle sieroproteine, ALT, AST, TSH, FT4, anticorpi antitiroidei (anti tireoglobulina e anti tireoperossidasi), colesterolo totale, LDL e trigliceridi, TPHA;
- ECG con misurazione QTc e visita cardiologica.

In questa fase si procede con la seconda visita da parte del MMG il quale, con l'esito degli accertamenti prescritti, persegue una delle seguenti vie:

- 1) se si escludono cause secondarie di decadimento cognitivo il paziente è inviato al CDCD tramite compilazione e trasmissione della *Scheda di invio ai CDCD* (Allegato 1, pag. 26);
- 2) se si accertano cause secondarie di decadimento cognitivo (es. ipotiroidismo, insufficienza epatica, potus) il MMG eseguirà una o più visite successive proseguendo con l'approfondimento diagnostico e terapeutico delle eventuali comorbidità, avvalendosi della rete degli specialisti ambulatoriali (es. endocrinologo, internista etc.); se il deficit cognitivo persiste dopo adeguata terapia delle comorbidità, il paziente è inviato al CDCD tramite compilazione e trasmissione della *Scheda di invio ai CDCD* (Allegato 1, pag. 26).

3.3 Criteri per l'invio al CDCD

Nel valutare l'invio del paziente al CDCD, il MMG si attiene ai criteri di seguito indicati.

Criteri di inclusione:

- 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 per invio al CDCD:

- soggetti con disturbo cognitivo dell'età evolutiva (esclusi i pazienti affetti da Sindrome di Down);



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

- 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.

3.4 Procedura di invio al CDCD da parte del MMG/SAM

Per il paziente che, a seguito del percorso fin qui descritto, sia ritenuto idoneo all'invio presso il CDCD, il MMG o lo specialista ambulatoriale (SAM) invia telematicamente ad uno dei CDCD della propria azienda la *Scheda di invio ai CDCD* (Allegato 1, pag. 26), recante l'anagrafica del paziente, una breve relazione clinica comprensiva di eventuali comorbidità e le terapie farmacologiche in corso.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

4. Fase dell'accertamento diagnostico (CDCD)

Ferma restando la continua collaborazione del MMG/SAM inviante, l'attore principale di questa fase del percorso è il CDCD con le varie professionalità al suo interno.

4.1 Accettazione da parte del CDCD

Entro 7 giorni dal ricevimento della *Scheda di invio ai CDCD* da parte del MMG/SAM, l'infermiere del CDCD contatta il paziente con lo scopo di:

- verificare i dati anagrafici della *Scheda di invio ai CDCD*;
- fissare una prima visita presso il CDCD, entro 90 giorni;
- ricordare al paziente di presentarsi alla visita con gli esiti degli esami prescritti dal MMG in fase di accertamenti preliminari ed elencati nella *Scheda di invio ai CDCD*.

Al fine di verificare o meno la presenza del declino cognitivo del paziente, si sviluppa la fase dell'accertamento diagnostico di seguito dettagliata.

4.2 Valutazione cognitiva di I livello

La durata programmata della visita, illustrata nella figura seguente, è almeno di 60 minuti.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

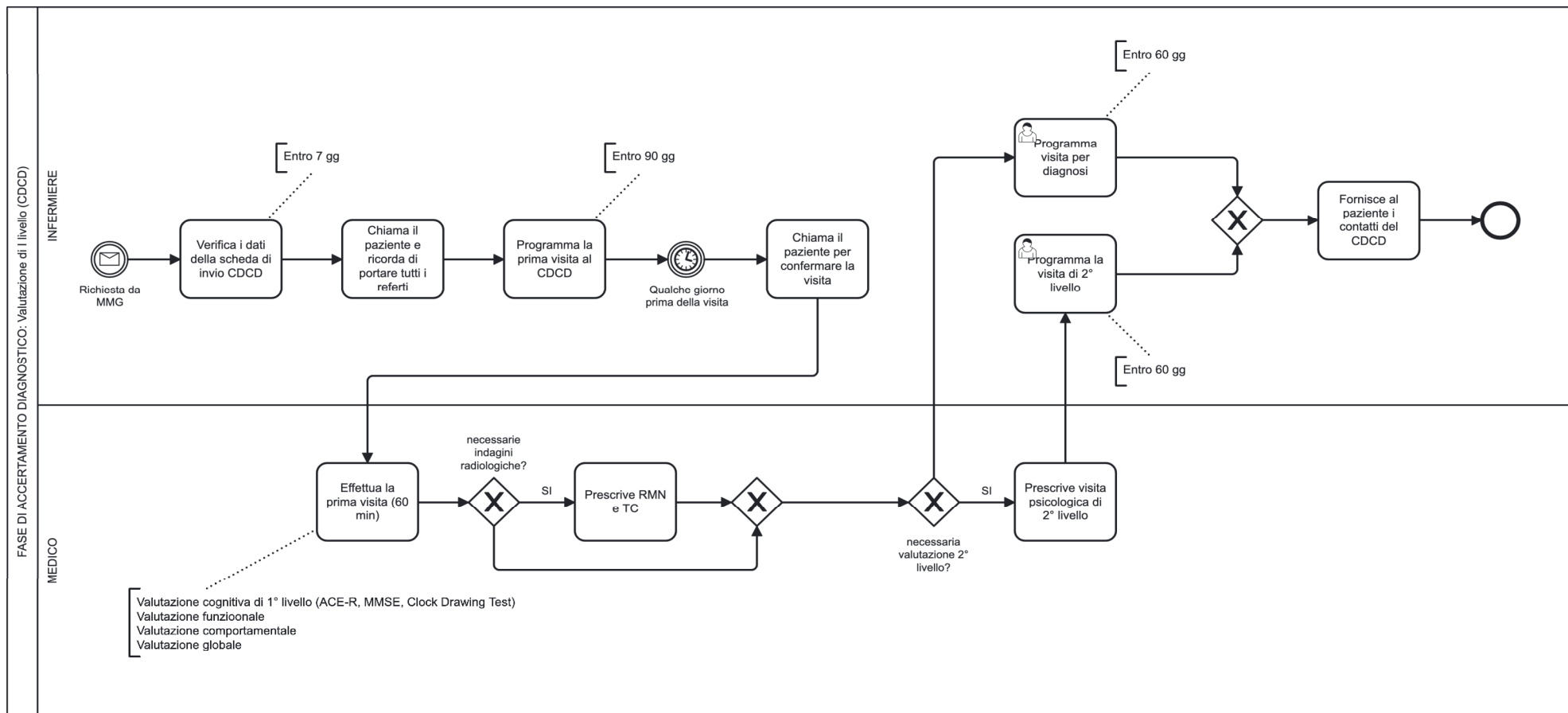


Figura 2. Fase dell'accertamento diagnostico a cura del CDCD di competenza: visita per valutazione cognitiva di I livello



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Compiti del medico

Durante la prima visita al CDCD il paziente è sottoposto a:

- valutazione cognitiva di 1° livello, comprendente la somministrazione di almeno i seguenti test:
 - ACE-R (nei soggetti con sospetto MCI e autonomia funzionale preservata);
 - MMSE e Clock Drawing Test (nei soggetti con sospetta demenza).
- Valutazione funzionale (ADL e IADL);
- valutazione comportamentale (anamnestica e qualitativa);
- valutazione globale (CDR);
- eventuale richiesta indagini radiologiche:
 - RMN encefalo senza mdc se non precedentemente effettuata (indagine di elezione);
 - TC encefalo senza mdc (per i soggetti con età >85 anni o se controindicata RMN)

Al termine della visita medica il paziente riceve le eventuali impegnative per la RMN e TC, il medico illustra al paziente le finalità della visita successiva, che possono essere, a seconda dei casi, la restituzione delle risultanze degli accertamenti eseguiti o la somministrazione di ulteriori test specifici; in entrambi i casi il paziente è indirizzato all'infermiere per il proseguimento del percorso.

Compiti dell'infermiere

Qualche giorno prima della visita l'infermiere chiama il paziente per confermare l'appuntamento.

A chiusura della visita l'infermiere procede alla programmazione della seconda visita, entro 60 giorni e comunque in presenza di eventuali referti di RMN e TC, comunica al paziente che, in caso non riesca a prenotare RMN e TC in tempo utile per la prossima visita, egli dovrà contattare il CDCD per spostare l'appuntamento. A tal fine l'infermiere fornisce al paziente numeri di telefono e indirizzo mail del CDCD.

4.3 Valutazione cognitiva di Il livello

La durata programmata della visita, rappresentata nella seguente figura, è almeno di 120 minuti, di cui 90 minuti per la visita del paziente e 30 minuti per la correzione dei test.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

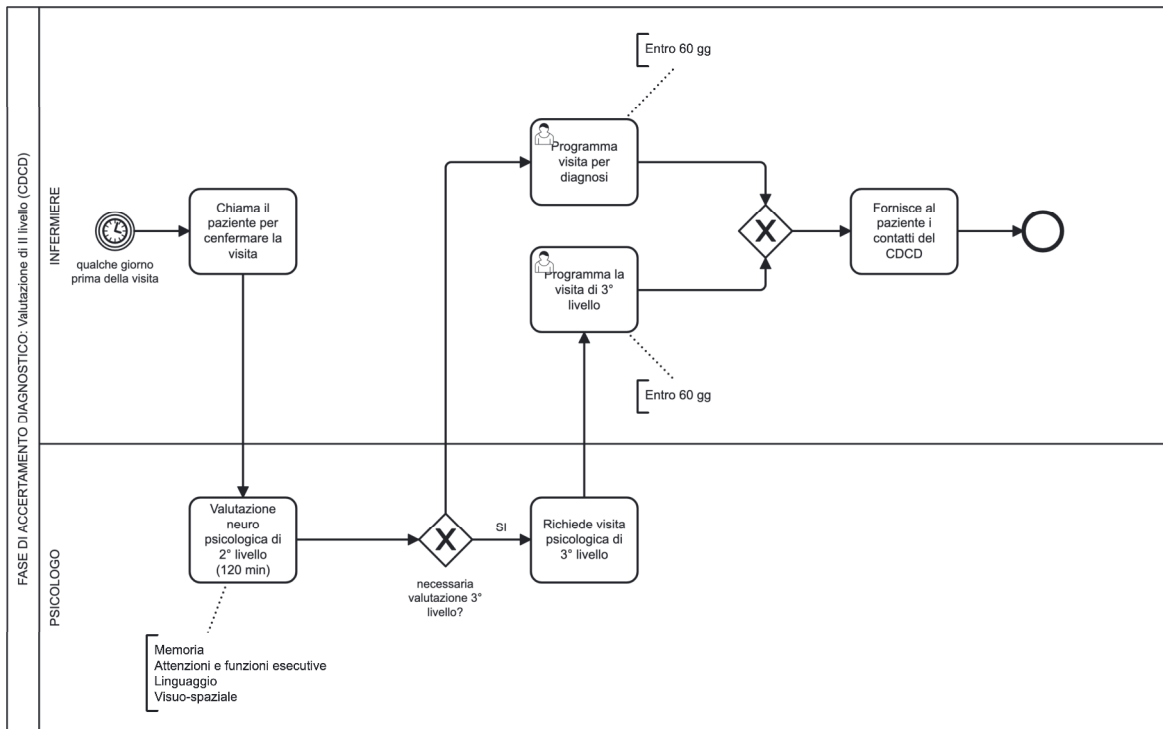


Figura 3. Fase dell'accertamento diagnostico a cura del CDCD di competenza: visita per valutazione cognitiva di II livello.

Compiti dello psicologo

Per i soggetti con MCI o demenza lieve-moderata (CDR 0,5/ 1/ 2) e con MMSE > 10 lo psicologo procede con la Valutazione Neuropsicologica di II livello, riguardante i seguenti ambiti:

- 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:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

- Fluenza per categorie fonemiche;
 - Fluenza per categorie semantiche;
 - Denominazione del BADA (denominazione orale, parole e verbi).
- Visuo-spaziale:
- Prassia costruttiva (copia figure semplici da MDB di Caltagirone et al.);
 - Figura di Rey (copia).

Al termine della visita lo psicologo illustra al paziente le finalità della visita successiva, che possono essere, a seconda dei casi, la restituzione delle risultanze degli accertamenti eseguiti o la somministrazione di ulteriori test specifici; in entrambi i casi il paziente è indirizzato all'infermiere per il proseguimento del percorso.

Compiti dell'infermiere

Qualche giorno prima della visita l'infermiere chiama il paziente per confermare l'appuntamento e per assicurarsi che il paziente, in quella occasione, avrà i referti di RMN e TC. Nel caso in cui il paziente non disponga dei referti, l'infermiere procederà a riprogrammare la visita conformemente alla tempistica per la RMN e TC.

A chiusura della visita l'infermiere, nel rispetto delle indicazioni dello psicologo circa le finalità della visita successiva, procede alla programmazione della terza visita che si terrà entro 60 giorni; si accerta che il paziente abbia il numero di telefono e la mail del CDCD in caso abbia necessità di riprogrammare la visita.

4.4 Valutazione cognitiva di III livello (facoltativa)

La durata programmata dell'appuntamento, rappresentato nella seguente figura, è almeno di 120 minuti, di cui 90 minuti per la visita del paziente e 30 minuti per la correzione dei test.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

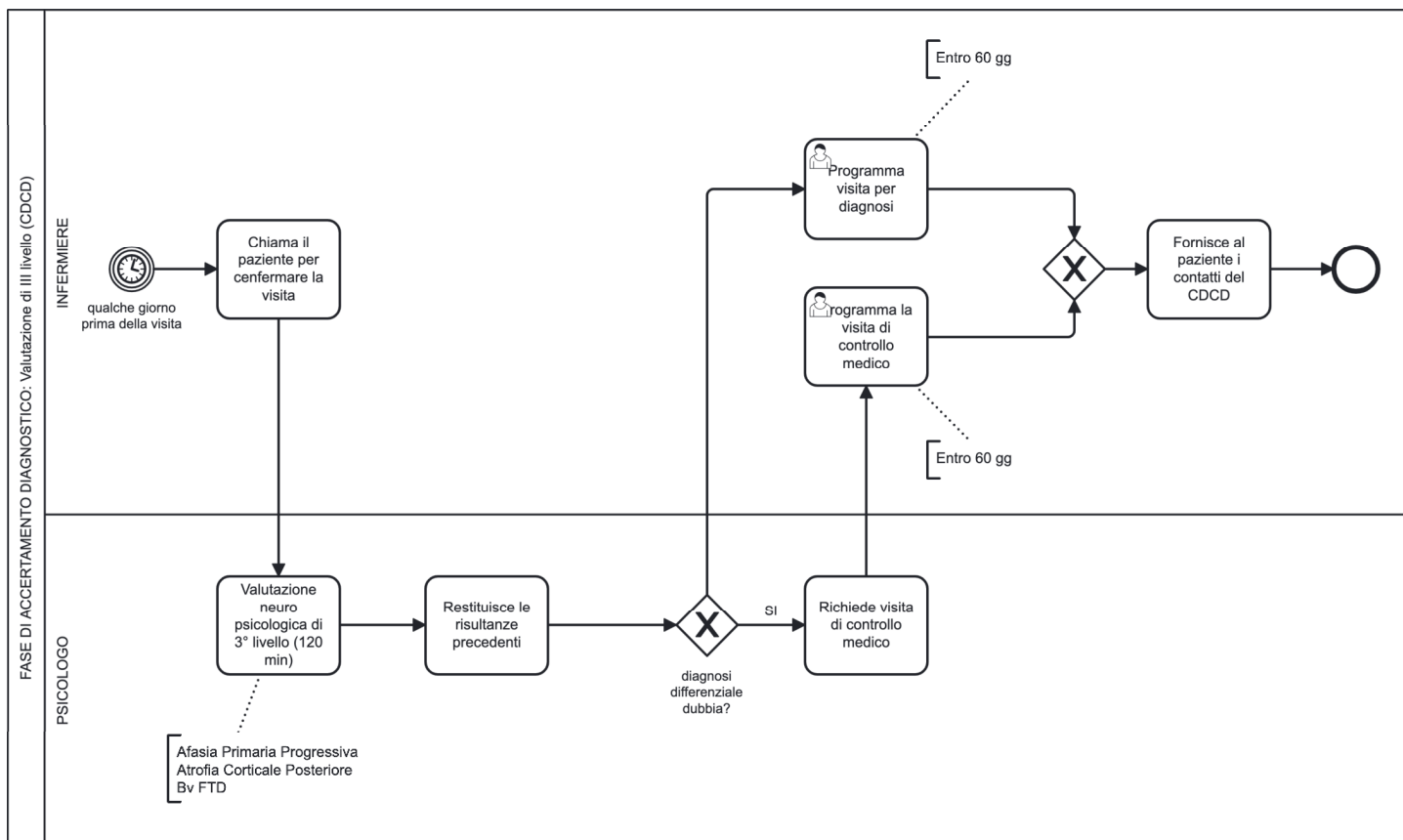


Figura 4. Fase dell'accertamento diagnostico a cura del CDCD di competenza: visita per valutazione cognitiva di III livello (facoltativa).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Compiti dello psicologo

In caso di sospette forme atipiche con esordio focale e lentamente progressivo, lo psicologo procede alla valutazione di III livello somministrando il seguente set minimo di test specifici:

- 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.

Al termine della sua prestazione, lo psicologo informa il paziente che nella prossima visita verrà comunicata l'eventuale diagnosi oppure, nei casi di diagnosi differenziale dubbia tra le varie forme di disturbo cognitivo ed in casi atipici e presenili, il medico effettuerà ulteriori accertamenti.

Compiti dell'infermiere

Qualche giorno prima della visita l'infermiere chiama il paziente per confermare l'appuntamento.

A chiusura della visita l'infermiere procede alla programmazione della visita successiva entro 60 giorni; si accerta che il paziente abbia il numero di telefono e la mail del CDCD in caso abbia necessità di riprogrammare la visita.

4.5 Visita di controllo del medico (facoltativa)

Nei casi di diagnosi differenziale dubbia tra le varie forme ed in casi atipici e presenili, il medico effettua un'ulteriore visita nella quale rivaluta il percorso clinico del paziente.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

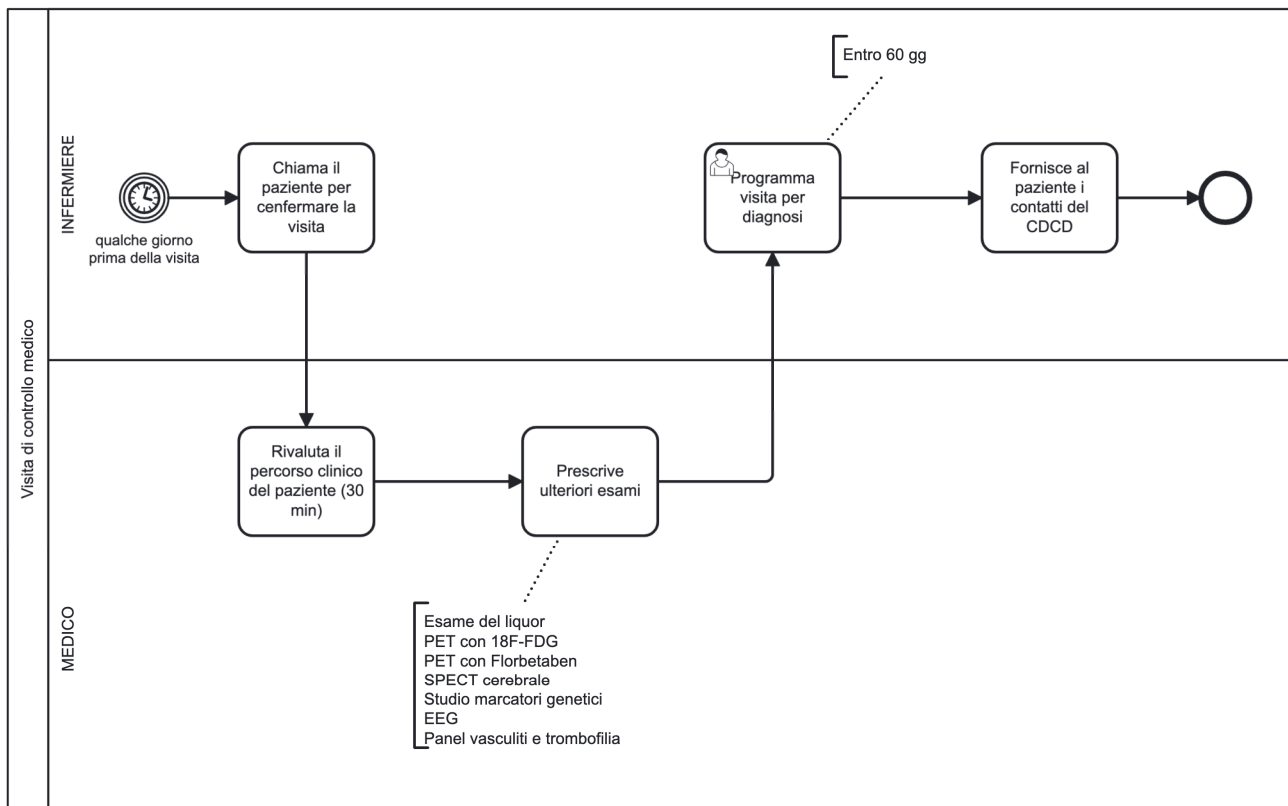


Figura 5. Fase dell'accertamento diagnostico a cura del CDCD di competenza: visita di controllo del medico (facoltativa).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Compiti del medico

Oltre ad effettuare un primo bilancio del percorso di accertamento diagnostico fin qui effettuato, durante questa visita il medico prescrive uno o più dei seguenti ulteriori accertamenti:

- 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 (solo nei soggetti di età inferiore ai 70 anni e secondo raccomandazioni dell'*Italian Interdisciplinary Working Group Neurol Sci* 2015;36(6):1075-81);
- 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, *Fahr Syndrome*, 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);
- Panel vasculiti e trombofilia, HIV, Ammoniemia, Cupruria 24 h, Ceruloplasmina, altri dosaggi ormonali.

Compiti dell'infermiere

Qualche giorno prima della visita l'infermiere chiama il paziente per confermare l'appuntamento.

A chiusura della visita l'infermiere procede alla programmazione della visita successiva entro 60 giorni; si accerta che il paziente abbia il numero di telefono e la mail del CDCD in caso abbia necessità di riprogrammare la visita.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

4.6 Comunicazione degli esiti diagnostici

Compiti del medico

Nella formulazione della diagnosi, il medico fa riferimento alla seguente classificazione DSM-V (*American Psychiatric Association* 2013) prospettando, per ciascuna categoria, le azioni successive nel processo di presa in carico del paziente da parte del CDCD.

DIAGNOSI	AZIONE
Assente	<ul style="list-style-type: none">• comunicazione assenza di diagnosi;• consegna al paziente di una relazione scritta per il MMG, recante una sintesi della fase di accertamento diagnostico ed eventuali diagnosi/sospette diagnosi, corredate di raccomandazioni per ulteriori accertamenti da svolgersi in collaborazione con la rete degli Specialisti Ambulatoriali;• Chiusura formale della cartella clinica del paziente sul SiSaR.
Disturbo Cognitivo Soggettivo	<ul style="list-style-type: none">• comunicazione diagnosi;• calendarizzazione di una visita di follow-up a 12 mesi.
Disturbo cognitivo secondario a depressione	<ul style="list-style-type: none">• comunicazione diagnosi;• prescrizione di adeguata terapia farmacologica e/o breve ciclo di trattamento psicoterapico;• calendarizzazione di una visita di rivalutazione a 3 mesi.
Disturbo Neurocognitivo Minore	<ul style="list-style-type: none">• comunicazione diagnosi;• prescrizione di adeguata terapia farmacologica;• calendarizzazione di una visita di follow-up a 6 mesi.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

DIAGNOSI	AZIONE
<p>Disturbo Neurocognitivo Maggiore dovuto a:</p> <ul style="list-style-type: none">– <u>Malattia di Alzheimer</u>^{vi}– <u>Demenza a Corpi di Lewy</u>^{vii}– <u>Demenza frontotemporale</u>^{viii}– <u>Demenza vascolare</u>^{ix}– <u>Demenza mista</u> (2 delle precedenti cause in associazione, in genere malattia di Alzheimer e deterioramento cognitivo su base vascolare)– <u>Parkinson-demenza</u>^x	<ul style="list-style-type: none">• comunicazione diagnosi;• illustrazione del percorso di cura individuale elaborato per il paziente;• prescrizione di un piano integrato di terapie farmacologiche (eventuale prescrizione di farmaci specifici con piano terapeutico, terapie sintomatiche, etc);• formulazione di un piano integrato di terapie non farmacologiche (interventi psicosociali su paziente e caregiver, stimolazione cognitiva, interventi riabilitativi, interventi multimodali, terapia occupazionale, musicoterapia etc...);• rilascio della documentazione necessaria ai fini dell'esenzione;• consegna al paziente di una relazione scritta per il MMG, contenente la diagnosi e gli interventi proposti tra cui eventualmente la proposta di attivazione di servizi sociali e sociosanitari di RSA, ADI, CDI e riabilitazione in centri residenziali o diurni;• calendarizzazione di una visita di follow-up.

Compiti dell'infermiere

Qualche giorno prima della visita l'infermiere chiama il paziente per confermare l'appuntamento ed accertarsi che il paziente, in quella occasione, avrà i referti eventualmente prescritti dal medico del CDCD nella visita precedente.

A chiusura della visita l'infermiere procede alla programmazione della visita successiva nel rispetto della tempistica indicata dal medico; si accerta che il paziente abbia il numero di telefono e la mail del CDCD in caso abbia necessità di riprogrammare la visita.

La seguente figura rappresenta il diagramma di flusso (flow chart) relativo alla fase della comunicazione degli esiti diagnostici.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

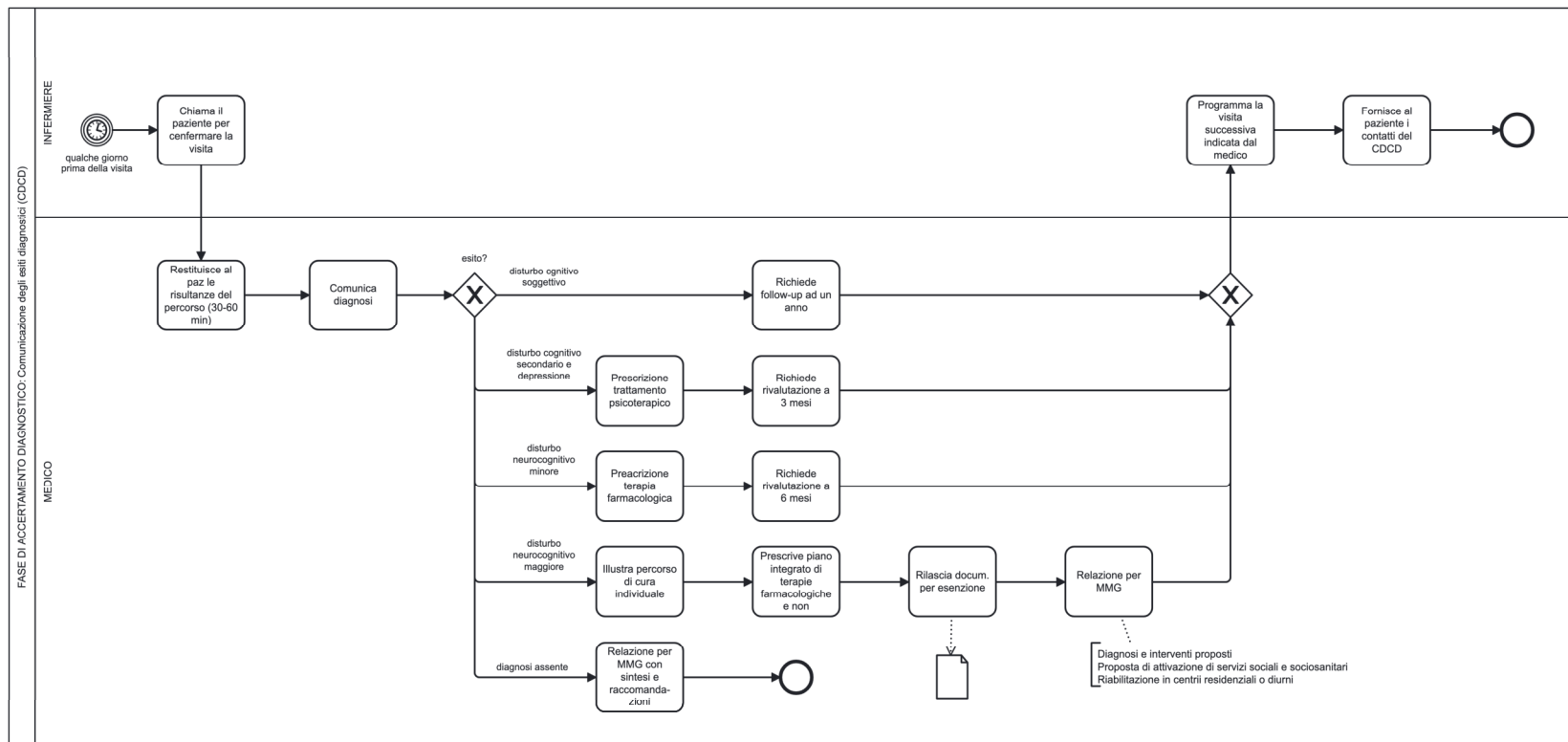


Figura 6. Fase dell'accertamento diagnostico a cura del CDCD di competenza: visita per comunicazione degli esiti diagnostici.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

5. Presa in carico del CDCD

La presa in carico del paziente con diagnosi di disturbo neurocognitivo secondo le procedure sopra riportate è definito nel PDTA regionale in via di definizione, del quale il presente percorso rappresenta la prima fase.

6. Indicatori per il monitoraggio del *Percorso regionale per la diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore (Mild Cognitive Impairment - MCI)*

Il presente Percorso sarà monitorato attraverso la rilevazione e l'analisi periodica dei seguenti indicatori.

Indicatore	Numeratore	Denominatore	Fonte dati	Frequenza rilevazione
Grado di partecipazione dei MMG	n. MMG/SAM inviati "schede di invio ai CDCD"	n. MMG/SAM sul territorio di riferimento del CDCD	Documentazione CDCD	semestrale
Pazienti MCI con valutazione neuropsicologica	n. pazienti MCI con valutazione neuropsicologica	n. totale pazienti con diagnosi MCI (ANNO)	Documentazione CDCD	semestrale
Organizzazione dei CDCD	n. CDCD con équipe completa (Medico/inf/psicologo)	n. CDCD aziendali	Direzioni Generali delle aziende sanitarie	semestrale
Capacità di reclutamento al Percorso di diagnosi per DNC minore/MCI	n. nuovi paz. inviati dai MMG	n. nuovi paz. afferenti al CDCD	Documentazione CDCD	semestrale
Tempi di attivazione del Percorso di diagnosi per DNC minore/MCI	somma dei tempi di attesa per la prima visita (espressa in gg)	n. prime visite CDCD	Documentazione CDCD	semestrale



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Indicatore	Numeratore	Denominatore	Fonte dati	Frequenza rilevazione
Tempi per la conclusione del Percorso	somma dei tempi di attesa dalla prima visita alla visita per diagnosi (espressa in gg)	n. visite per diagnosi	Documentazione CDCD	semestrale

Tabella 1. Indicatori del per il monitoraggio del Percorso regionale per la diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore (Mild Cognitive Impairment - MCI).

Il monitoraggio sarà effettuato semestralmente dalla Direzione generale della Sanità con l'ausilio del Tavolo tecnico regionale per il monitoraggio delle attività del Fondo per l'Alzheimer e le demenze, al quale, tra gli altri, è stato affidato il compito di elaborare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) regionale per le demenze in applicazione delle "Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze", recepite dalla Giunta regionale con deliberazione n. 22/77 del 30.06.2022 - Allegato 2.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

7. Allegato 1

Scheda di invio al CDCD

Da compilarsi a cura del MMG o dello specialista ambulatoriale che abbia completato le fasi di valutazione cognitiva preliminare (par. 3.1, pag. 7) e quella degli Accertamenti preliminari (par.3.2, pag. 10)

Anagrafica del medico inviante	
Nome	_____
Cognome	_____
CF	_____
Cellulare	_____
Telefono	_____
Mail	_____
Anagrafica del paziente	
Nome	_____
Cognome	_____
CF	_____
Cellulare	_____
Telefono	_____
Mail	_____
Dati clinici	
Esenzione: (si, no; in caso di risposta affermativa fornire il codice)	_____
Problematiche sociali: (si, no; in caso di risposta affermativa fornire una breve descrizione)	_____

Comorbilità presenti: (si, no; in caso di risposta affermativa fornirne la lista)	_____

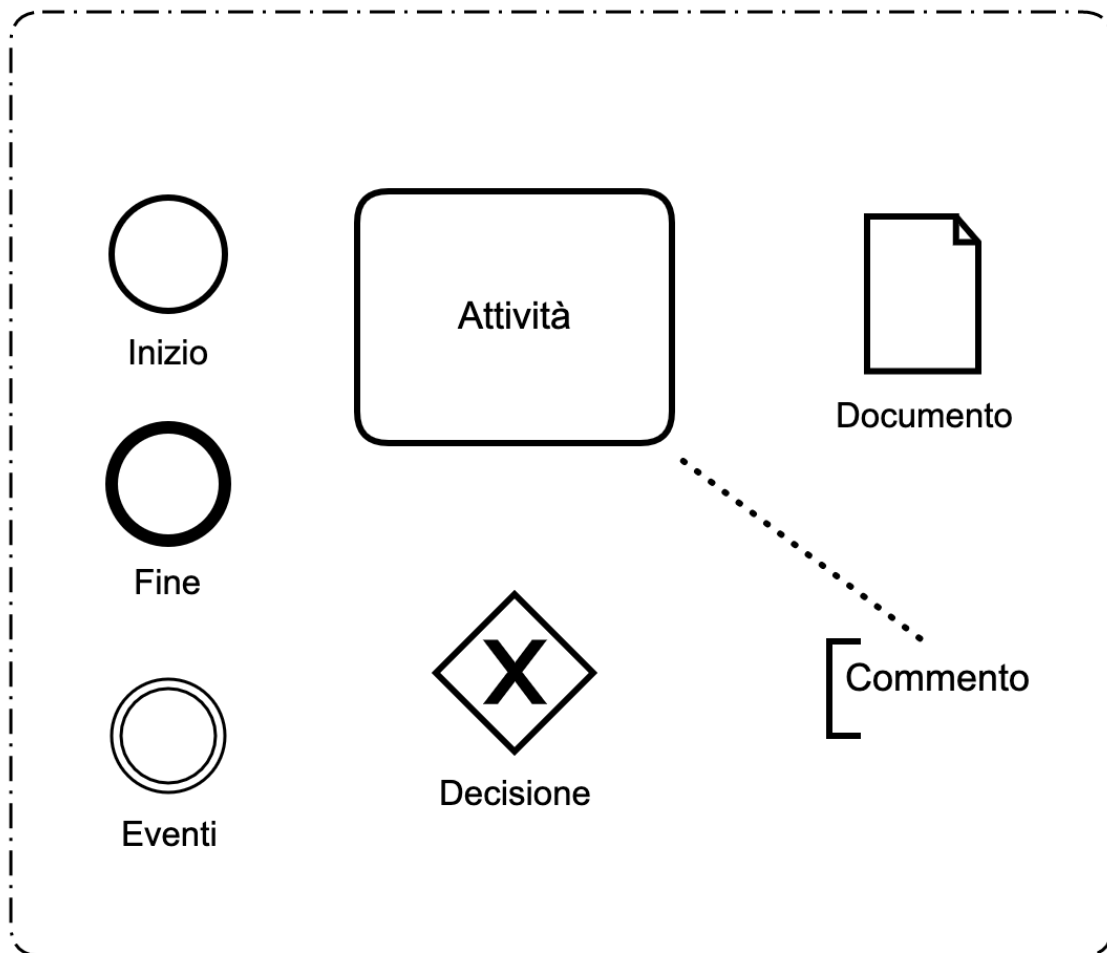


REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

8. Allegato 2

Legenda per la lettura dei diagrammi di flusso (*flowchart*)





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

9. Allegato 3

Paziente: Cognome _____ Nome _____ Data _____

GPCOG-It

TEST DI SCREENING PER LA DEMENZA PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Sezione 1 : Valutazione del Paziente

Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola

Richiamo: 1° fase. Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me. Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli di nuovo fra pochi minuti :
Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia."
(Consentire un massimo di 4 tentativi : non si assegna punteggio in questa fase)

	Corretto	Sbagliato
<u>Orientamento Temporale</u>		
2. Mi dica la data di oggi ? (solo la risposta esatta è valida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Funzionalità Visuospaziale: Disegno dell'Orologio</u> (usare un foglio con un cerchio prestampato)		
3. Per piacere inserisca tutti i numeri delle ore. (i numeri devono essere posizionati correttamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10. La risposta è corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se il paziente non è riuscito a distinguere la lancetta lunga da quella corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informazioni

5. Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana ? Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra", "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se il paziente non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

Richiamo: 2° fase

6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare ?

Mario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Libertà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pavia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Per ottenere il punteggio totale, sommare tutte le risposte corrette)

Totale risposte corrette (punteggio massimo: 9)

/9

Se il punteggio è 9/9 : funzioni cognitive nei limiti di norma; non sono necessari ulteriori accertamenti.
Se il punteggio è 5-8/9: sono necessarie ulteriori informazioni per cui procedere con la Sezione 2
Se il punteggio è 0-4/9 : è presente deterioramento cognitivo ed è opportuno procedere con accertamenti



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO

Sezione 2 : Intervista al Familiare/Conoscente

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Relazione con il paziente : [] coniuge [] figlio [] fratello [] nipote [] convivente [] amico
[] vicino [] badante [] ass. sociale [] altro _____

Queste sei domande indagano lo stato funzionale del paziente
confrontato con quello di 5-10 anni prima, quando era in buona salute.

Chiedere: *Rispetto a qualche anno fa, il/la paziente*

- | | si | no | non
so | non
applicabile |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. ... ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ...quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. ... è meno capace di gestire il denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ... è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ...richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici) ?
(se le difficoltà del paziente sono dovute solo a problemi fisici, ed es. agli arti inferiori, segnare "no") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Per ottenere il punteggio totale, sommare tutte le risposte : "no", "non so" e "non applicabile")

Punteggio Totale (punteggio massimo: 6)

/6

Punteggio 0-3/6 : è presente deterioramento cognitivo ed è opportuno procedere con accertamenti.

Punteggio 4-6/6 : funzioni cognitive normali; non necessari ulteriori accertamenti, rivalutare dopo 12 mesi



10. Riferimenti e note

- ⁱ Istituito ai sensi dell'art. 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020 n. 178.
- ⁱⁱ Approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e pubblicato in G.U. n. 9 del 13 gennaio 2015.
- ⁱⁱⁱ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- ^{iv} Costituito con determinazione dirigenziale n. 62 del 20.01.2023, integrata dalle determinazioni n. 157 del 15.02.2023 e n. 308 del 24.03.2023.
- ^v University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care; Brodaty et al, JAGS 2002; 50:530-53
- ^{vi} McKhann GM, The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011 May;7(3):263-9.
- ^{vii} McKeith IG et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium *Neurology.* 2017 Jul 4;89(1):88-100.
- ^{viii} Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011;134(Pt 9):2456–77. Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology.* 2011 Mar 15;76(11):1006-14.
- ^{ix} Gorelick PB et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke.* 2011 Sep;42(9):2672-713.
- ^x Emre M, et al Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2007 Sep 15;22(12):1689-707.