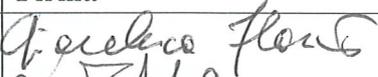
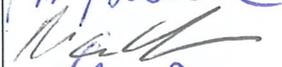
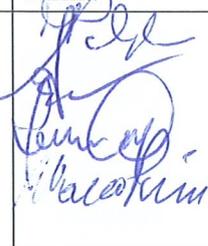


	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	Neurocognitivo
		REV. n. 2 del 18.12.23
		Pag. di

Il PDTA del Paziente con disturbo neurocognitivo dell'adulto

REV. n. 2... del 18.12.23

	Cognome e Nome	Firma
COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO	Dott. Gianluca Floris (Neurologo)	
	Dott.ssa Laura Fadda (Neurologo)	
	Daniela Boi (Infermiere Neurologia)	
	Riccardo Cau (Radiologo)	
	Elena Poma (Medico Laboratorio Analisi)	

	Cognome e Nome	Unità di appartenenza	Firma
Approvazione Scientifica	Prof.ssa Monica Puligheddu	Neurologia	
	Prof. Luca Saba	Radiologia	
	Dott. Ferdinando Coghe	Laboratorio Analisi	
	Prof. Marco Pistis	Farmacologia Clinica	
Approvazione Metodologica	DOTT.SSA PAOLA RACUGNO	GOVERNO CLINICO Presidente GAT	

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0		Prima emissione (data delibera)
1		

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del
		Pag. di

INDICE

Premessa

UNITA' OPERATIVE E RESPONSABILE DEL PERCORSO

1. OGGETTO

2. SCOPO

3. LETTERATURA SPECIFICA DI RIFERIMENTO PER GLI ASPETTI CLINICI, ASSISTENZIALI e ORGANIZZATIVI

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

5. RAPPRESENTAZIONE DEL PERCORSO

5.1 Criteri di ingresso nel percorso

5.2 Criteri di esclusione dal percorso

5.3 Descrizione Macro fasi del PDTA

5.4 Fase 1

5.5 Fase 2

5.6 Fase 3

5.7 Fase 4

5.8 Fase 5

6. RISULTATI ATTESI CLINICI E ASSISTENZIALI

7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONI DEL PERCORSO

8. ALLEGATI

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

DISTRIBUITO A

Il presente documento è distribuito all'UOC di Neurologia, Radiologia, Laboratorio Analisi.

PREMESSA

Le demenze, in crescente aumento nella popolazione generale, sono state definite secondo il Rapporto OMS del 2012 "una priorità mondiale di salute pubblica". La malattia di Alzheimer è la principale causa di demenza e sta rapidamente divenendo una delle patologie di questo secolo a maggior letalità, costo e carico socio-assistenziale. L'età è il principale fattore di rischio dell'Alzheimer e delle altre più frequenti forme di demenza e la tendenza in atto in molti paesi all'aumento progressivo delle fasce di popolazione più anziane fa sì che le demenze rappresentino un'emergenza e una sfida socio-assistenziale. Si stima, infatti, che in Italia siano presenti circa 1.200.000 persone con demenza di cui 600.000 con malattia di Alzheimer e in Sardegna circa 24.000 persone con demenza dei quali il 50 % con malattia di Alzheimer. Le demenze sono caratterizzate dallo sviluppo in età adulta di disturbi a carico delle principali funzioni cognitive quali la memoria, il linguaggio, le funzioni di pianificazione, le funzioni visuo-spaziali e di disturbi del comportamento associati a compromissione delle autonomie quotidiane. Oggi è divenuto evidente che la malattia di Alzheimer è caratterizzata da una lunga fase iniziale, prima che si sviluppino i sintomi della durata di circa 10 anni, da una fase di sintomi precoci in pazienti con conservate autonomie e solo in seguito da una fase di vera e propria demenza. Gran parte dello sforzo dei clinici e ricercatori è attualmente concentrato proprio sulla diagnosi precoce e su interventi terapeutici in fase iniziale. Le aumentate conoscenze sulla storia di malattia e sui meccanismi causali hanno permesso un netto miglioramento dell'accuratezza diagnostica con possibile utilizzo nella clinica di biomarker avanzati indicativi dei meccanismi patologici e di neurodegenerazione. Si definiscono demenze senili quelle ad esordio oltre 65 anni e presenili quelle ad esordio sotto i 65 anni. Le demenze presenili propongono delle problematiche particolari da un punto di vista diagnostico (alta frequenza di forme atipiche), riguardano spesso persone ancora in attività lavorativa ed hanno una prevalenza di circa 119/100.000 tra i 30 e i 65 anni (stima per la Sardegna di circa 900 persone). L'utilizzo di biomarker diagnostici avanzati trova la sua principale indicazione proprio nelle forme presenili, atipiche e complesse. E' da segnalare che difficilmente i pazienti che non hanno ancora ricevuto una diagnosi hanno un severo problema di comprensione/acquisizione delle informazioni tanto da dover considerare la figura del caregiver come determinante che è invece da coinvolgere nelle fasi successive alla presa in carico del paziente per tutto il decorso della malattia.

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.

Il MMG sospetta un disturbo neurocognitivo quando:

- il paziente si rivolge al medico e segnala di avere problemi cognitivi, disturbi comportamentali o alterazioni delle funzioni quotidiane quali:

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

- 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

- il medico di medicina generale si accorge di disturbi cognitivi e/o alterazioni comportamentali del paziente.

- il familiare per primo riferisce di aver riscontrato un cambiamento del paziente e fornisce una lista completa delle alterazioni cognitive e/o comportamentali e/o della funzionalità nelle attività quotidiane dell'esordio del deterioramento cognitivo.

Il MMG deve prestare 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. Deve, inoltre, prendere in considerazione anche i soggetti che, pur manifestando iniziali difficoltà cognitive, sono completamente autonomi nello svolgimento delle loro attività sia lavorative sia della vita quotidiana; una fase iniziale di questo tipo con disturbi cognitivi sottili è tipica delle principali malattie dementigene. La diagnosi precoce del disturbo cognitivo può consentire un intervento utile a prevenire e ritardare l'evoluzione della malattia.

UNITÀ OPERATIVE E RESPONSABILE DEL PERCORSO

Struttura Complessa di Neurologia

Unità operativa Laboratorio Analisi

Servizio di Radiologia

Struttura Complessa di Farmacologia Clinica

Responsabile percorso: Dott. Gianluca Floris

1. OGGETTO

Il PDTA per il paziente con sospetto disturbo neurocognitivo acquisito dell'adulto definisce le modalità organizzative e gestionali di accoglienza, valutazione diagnostica e trattamento del paziente affetto da disturbo cognitivo lieve o demenza. Il percorso prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti ed è finalizzato al precoce riconoscimento dei disturbi neurocognitivi ed *alla presa in carico dei pazienti per tutto decorso di malattia con speciale focus sulle forme complesse, a presentazione atipica o presenili (pazienti con età < 70 aa).*

2. SCOPO

Lo scopo del percorso è quello di definire le modalità operative e procedurali per la diagnosi e il trattamento terapeutico e assistenziale del paziente affetto da sospetto disturbo neurocognitivo che

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del
		Pag. di

afferisce al CDCD della Neurologia AOU Cagliari

Questo PDTA si prefigge quindi di:

- Garantire un'assistenza multi-specialistica, con standard qualitativi elevati, per tutti i pazienti con disturbi cognitivi, basati sulle più recenti evidenze scientifiche e cliniche disponibili.
- individuare pazienti ad alta complessità (sospette forme neurodegenerative a esordio atipico e/o forme presenili)
- Garantire al paziente un approccio personalizzato, che tenga conto delle caratteristiche e dei bisogni di ciascuno.
- Uniformare, razionalizzare e ridurre i tempi delle procedure di accesso al percorso e dell'iter diagnostico-terapeutico in tutte le sue fasi
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei caregiver/familiari.

3. LETTERATURA SPECIFICA DI RIFERIMENTO PER GLI ASPETTI CLINICI, ASSISTENZIALI e ORGANIZZATIVI

- Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze. Istituto Superiore di Sanità, 26 ottobre 2017
- P Scheltens, B De Strooper , M Kivipelto , H Holstege, G Chételat , CE Teunissen, J Cummings, WM van der Flier. Alzheimer's disease. Lancet 2021 Apr 24;397(10284):1577-1590
- 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
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5). 2012-2013
- 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
- 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
- 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
- Emre M, et al Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. Mov Disord. 2007 Sep 15;22(12):1689-707

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del
		Pag. di

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

<i>MMG:</i>	<i>Medico di Medicina Generale</i>
<i>CDCD</i>	<i>Centro Disturbi Cognitivi e Demenze</i>
<i>CUP</i>	<i>Centro Unico di Prenotazione</i>
<i>AOU</i>	<i>Azienda Ospedaliero Universitaria</i>
<i>DSM 5</i>	<i>Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali</i>
<i>MCI</i>	<i>Disturbo cognitivo lieve</i>
<i>AD</i>	<i>Malattia di Alzheimer</i>
<i>MMSE</i>	<i>Mini Mental State Evaluation</i>
<i>EMG</i>	<i>Elettromiografia</i>
<i>EEG</i>	<i>Elettroencefalogramma</i>

5. RAPPRESENTAZIONE DEL PERCORSO

Presso il CDCD AOU è possibile prenotare la I visita tramite CUP Regionale con impegnativa per visita neurologica recante sospetto specifico di problematiche cognitive/comportamentali da parte del MMG o altro specialista (in genere neurologo, geriatra, psichiatra).

5.1 Criteri di ingresso nel percorso

- Soggetti con sospetto disturbo neurocognitivo acquisito dell'adulto (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.

5.2 Criteri di esclusione dal percorso

- Soggetti con disturbo cognitivo dell'età evolutiva
- 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'invalideria civile

5.3 Descrizione Macrofasce del PDTA (allegato 1)

Il paziente che accede al percorso inviato dal MMG o da Specialista esegue l'accettazione presso l'infermiere del CDCD e la prima Visita Neurologica al CDCD (FASE 1). Se il sospetto clinico di disturbo cognitivo non viene confermato il paziente esce subito dal percorso, in caso contrario potranno verificarsi due scenari:

- Paziente con sospetto deterioramento cognitivo rapidamente progressivo (storia clinica < 18 mesi): verrà disposto ricovero ospedaliero programmato in reparto di Neurologia (priorità entro 30 giorni) e avviato alla FASE 4 intraricovero;

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

- Paziente con deterioramento cognitivo lentamente progressivo: verrà avviato all'esecuzione di accertamenti diagnostici ambulatoriali (FASE 2).

Al termine degli accertamenti il paziente verrà ricontattato per una nuova visita neurologica con *definizione* e comunicazione della diagnosi (FASE 3). Nei pazienti con sospetto disturbo neurocognitivo presenile o forma atipica lentamente progressiva verranno avviati accertamenti diagnostici avanzati (FASE 4) eseguiti in regime di ricovero programmato (nei casi di sospetto AD o sua diagnosi differenziale) o in regime ambulatoriale.

Alla definizione diagnostica (da FASE 3 in caso di forme classiche e da FASE 4 in caso di forme atipiche, presenili o rapidamente progressive) si arriva alla impostazione terapeutica specifica per il disturbo neurocognitivo identificato (FASE 5)

5.4 Fase 1 (allegato 2)

Il paziente accede al percorso con impegnativa per visita neurologica prescritta dal MMG o da Medico Specialista con appuntamento fissato tramite il CUP Regionale. Presso gli Ambulatori di Neurologia dell'AOU (blocco Q, piano zero, stanza 23) viene quindi eseguita l'accettazione del paziente da parte dell'infermiere del CDCD che acquisisce le generalità e verifica l'adeguatezza del quesito clinico di invio (durata 10 minuti). Il paziente viene quindi indirizzato presso l'Ambulatorio Medico dove sarà eseguita la valutazione cognitiva di 1° livello (60 minuti). Questa prevede:

- una anamnesi approfondita mirata con compilazione di una cartella ambulatoriale specifica digitalizzata suddivisa in anamnesi familiare, fisiologica, farmacologica, patologica remota e patologica prossima
- un esame obiettivo generale e neurologico, la somministrazione di test cognitivi di screening (ACE-R nei soggetti con sospetto MCI e autonomia funzionale preservata, MMSE e Clock Drawing Test nei soggetti con sospetta demenza), la valutazione funzionale (scale IADL e ADL), la valutazione comportamentale, la stadiazione del disturbo (scala CDR)
- la presa in visione di referti relativi ad eventuali accertamenti già eseguiti

Al termine della valutazione, secondo indicazione clinica, si potranno avere le seguenti possibilità:

- il Neurologo non conferma il sospetto di disturbo cognitivo: il paziente *esce dal percorso* o viene indirizzato ad altro specialista di competenza/MMG
- il paziente ha già eseguito degli accertamenti diagnostici di primo livello, non sono richiesti esami diagnostici avanzati, e pertanto si procede alla definizione della diagnosi (**FASE 3**)
- il paziente necessita di accertamenti diagnostici di primo livello (**FASE 2**) che vengono pertanto prescritti:
 - ✓ Valutazione neuropsicologica di II livello
 - ✓ Indagini di neuroimaging morfologico
 - ✓ Routine ematica con esami specifici per disturbi cognitivi;
 - ✓ ECG con misurazione QTc e visita cardiologica

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

5.5 Fase 2 (Allegato 3)

Accede alla fase 2 il paziente con sospetto disturbo cognitivo che ha eseguito il primo accesso (Fase 1) e per il quale siano necessari accertamenti di primo livello. Al paziente vengono fornite le impegnative per i seguenti accertamenti (qualora non eseguiti):

1. Valutazione Neuropsicologica di II livello (Durata 90 minuti + 30 minuti per la correzione). Viene programmata dal Neurologo durante la prima visita. Tale valutazione viene eseguita presso il CDCD dell'AOU da parte dello Psicologo esperto di Neuropsicologia. La valutazione consiste in una batteria di test che indagano i principali domini cognitivi che permettono di costruire un profilo neuropsicologico preciso, esteso ed utile a distinguere le diverse patologie dementigene con alta accuratezza diagnostica fin da una fase precoce. I test somministrati sono:

Per la Memoria:

- FCSRT (versione verbale a 16 parole)
- Figura di Rey (rievocazione differita versione di Cafarra et al.)

Per Attenzione, Working Memory e Funzioni Esecutive:

- TMT A e B
- Matrici attentive
- Stroop (versione di Cafarra et al.)
- Digit Span (diretto ed inverso)
- Corsi (diretto ed inverso)
- MCST

Per il Linguaggio

- Fluenza per categorie fonemiche
- Fluenza per categorie semantiche
- Denominazione del BADA (denominazione orale: nomi e verbi)

Per le Funzioni Visuo-spaziali

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

I punteggi grezzi ottenuti nei diversi test vengono poi corretti secondo tarature standardizzate sviluppate sulla popolazione italiana.

2. Indagini di Neuroimaging morfologico

RMN encefalo senza mdc (indagine di elezione):

In caso di forma presenile/complessa/atipica gli esami di imaging vengono praticati presso UOC di Radiologia AOU con apparecchio RM ad alto campo (3 Tesla) secondo percorso diagnostico RM standardizzato per i disturbi neuro cognitivi dell'adulto comprendente sequenze T1 volumetriche,

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

T2/FLAIR, DWI, SWI finalizzato alla fine diagnosi differenziale delle principali forme di disturbi neurocognitivi; In caso di forme classiche senili l'esame RMN verrà fissato dal paziente tramite CUP presso Servizio di Radiologia a scelta nel SSR;

TC encefalo senza mdc (per i soggetti impossibilitati a praticare RMN o se controindicata RMN)

3. Routine ematica per disturbi neurocognitivi (eseguibile presso UOC Laboratorio Centrale AOU o presso altro laboratorio a scelta del paziente): 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

4. ECG con misurazione QTc e visita cardiologica (eseguibile presso cardiologo di fiducia a scelta del paziente).

5.6 Fase 3 (allegato 4)

Il paziente pratica visita neurologica di controllo conclusiva del percorso diagnostico presso CDCD con accertamenti richiesti: (durata 30 minuti). Si accede alla fase 3 direttamente dalla Fase 1 in caso di pazienti che accedono al CDCD con accertamenti di primo livello già eseguiti e sufficienti o da fase 2. Durante tale visita verranno analizzati i referti relativi agli accertamenti richiesti e potranno essere identificati 5 possibili scenari:

1. Il sospetto di disturbo cognitivo non viene confermato: il paziente esce dal percorso
2. Disturbo cognitivo ascrivibile a condizione medica o chirurgica emersa agli esami di laboratorio e di imaging strutturale: il paziente verrà inviato allo specialista medico o chirurgo di competenza e rimandato a follow-up presso il CDCD dopo 3-6 mesi
3. Il paziente presenta un disturbo soggettivo di memoria (percezione soggettiva di disturbo in assenza di una dato obiettivabile ai test): verrà indirizzato a follow-up a 6 mesi presso il CDCD
4. Viene identificato un disturbo cognitivo potenzialmente secondario a depressione: a seconda dei casi il paziente verrà indirizzato ad altro specialista (psichiatra) o verrà impostata una terapia e indirizzato a successiva visita di follow-up presso il CDCD dopo 3-6 mesi
5. Viene identificato un disturbo neurocognitivo minore (MCI) o maggiore (demenza) secondo DSM V: in questo caso si potranno avere due possibili scenari:
 - sospetto disturbo neurocognitivo atipico o forma presenile: il paziente viene avviato all'esecuzione di accertamenti avanzati (FASE 4)
 - disturbo neurocognitivo tipico senile secondo Criteri Diagnostici Internazionali: verrà effettuata la comunicazione diagnostica e il paziente avviato alla terapia (FASE 5)

5.7 Fase 4 (Allegato V)

Si tratta di una fase di approfondimento diagnostico avanzato, che potrà svilupparsi, a seconda dei casi, nell'ambito di un ricovero ospedaliero programmato in reparto di Neurologia dell'AOU (entro 30 giorni) o in ambito ambulatoriale. E' destinato ai pazienti che:

- presentano un quadro di deterioramento cognitivo rapidamente progressivo sospettabile già dalla

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

prima visita al CDCD (da FASE 1). Per tali pazienti la fase 4 si sviluppa sempre in regime di ricovero ospedaliero.

- presentano un disturbo neurocognitivo (lieve o maggiore) presenile (< 70) o con caratteristiche atipiche (da fase 3). In tali casi, qualora sussista il sospetto di una forma presenile o atipica di AD o sia necessaria la sua diagnosi differenziale, la fase 4 si sviluppa in regime di ricovero ospedaliero, necessario all'esecuzione del prelievo di liquor; in tutti gli altri casi sarà gestita in ambito ambulatoriale.

La fase 4 presuppone i seguenti accertamenti, da utilizzare in base al quesito clinico:

- ❖ **Esame del liquor (richiede sempre il ricovero ospedaliero):**
 - Chimico-fisico e colturale per principali patogeni del Sistema Nervoso (Laboratorio Centrale AOU Cagliari)
 - Dosaggio Neurofilamenti (Laboratorio Centrale AOU Cagliari)
 - Ricerca biomarkers per malattia da prioni: Dosaggio proteina 14.3.3 (Laboratorio Centro Sclerosi Multipla PO Binaghi) e RT-QuIC (Laboratorio Microbiologia Università degli Studi di Cagliari)
 - Ricerca biomarkers per AD : Abeta 1-42, Abeta 1-40, P-tau 181, T-tau, Ratio Abeta 1-42, Abeta 1-40 (Laboratorio Centrale AOU Cagliari)
 - Ricerca biomarkers encefaliti autoimmuni e analisi immunologica del liquor (Laboratorio Centro Sclerosi Multipla PO Binaghi)
- ❖ **Esami ematochimici:**
 - Diagnostica cause infettive, autoimmuni, metaboliche ed endocrinologiche di demenza (laboratorio Centrale AOU Cagliari)
 - Dosaggio Neurofilamenti (Laboratorio Centrale AOU Cagliari)
 - Dosaggio markers onconeurali (Laboratorio Centro Sclerosi Multipla PO Binaghi)
- ❖ **Imaging funzionale:**
 - Scintigrafia Cerebrale con tracciante per il trasportatore della dopamina_DatScan (Medicina Nucleare AOU Cagliari)
 - Fdg-PET cerebrale (Medicina Nucleare PO Brotzu)
 - Amyloid PET
- ❖ **Imaging Strutturale:**
 - RMN encefalo senza o con mdc (SC Radiologia AOU Cagliari)
- ❖ **Esami Neurofisiologici (Neurologia AOU Cagliari)**
 - EEG
 - EMG
 - Potenziali evocati motori
 - VideoPolisonnografia e polisonnografia
- ❖ **Valutazione Neuropsicologica (Neuropsicologo CDCD)**
 - 2 livello (se non eseguita)
 - 3 livello : studio test di approfondimento del linguaggio (SAND), test di approfondimento delle funzioni visuo-spaziali (VOSP), test di social cognition e ragionamento, questionari di

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

valutazione dei disturbi del comportamento.

- ❖ 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 (Genetica Medica, PO Binaghi)

5.8 Fase 5 (Allegato VI)

Dopo inquadramento diagnostico (FASI 3 o 4) il paziente accede alla fase terapeutica e successivo follow-up. La fase V può avere inizio contestualmente alla seconda visita neurologica eseguita dopo work-up diagnostico semplice ambulatoriale (FASI 1,2,3) o dopo dimissione ospedaliera/approfondimenti avanzati (in una successiva visita neurologica ambulatoriale organizzata quando disponibili i referti di tutti gli esami eseguiti).

La fase 5 consiste nella formulazione di un piano integrato di:

- ❖ Terapie farmacologiche
 - Terapia sintomatica cognitiva con piano terapeutico specifico
 - Terapie sintomatica per disturbi del comportamento (depressione, ansia, agitazione, deliri, allucinazioni), disturbi del sonno, eventuale epilessia secondaria
 - Valutazione da parte del farmacologo clinico dell'anamnesi farmacologica e della valutazione dell'appropriatezza delle terapie farmacologiche mediante strumenti validati. Valutazione di eventuali interazioni farmacologiche ed eventuale riconciliazione terapeutica con medication review e deprescribing.
- ❖ Terapie non farmacologiche (eseguibili presso il CDCD da parte del Neuropsicologo):
 - Interventi rivolti alla persona con disturbo neurocognitivo:
 - counselling, colloquio psicologico, programmi di supporto al post-diagnosi in piccoli gruppi
 - stimolazione cognitiva (individuale o di gruppo)
 - Interventi psicoeducazionali e psicosociali rivolti al Caregiver della persona con disturbi neurocognitivo
- ❖ Attivazione di interventi terapeutici nel territorio (Riabilitazione, Terapia occupazionale, Musicoterapia, Interventi Psicosociali etc)

6. RISULTATI ATTESI CLINICI E ASSISTENZIALI

Il PDTA, rappresentato in questo documento, offre al paziente con disturbi neurocognitivi acquisiti dell'adulto, un percorso di diagnosi e trattamento di elevata qualità secondo le migliori e più recenti evidenze cliniche e scientifiche assicurando una modalità standardizzata, regolamentata e soprattutto continuativa del percorso assistenziale e riduce i tempi di attesa, dell'iter clinico e della presa in carico del paziente. Garantisce, inoltre, standard di elevato valore per tutte le forme ma altresì una plasticità multilivello nell'approccio alla complessità del problema e del singolo caso con particolare focus sulla

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del
		Pag. di

diagnosi precoce e sulla diagnosi e presa in carico delle forme ad alta complessità con procedure rapide, definite, integrate e multidisciplinari.

7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PERCORSO

Il monitoraggio del PDTA viene effettuato dal responsabile del percorso, con una valutazione annuale degli indicatori descritti qui di seguito:

Fasi del percorso	Indicatori	Target
Fase 1	numero di pazienti per i quali si esegue l'iter completo previsto dalla fase 1 rispetto a numero totale di accessi prima visita	90% dei pazienti pratica l'iter previsto
Fase 2	numero di pazienti che eseguono test neuropsicologici di II livello entro 30 giorni dalla prescrizione	80% dei pazienti esegue test neuropsicologici di II livello entro 30 giorni dalla I visita
Fase 2	numero di pazienti con MCI che eseguono test neuropsicologici di II livello	80% dei pazienti con MCI esegue test neuropsicologici di II livello
Fase 4	numero di pazienti con forme presenili (< 70 anni all'esordio) e atipiche di disturbo neurocognitivo dell'adulto che accedono entro 45 giorni al percorso diagnostico specifico RM standardizzato presso UOC Radiologia AOU ad alto campo (3 Tesla)/numero totale di forme presenili/complesse/atipiche che hanno avuto accesso al CDCD	80% dei pazienti con forme presenili e atipiche esegue lo studio di imaging RM previsto entro 45 giorni previa creazione delle risorse macchina da parte dell'AOU
Fase 4	numero di pazienti con forme presenili (< 70 anni all'esordio) di disturbo neurocognitivo dell'adulto in caso di sospetto AD o sua diagnosi differenziale che accedono entro 45 giorni dalla I visita CDCD a studio con biomarker avanzati AD/numero totale di forme presenili con sospetto AD che hanno avuto accesso al CDCD	70% dei pazienti con forme presenili di sospetto AD esegue i biomarker avanzati liquorali AD previsti entro 45 giorni (sono esclusi i pazienti che rifiutano la procedura)

	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del
		Pag. di

8. ALLEGATI

ALL. 1 Diagramma delle attività

ALL. 2 Fase 1

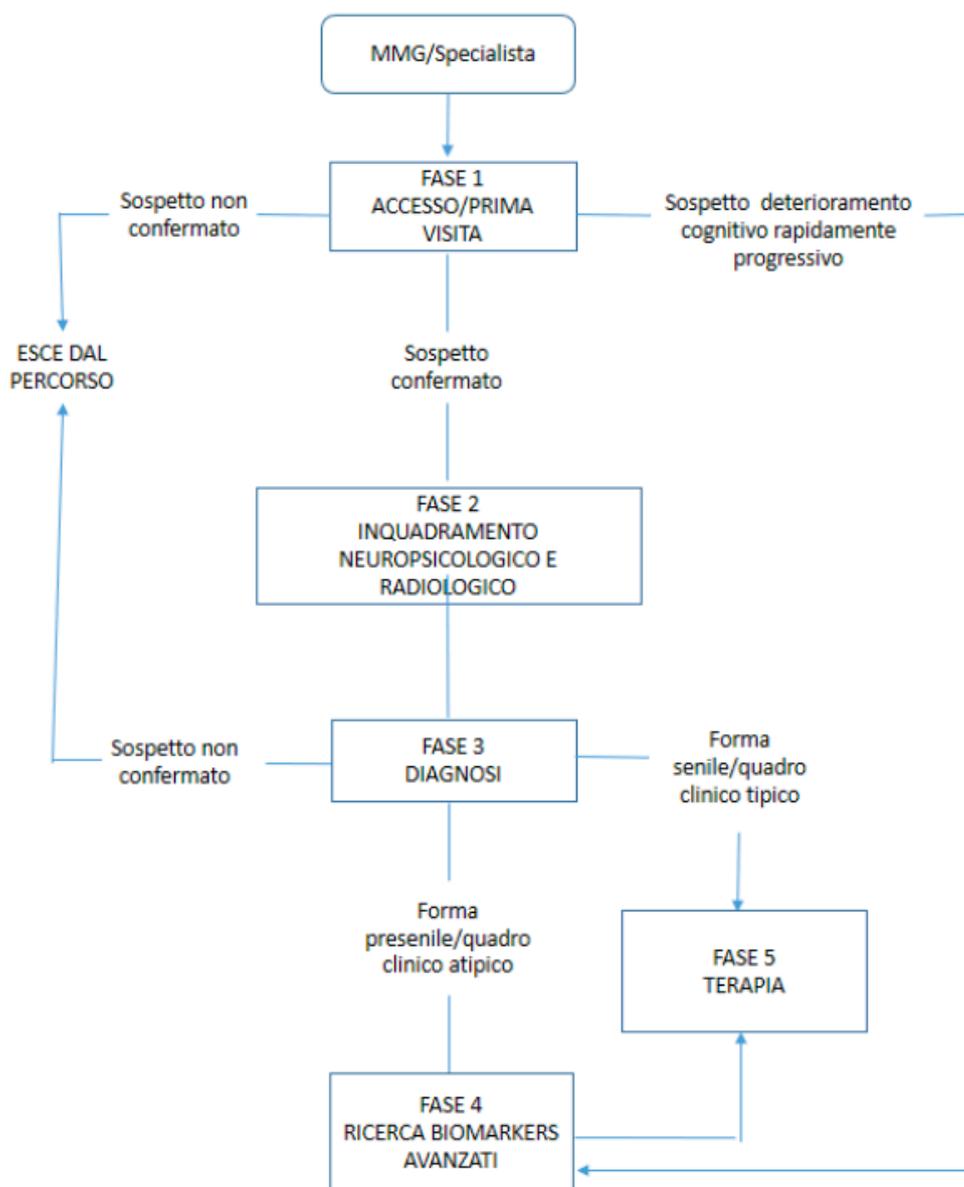
ALL. 3 Fase 2

ALL. 4 Fase 3

ALL. 5 Fase 4

ALL. 6 Fase 5

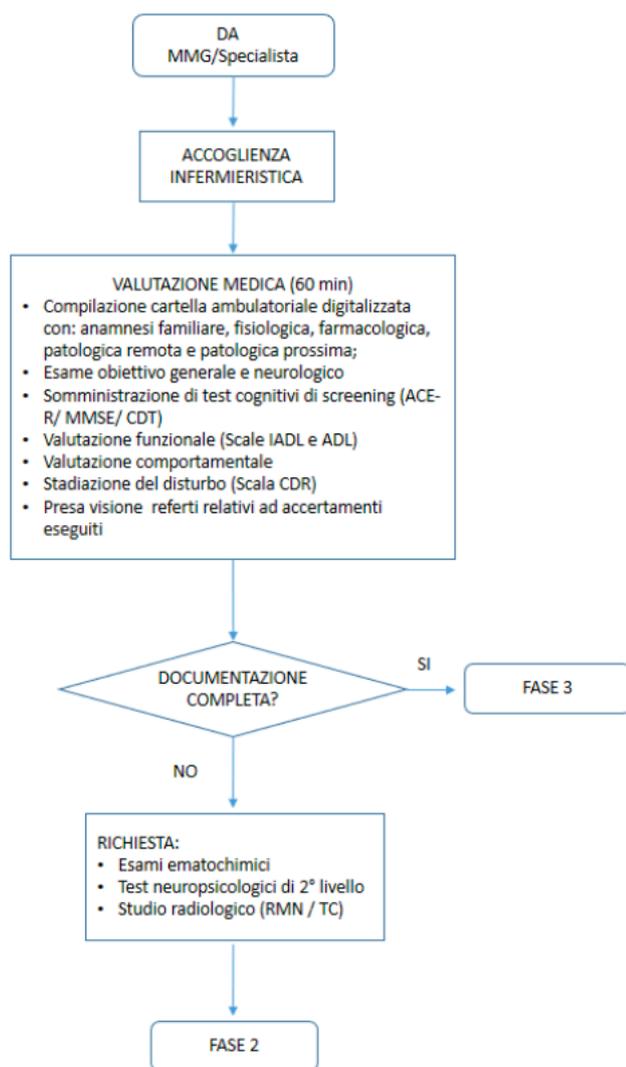
	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di



	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

All 2

FASE 1





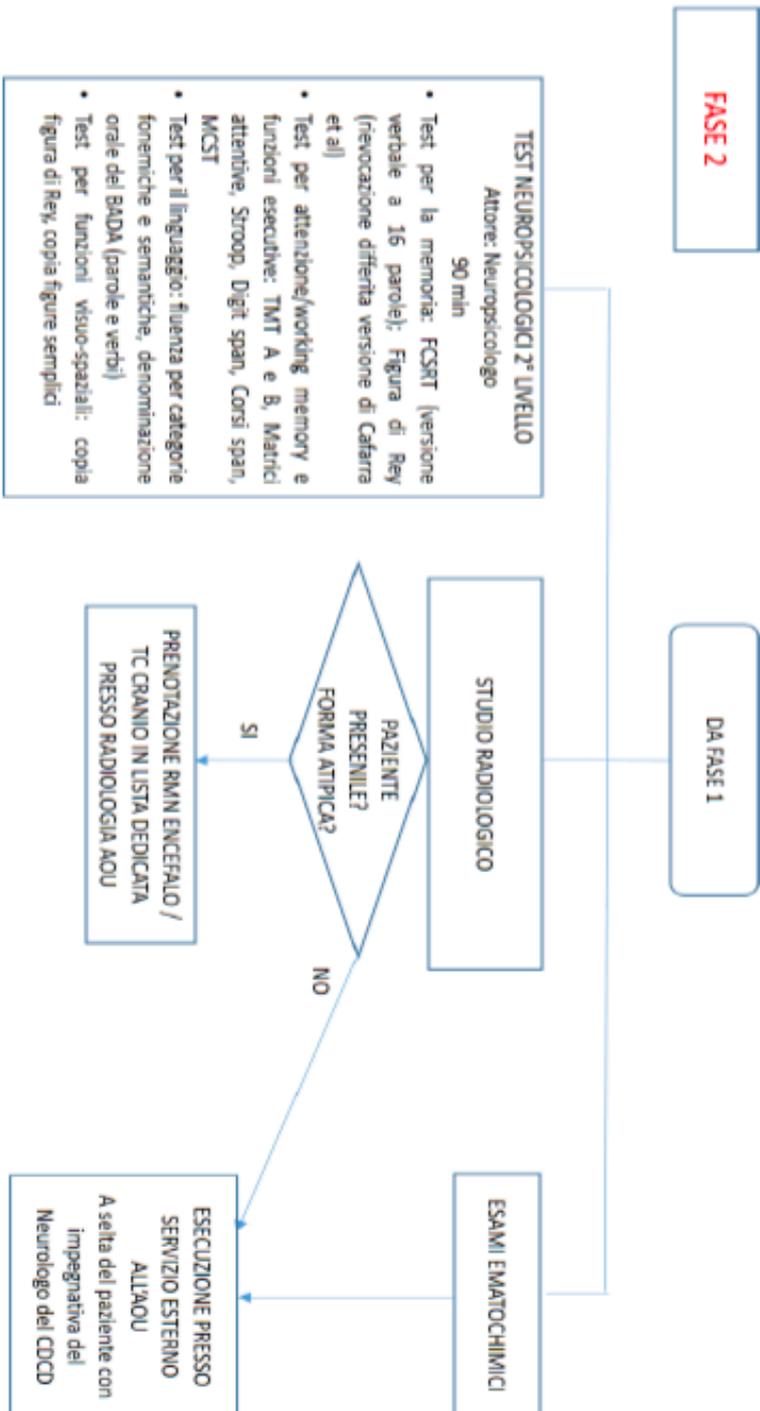
AOU CAGLIARI

UOC Neurologia

PDTA

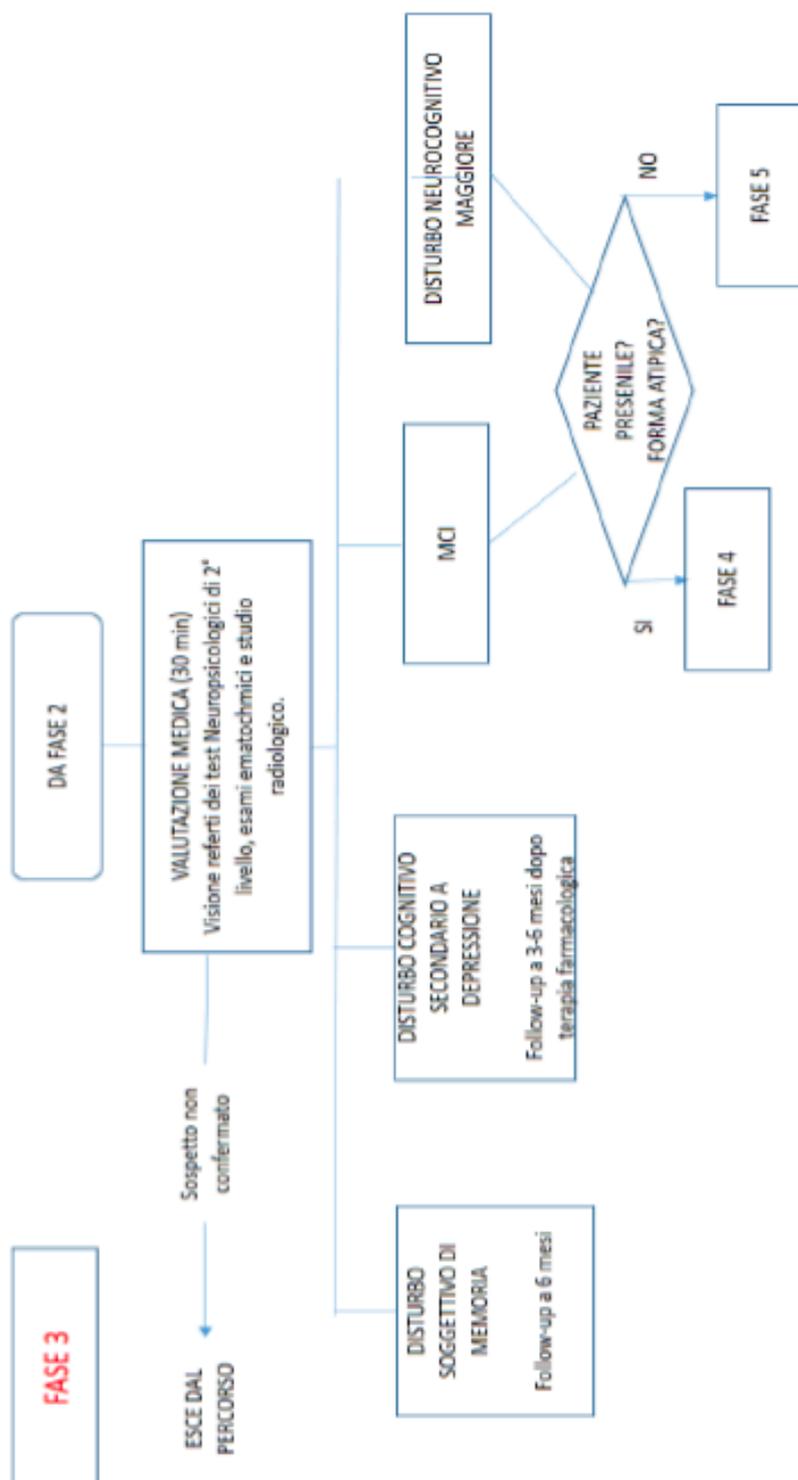
REV. n.
del

Pag. di



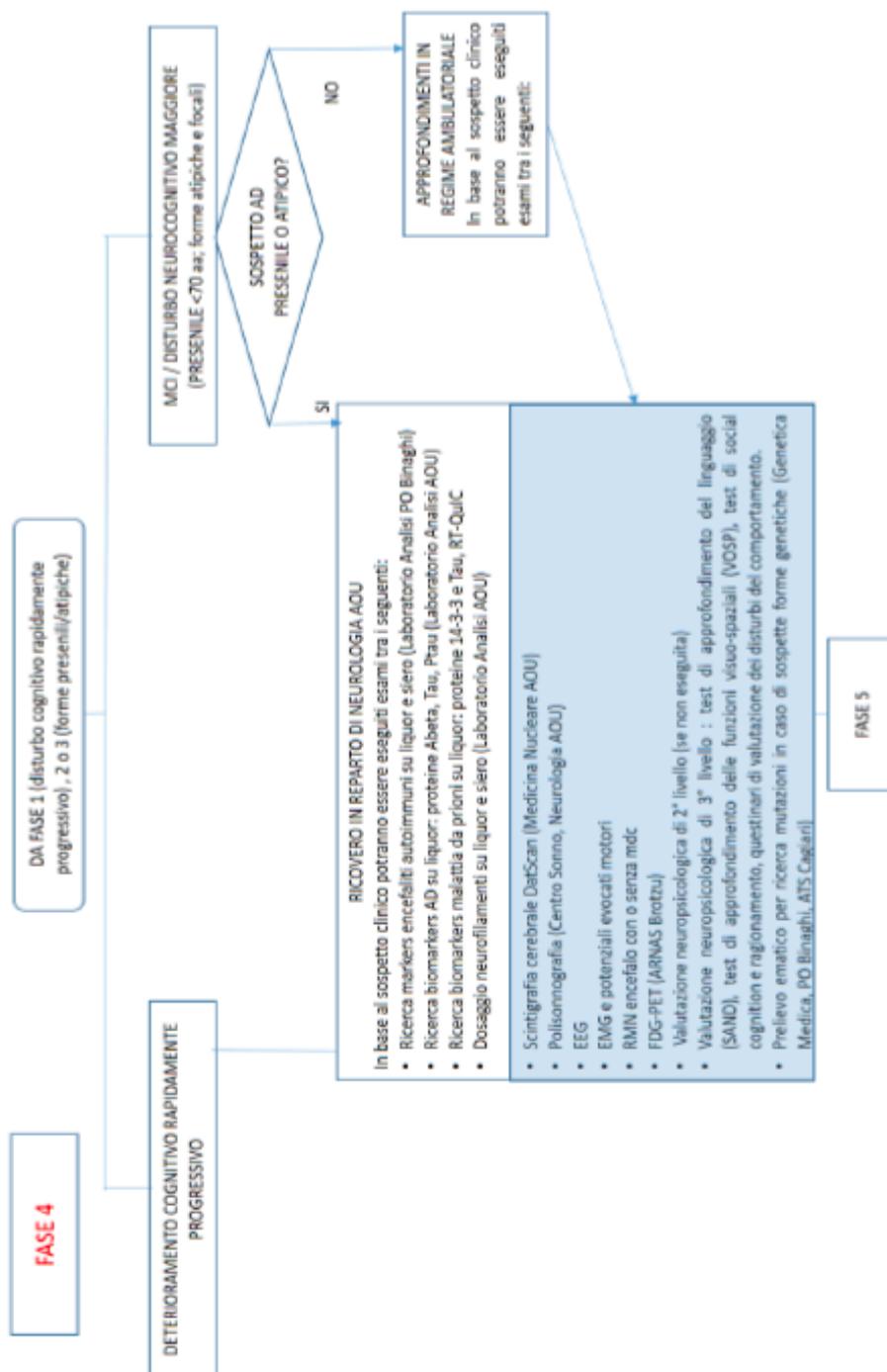
	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del
		Pag. di

All 4



	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del Pag. di

All. 5



	AOU CAGLIARI	PDTA
	UOC Neurologia	REV. n. del
		Pag. di

All 6

