

**Diagnosi e trattamento
di demenza e *Mild Cognitive
Impairment***



Cos'è un *care pathway*?

Questo *care pathway* è una rappresentazione visiva, in forma di percorso, delle raccomandazioni elaborate nella Linea guida “Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*”, per facilitarne la lettura e l’implementazione. L’obiettivo del *care pathway* è, infatti, fornire una metodologia per l’organizzazione della presa in carico di un gruppo definito di persone in un periodo definito di tempo.

In base alla definizione dell’*European Pathway Association* (EPA), sono stati inclusi nell’elaborazione del *care pathway* tutti gli elementi chiave utili a fornire un’assistenza basata sulle prove (EBM, *Evidence Based Medicine*), tenendo in considerazione anche i valori e le preferenze delle persone e dei loro familiari/*caregiver*, includendo possibili elementi utili a facilitare la comunicazione e l’interazione tra professionisti sanitari e persone e familiari/*caregiver* nel coordinamento del processo di diagnosi e cura, e definendo ruoli e sequenza delle attività e impatto delle risorse necessarie e appropriate per effettuare ciascun passaggio.

Come si interagisce con questo *care pathway*?

Questo *care pathway* è strutturato come un pdf interattivo che contiene diagrammi navigabili tramite icone cliccabili, che rimandano alle informazioni relative al punto esplorato. Dove viene indicato un numero di pagina o pagine si fa riferimento alla Linea guida “Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*”.

Legenda delle icone



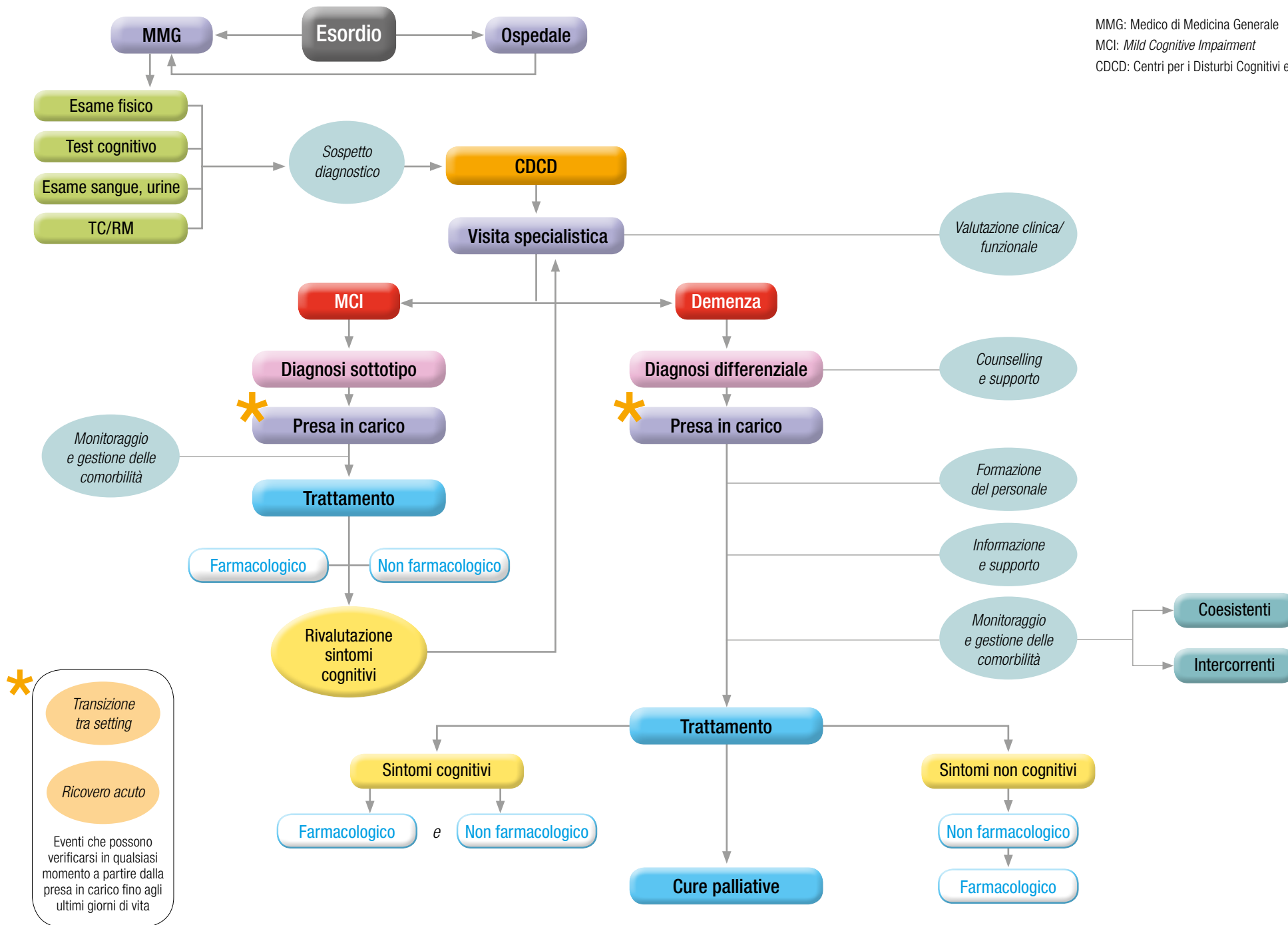
Raccomandazione
Vengono riportate le raccomandazioni
corrispondenti



Tablette o espansione
di un ramo specifico della *flow chart*

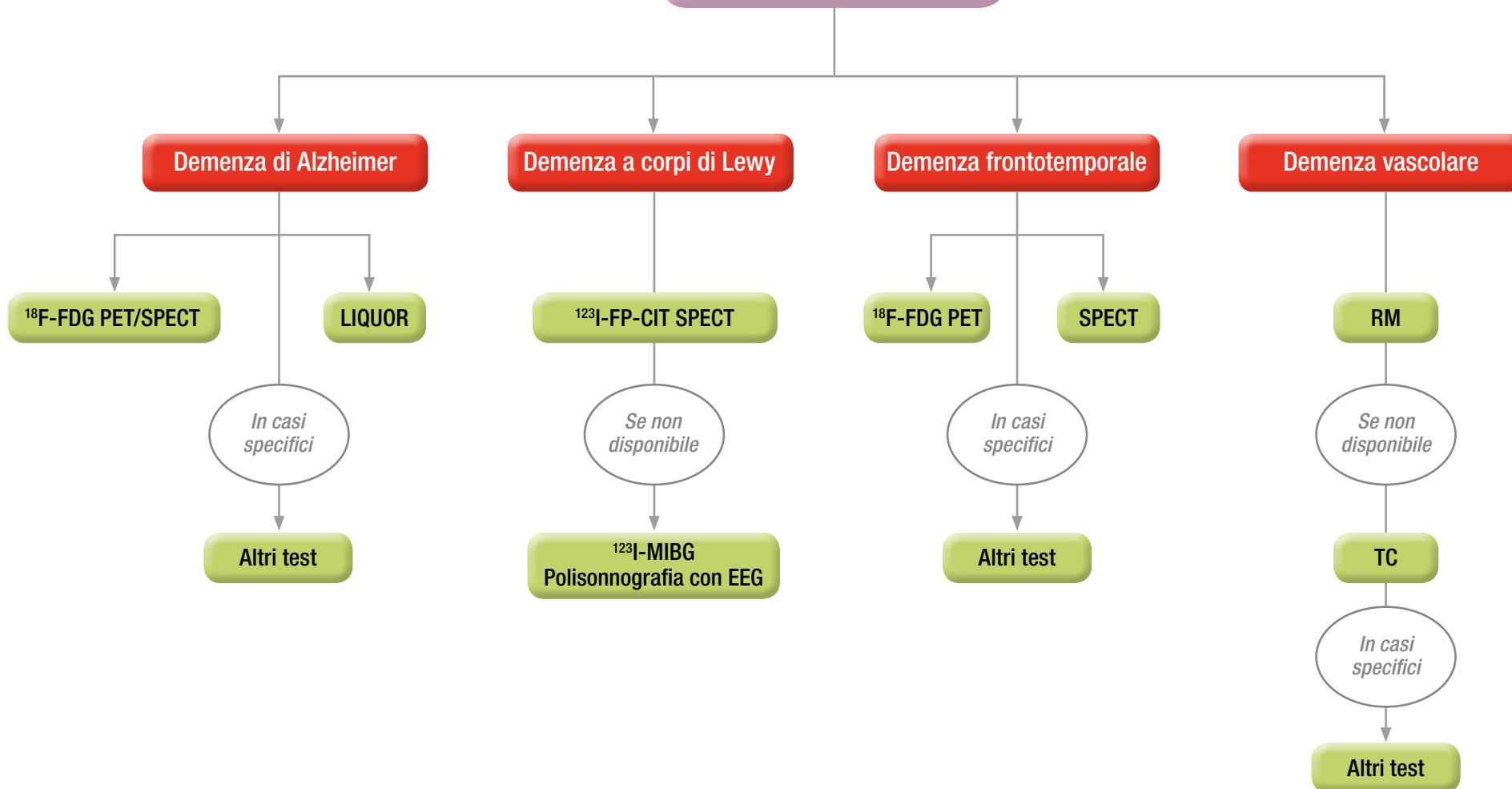
Cosa contiene questo *care pathway*? Clicca sul pulsante per iniziare

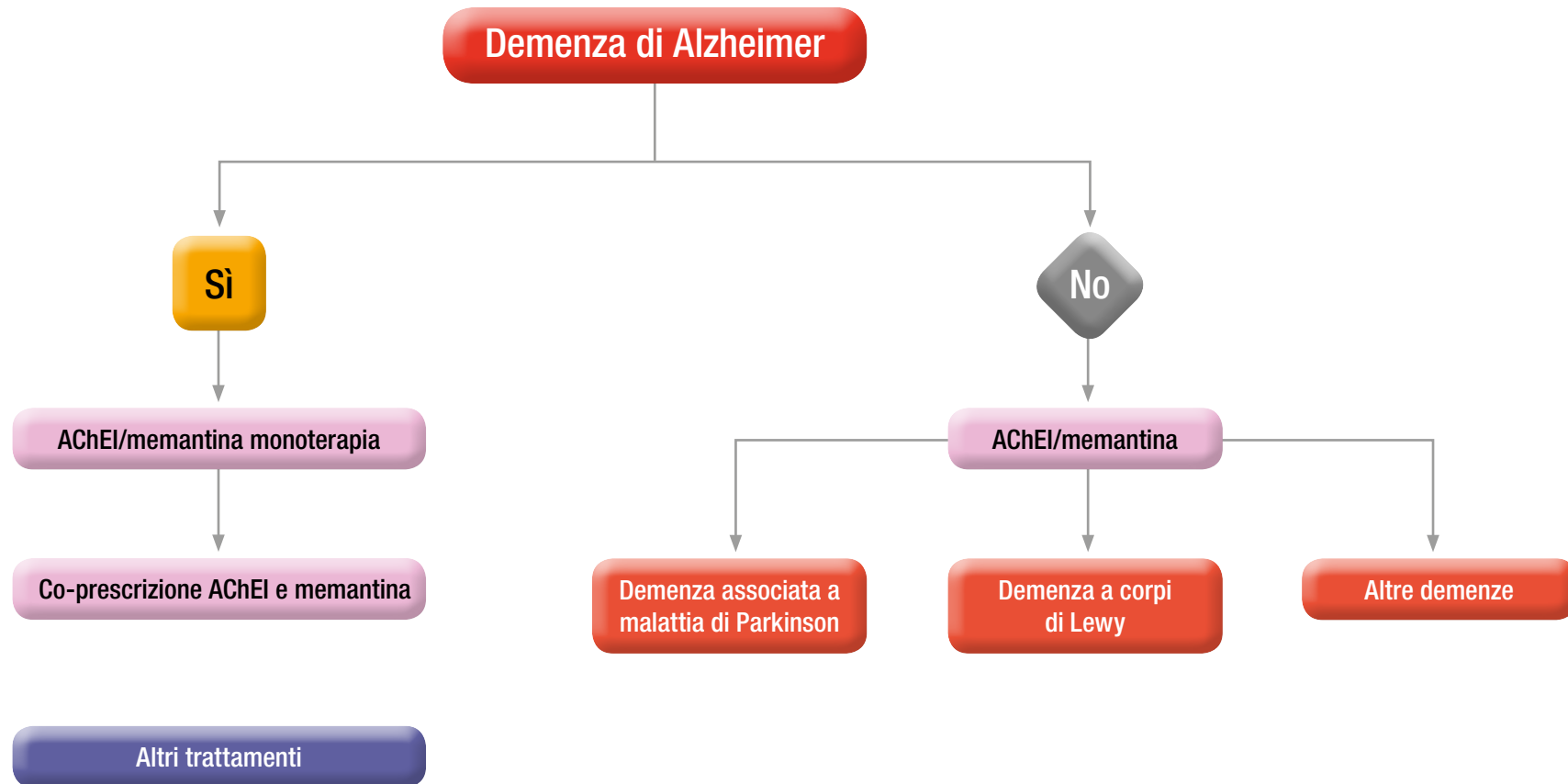
MMG: Medico di Medicina Generale
 MCI: Mild Cognitive Impairment
 CDCD: Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze



*
 Transizione tra setting
 Ricovero acuto
 Eventi che possono verificarsi in qualsiasi momento a partire dalla presa in carico fino agli ultimi giorni di vita

Diagnosi differenziale





Valutazione iniziale nel *setting* non specialistico

1

Al momento della valutazione iniziale raccogliere un'anamnesi che includa sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici e l'impatto che tali sintomi hanno nella vita quotidiana:

- dalla persona con sospetto di declino cognitivo e
- se possibile, da un conoscente stretto (per esempio un familiare e/o caregiver).

FORTE POSITIVA

2

In caso di sospetto di declino cognitivo a seguito della valutazione iniziale:

- condurre un esame fisico e
- eseguire i test del sangue e delle urine più appropriati per escludere le cause reversibili di declino cognitivo e
- utilizzare test cognitivi e
- prescrivere TC e/o RM encefalo per escludere cause secondarie di declino cognitivo.

FORTE POSITIVA

3

In caso di utilizzo di test cognitivi per la valutazione del paziente e intervista al conoscente stretto (per esempio familiare), utilizzare strumenti brevi strutturati e validati:

- *10-point cognitive screener (10-CS)*;
- *6-item cognitive impairment test (6-CIT)* (tradotto in italiano);
- *6-item screener (6-IS)*;
- *Memory Impairment Screen (MIS)*;
- *Mini-Cog*;
- *Test Your Memory (TYM)* (tradotto in italiano);
- *General Practitioner Assessment of Cognititon (GPCOG)* (unico test validato sulla popolazione italiana per il suo utilizzo nel *setting* delle cure primarie).

FORTE POSITIVA

4

Non escludere il declino cognitivo solamente sulla base di un punteggio normale a seguito di una valutazione cognitiva e prevedere un monitoraggio dello stato cognitivo.

FORTE NEGATIVA

7

Per maggiori indicazioni sulla valutazione della demenza in persone con disturbi specifici dell'apprendimento, fare riferimento alla Tabella 6.

FORTE POSITIVA

Farmaci che possono causare o peggiorare il declino cognitivo

31

Considerare che alcuni farmaci comunemente prescritti sono associati a un aumento del carico anticolinergico e conseguentemente a un aumento del rischio di declino cognitivo.

DEBOLE POSITIVA

32

Considerare di minimizzare l'uso di farmaci associati a un aumento del carico anticolinergico, e laddove possibile considerare una strategia alternativa in fase di:

- valutazione dell'opportunità di riferire la persona con sospetto di demenza al servizio di diagnosi specialistica;
- revisione del trattamento farmacologico in persone con una diagnosi di demenza.

DEBOLE POSITIVA

33

Considerare l'esistenza di strumenti validati per la valutazione del carico anticolinergico (per esempio *Anticholinergic Cognitive Burden Scale*).

DEBOLE POSITIVA

34

Per indicazioni sulla revisione e ottimizzazione dei trattamenti farmacologici, fare riferimento alle indicazioni riportate nella Tabella 7.

FORTE POSITIVA

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
<i>Delirium</i>	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Iperensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE-CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Tabella 7. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS120, riferito alla LG NICE (NG5)¹

Dichiarazione 1. Le persone devono avere la possibilità di essere coinvolte nel processo decisionale in merito ai propri trattamenti farmacologici.

Dichiarazione 2. Le persone che ricevono una prescrizione farmacologica devono ricevere una spiegazione riguardo a come identificare e riportare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco.

Dichiarazione 3. Coloro che forniscono l'assistenza socio-sanitaria devono monitorare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco al fine di migliorare le loro competenze in materia di uso dei farmaci.

Dichiarazione 4. Le persone ricoverate in un *setting* ospedaliero acuto devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici entro 24 ore dal ricovero.

Dichiarazione 5. Le persone dimesse da un *setting* assistenziale devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici inserita all'interno della cartella clinica del Medico di Medicina Generale (MMG) entro una settimana dalla ricezione da parte del MMG delle informazioni e prima di una qualsiasi prescrizione o somministrazione di un nuovo farmaco.

Dichiarazione 6. Coloro che forniscono assistenza sanitaria locale devono identificare le persone che ricevono un trattamento farmacologico che potrebbe beneficiare di un piano di revisione strutturato.

¹ Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. [NG5] Pubblicata: 04 March 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>; Medicines optimisation. [QS120] Published: 24 March 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>

Farmaci che possono causare o peggiorare il declino cognitivo

31

Considerare che alcuni farmaci comunemente prescritti sono associati a un aumento del carico anticolinergico e conseguentemente a un aumento del rischio di declino cognitivo.

DEBOLE POSITIVA

32

Considerare di minimizzare l'uso di farmaci associati a un aumento del carico anticolinergico, e laddove possibile considerare una strategia alternativa in fase di:

- valutazione dell'opportunità di riferire la persona con sospetto di demenza al servizio di diagnosi specialistica;
- revisione del trattamento farmacologico in persone con una diagnosi di demenza.

DEBOLE POSITIVA

33

Considerare l'esistenza di strumenti validati per la valutazione del carico anticolinergico (per esempio *Anticholinergic Cognitive Burden Scale*).

DEBOLE POSITIVA

34

Per indicazioni sulla revisione e ottimizzazione dei trattamenti farmacologici, fare riferimento alle indicazioni riportate nella Tabella 7.

FORTE POSITIVA

Discriminare la demenza o la demenza con delirium dal delirium isolato

35

In persone ricoverate in ospedale che presentano un declino cognitivo dovuto a cause non note, considerare l'utilizzo dei seguenti strumenti per discriminare tra *delirium* o *delirium* associato a demenza, e demenza da sola:

- *Confusion Assessment Method* (CAM) versione estesa;
- 4-A's Test (4AT).

DEBOLE POSITIVA

36

Non basare la diagnosi differenziale tra *delirium* e *delirium* associato a demenza solamente sui risultati di test standardizzati (inclusi test cognitivi)

FORTE NEGATIVA

37

In caso di impossibilità a discriminare tra *delirium*, demenza, o *delirium* associato a demenza, trattare per prima cosa il *delirium*. Per indicazioni sull'identificazione e gestione del *delirium*, vedere la Tabella 6.

FORTE POSITIVA

Tabella 7. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS120, riferito alla LG NICE (NG5)¹

Dichiarazione 1. Le persone devono avere la possibilità di essere coinvolte nel processo decisionale in merito ai propri trattamenti farmacologici.
Dichiarazione 2. Le persone che ricevono una prescrizione farmacia devono ricevere una spiegazione riguardo a come identificare e riportare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco.
Dichiarazione 3. Coloro che forniscono l'assistenza socio-sanitaria devono monitorare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco al fine di migliorare le loro competenze in materia di uso dei farmaci.
Dichiarazione 4. Le persone ricoverate in un <i>setting</i> ospedaliero acuto devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici entro 24 ore dal ricovero.
Dichiarazione 5. Le persone dimesse da un <i>setting</i> assistenziale devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici inserita all'interno della cartella clinica del Medico di Medicina Generale (MMG) entro una settimana dalla ricezione da parte del MMG delle informazioni e prima di una qualsiasi prescrizione o somministrazione di un nuovo farmaco.
Dichiarazione 6. Coloro che forniscono assistenza sanitaria locale devono identificare le persone che ricevono un trattamento farmacologico che potrebbe beneficiare di un piano di revisione strutturato.

¹ Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. [NG5] Pubblicata: 04 March 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>; Medicines optimisation. [QS120] Published: 24 March 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
Delirium	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Ipertensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE-CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Valutazione iniziale nel *setting* non specialistico

5

Riferire la persona a un servizio specialistico per la diagnosi di demenza (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD) qualora:

- siano state valutate ed escluse cause reversibili di declino cognitivo (incluso *delirium*, disturbi depressivi, deficit sensoriali [perdita di vista o udito] o declino cognitivo causato da farmaci associati a un aumentato carico anticolinergico) e
- sussista ancora un sospetto di demenza.

FORTE POSITIVA

6

Riferire le persone con sospetto di demenza a progressione rapida a un servizio di neurologia che abbia accesso a test (incluso l'esame del liquor) per la diagnosi di malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate.

FORTE POSITIVA

Diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* nel *setting* specialistico

28

Offrire una valutazione neuropsicologica utilizzando test neuropsicologici validati, che includano test sulla memoria episodica, come parte integrante dell'*iter* diagnostico del *Mild Cognitive Impairment* e dei suoi sottotipi.

FORTE POSITIVA

29

Non offrire biomarcatori per la diagnosi e diagnosi differenziale di *Mild Cognitive Impairment*.

FORTE NEGATIVA

Monitoraggio dopo la diagnosi

46

Assicurarsi che la persona che ha ricevuto una diagnosi di demenza o *Mild Cognitive Impairment* e i suoi *caregiver* abbiano accesso ai servizi specialistici multidisciplinari dedicati alla demenza (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD).

FORTE POSITIVA

47

I servizi specialistici multidisciplinari dedicati alla demenza (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD) dovrebbero offrire una scelta di accesso flessibile o di appuntamenti programmati per il monitoraggio.

DEBOLE POSITIVA

48

Il Medico di Medicina Generale, nell'ambito di una qualsiasi visita delle persone con demenza o *Mild Cognitive Impairment* e/o dei loro *caregiver*, dovrebbe identificare l'insorgenza di bisogni legati alla demenza e l'eventuale necessità di ulteriore supporto.

DEBOLE POSITIVA

Ulteriori test per la demenza frontotemporale

24

Considerare che la demenza frontotemporale ha una causa genetica in alcune persone.

DEBOLE POSITIVA

Farmaci che possono causare o peggiorare il declino cognitivo

32

Considerare di minimizzare l'uso di farmaci associati a un aumento del carico anticolinergico, e laddove possibile considerare una strategia alternativa in fase di:

- valutazione dell'opportunità di riferire la persona con sospetto di demenza al servizio di diagnosi specialistica;
- revisione del trattamento farmacologico in persone con una diagnosi di demenza.

DEBOLE POSITIVA

Gestione delle persone con demenza/*Mild Cognitive Impairment* e patologie fisiche croniche coesistenti

69

In persone con demenza o *Mild Cognitive Impairment* e almeno una comorbilità fisica cronica, per il trattamento delle condizioni in comorbilità (per esempio ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, deficit sensoriali, disturbi urinari) si fa riferimento al trattamento standard di ciascuna condizione, tenendo in considerazione la situazione clinica della singola persona e fatta eccezione nei casi in cui la somministrazione del trattamento standard determini un rischio e/o danno superiore al beneficio atteso (vedere la Tabella 6).

FORTE POSITIVA

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
<i>Delirium</i>	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Iipertensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nel *Mild Cognitive Impairment*

84

Non offrire inibitori delle acetilcolinesterasi (donepezil, galantamina e rivastigmina) e memantina per il trattamento del *Mild Cognitive Impairment*.

FORTE NEGATIVA

Farmaci biologici nella demenza di Alzheimer e nel *Mild Cognitive Impairment*

85

Non offrire gli anticorpi monoclonali diretti contro le diverse forme di β amiloide come trattamento per demenza di Alzheimer o *Mild Cognitive Impairment*.¹

FORTE NEGATIVA

¹ Nella votazione della raccomandazione 85 si sono astenuti tre membri del *Panel*: Annalisa Chiari, Fabrizio Piazza e Patrizia Spadin.

Riposizionamento di trattamenti farmacologici

86

Non offrire i seguenti trattamenti allo specifico scopo di rallentare la progressione della demenza di Alzheimer o di rallentare o impedire la conversione da *Mild Cognitive Impairment* a demenza:

- farmaci antidiabetici;
- farmaci antipertensivi;
- statine;
- farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), incluso l'acido acetilsalicilico.

FORTE NEGATIVA

Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi del *Mild Cognitive Impairment*

118

Non considerare interventi di agopuntura nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE NEGATIVA

119

Non offrire interventi di aromaterapia per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

FORTE NEGATIVA

120

Considerare interventi di arteterapia nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi e ansia in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE POSITIVA

121

Considerare interventi di esercizio fisico nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il mantenimento dell'autonomia in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE POSITIVA

122

Considerare interventi che includano danza e ballo nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE POSITIVA

123

Considerare interventi che includano la partecipazione a giochi (per esempio carte, giochi da tavola) nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE POSITIVA

124

Considerare interventi di riabilitazione cognitiva nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il mantenimento dell'autonomia in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE POSITIVA

125

Offrire interventi di *training* cognitivo nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

FORTE POSITIVA

126

Non offrire interventi di integrazione alimentare con formule specifiche, incluso combinazioni di integratori contenenti acidi grassi omega 3, fosfolipidi, colina, uridina monofosfato, vitamina E, vitamina C, vitamina B6, vitamina B12, acido folico e selenio, integratori a base di combinazioni di acidi grassi polinsaturi, quali omega-3 e omega-6, e monoinsaturi e integratori a base di multivitaminici e/o antiossidanti per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment* in assenza di carenze documentate.

FORTE NEGATIVA

127

Non offrire interventi di integrazione alimentare con ginkgo biloba, ginseng, omega 3, resveratrolo o altri antiossidanti per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

FORTE NEGATIVA

128

Non offrire interventi di integrazione alimentare con vitamina B e vitamina E per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment* che non presentano una carenza specifica.

FORTE NEGATIVA

129

Non offrire interventi dietetici chetogenici nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

FORTE NEGATIVA

130

Non considerare interventi di stimolazione transcranica per il trattamento di persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE NEGATIVA

131

Considerare interventi di musicoterapia nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi e ansia in persone con *Mild Cognitive Impairment*.

DEBOLE POSITIVA

Diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* nel *setting* specialistico

30

Offrire alle persone con una diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* una valutazione regolare nel tempo per monitorare eventuali variazioni nelle funzioni cognitive.

FORTE POSITIVA

Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi della demenza

100

Non offrire l'agopuntura nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza.

FORTE NEGATIVA

101

Considerare l'esercizio fisico aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi di persone con demenza di Alzheimer lieve.

DEBOLE POSITIVA

102

Considerare l'esercizio fisico non aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado da lieve a moderato.

DEBOLE POSITIVA

103

Considerare la combinazione di esercizio fisico aerobico/non aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado moderato.

DEBOLE POSITIVA

104

Non offrire interventi di integrazione alimentare con formule specifiche, incluso combinazioni di integratori contenenti acidi grassi omega 3, fosfolipidi, colina, uridina monofosfato, vitamina E, vitamina C, vitamina B6, vitamina B12, acido folico e selenio per il trattamento dei sintomi cognitivi della demenza in assenza di carenze documentate.

FORTE NEGATIVA

105

Non offrire l'integrazione con vitamina E e acido folico per il trattamento dei sintomi cognitivi della demenza in assenza di carenze documentate

FORTE NEGATIVA

106

Non offrire l'integrazione con ginseng, ginkgo biloba, uperzina A e altri composti a base di erbe, antiossidanti quali omega-3, selenio e sodio oligomannato per il trattamento dei sintomi cognitivi della demenza.

FORTE NEGATIVA

107

Non offrire interventi dietetici chetogenici nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza.

FORTE NEGATIVA

108

Non offrire fototerapia nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado da moderato a grave.

FORTE NEGATIVA

109

Considerare interventi di musicoterapia nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza da lieve a grave.

DEBOLE POSITIVA

110

Non offrire interventi di psicoterapia nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza di grado da lieve a moderato.

FORTE NEGATIVA

111

Considerare la terapia della reminiscenza nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza di grado moderato.

DEBOLE POSITIVA

112

Non offrire interventi con robot terapeutici nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza.

FORTE NEGATIVA

113

Considerare la terapia occupazionale per supportare le abilità funzionali in persone con demenza da lieve a moderata.

DEBOLE POSITIVA

114

Considerare la riabilitazione cognitiva per supportare le abilità funzionali in persone con demenza da lieve a moderata.

DEBOLE POSITIVA

115

Offrire un trattamento di stimolazione cognitiva per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza da lieve a moderata.

FORTE POSITIVA

116

Considerare interventi di *training* cognitivo per il trattamento dei disturbi cognitivi in persone con demenza di Alzheimer lieve.

DEBOLE POSITIVA

117

Offrire uno spettro di attività per promuovere il benessere e l'autonomia che siano mirate alle preferenze individuali della singola persona.

FORTE POSITIVA

Diagnosi di demenza nel *setting* specialistico

8

Nel caso in cui la valutazione specialistica iniziale (inclusi appropriata valutazione neurologica e test cognitivi) confermi il declino cognitivo e siano state escluse le possibili cause reversibili diagnosticare, se possibile, il sottotipo di demenza.

DEBOLE POSITIVA

10

Offrire una valutazione neuropsicologica utilizzando test neuropsicologici validati come parte integrante dell'*iter* diagnostico della demenza e delle sue sottocategorie diagnostiche.

FORTE POSITIVA

11

Utilizzare criteri validati per guidare il giudizio clinico nell'*iter* diagnostico dei sottotipi di demenza, inclusi:

- criteri di consenso internazionali per la demenza a corpi di Lewy;
- criteri internazionali per la demenza frontotemporale (afasia primaria progressiva non fluente e demenza semantica);
- criteri dell'*International Frontotemporal Dementia Consortium* per la variante comportamentale della demenza frontotemporale;
- criteri *NINDS-AIREN* per la demenza vascolare;
- criteri *NIA-AA* per la demenza di Alzheimer;
- criteri della *Movement Disorders Society* per la demenza associata a malattia di Parkinson;
- criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e criteri internazionali per la malattia di *Creutzfeldt-Jakob*.

FORTE POSITIVA

12

Offrire esami di neuroradiologia strutturale per escludere cause reversibili di declino cognitivo e a supporto della diagnosi differenziale della sottocategoria diagnostica, a meno che la diagnosi di demenza sia già ben stabilita e il suo sottotipo sia chiaro.

FORTE POSITIVA

13

Considerare l'utilizzo di ulteriori test diagnostici solo nel caso in cui:

- siano di supporto alla diagnosi del sottotipo e
- la conoscenza della sottocategoria diagnostica modifichi la gestione.

DEBOLE POSITIVA

Pianificazione e coordinamento dell'assistenza

40

Individuare uno specifico professionista sanitario o sociosanitario in qualità di responsabile del piano assistenziale individualizzato (PAI) della persona con demenza all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA). Per ulteriori indicazioni sull'organizzazione del PAI, fare riferimento a:

- raccomandazione 6 del documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze»¹ prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- documento «Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze»² prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze.

FORTE POSITIVA

41

Il professionista responsabile dovrebbe:

- organizzare una valutazione iniziale delle necessità della persona, possibilmente in presenza;
- fornire informazioni riguardo ai servizi disponibili e come accedervi;
- coinvolgere i familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) nel supporto e nel processo decisionale;
- prestare particolare attenzione ai punti di vista delle persone che non hanno la capacità di prendere decisioni sulle proprie cure, in linea con il documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze» prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- garantire che le persone siano consapevoli dei propri diritti e della disponibilità di misure di tutela, anche legale, in linea con il documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze» prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- sviluppare un piano di cure e supporto, e:
 - concordarlo e revisionarlo con il coinvolgimento della persona con demenza, dei suoi familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) e dei singoli professionisti coinvolti;
 - specificare nel piano quando e con quale frequenza sarà revisionato;
 - valutare e documentare i progressi compiuti verso il conseguimento degli obiettivi in occasione di ciascun riesame;
 - assicurarsi che il piano copra la gestione di tutte le eventuali comorbidità;
 - fornire una copia del piano alla persona e ai suoi familiari/*caregiver* (a seconda dei casi).

DEBOLE POSITIVA

42

Nel processo di redazione di piani di cure e supporto relativi all'assistenza presente e futura, richiedere il consenso al loro eventuale trasferimento ai diversi *setting* di cura.

FORTE POSITIVA

43

Chi si occupa di fornire i servizi dovrebbe garantire che le informazioni (quali piani di cure e supporto relativi all'assistenza presente e futura) siano facilmente trasferibili tra diversi *setting* di cura (per esempio assistenza domiciliare, ospedaliera, territoriale e residenziale).

DEBOLE POSITIVA

44

Coloro che forniscono assistenza e supporto dovrebbero garantire il più possibile la continuità e la coerenza dell'assistenza e che le informazioni rilevanti siano condivise e documentate nel piano di cura e supporto della persona con demenza.

DEBOLE POSITIVA

45

Gli enti che forniscono assistenza dovrebbero progettare servizi accessibili al maggior numero possibile di persone con demenza, incluse:

- persone che non hanno un *caregiver* o il cui *caregiver* non può supportarle autonomamente;
- persone che non hanno la disponibilità economica per avere accesso a un mezzo di trasporto o che hanno difficoltà a utilizzare i mezzi di trasporto;
- persone che hanno responsabilità (per esempio lavoro, figli o attività da *caregiver*);
- persone con disturbo specifico dell'apprendimento, disabilità sensoriali (per esempio perdita della vista o dell'udito) o disabilità fisiche;
- persone che hanno una probabilità minore di accedere ai servizi sanitari e sociosanitari, per esempio persone appartenenti a minoranze³.

DEBOLE POSITIVA

Monitoraggio dopo la diagnosi

46

Assicurarsi che la persona che ha ricevuto una diagnosi di demenza o *Mild Cognitive Impairment* e i suoi *caregiver* abbiano accesso ai servizi specialistici multidisciplinari dedicati alla demenza (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD).

FORTE POSITIVA

47

I servizi specialistici multidisciplinari dedicati alla demenza (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD) dovrebbero offrire una scelta di accesso flessibile o di appuntamenti programmati per il monitoraggio.

DEBOLE POSITIVA

48

Il Medico di Medicina Generale, nell'ambito di una qualsiasi visita delle persone con demenza o *Mild Cognitive Impairment* e/o dei loro *caregiver*, dovrebbe identificare l'insorgenza di bisogni legati alla demenza e l'eventuale necessità di ulteriore supporto.

DEBOLE POSITIVA

¹ disponibile all'indirizzo web <https://www.iss.it/documents/20126/5783571/Raccomandazioni+per+la+governance+e+la+clinica+nel+settore+delle+demenze.pdf/dbf0d6d5-6360-41d9-aa51-74b18f62dad8?t=1626171914860> (Ultima visita: 30/08/2023)

² disponibile all'indirizzo web <https://www.iss.it/documents/20126/5783571/Testo+Linee+di+indirizzo+Nazionali+sui+Percorsi+Diagnostico+Terapeutici+Assistenziali+%28PDTA%29+per+le+demenze.pdf/d5123f6a-2161-6c42-5377-8796cce29fe0?t=1626170681347> (Ultima visita: 30/08/2023)

³ definizione secondo il Ministero dell'interno <https://www.interno.gov.it/it/temi/cittadinanza-e-altri-diritti-civili/minoranze> (Ultima visita: 30/08/2023)

Cure palliative

157

A partire dalla diagnosi, offrire alle persone con demenza cure palliative flessibili, basate sulle necessità, che tengano in considerazione la possibile imprevedibilità della progressione della malattia.

FORTE POSITIVA

158

Incoraggiare e supportare le persone con demenza a mangiare e bere, tenendo in considerazione le loro necessità nutrizionali.

FORTE POSITIVA

159

Considerare di coinvolgere un logopedista in caso si sospetti che far proseguire l'alimentazione autonoma possa esporre la persona a rischio di eventi avversi.

DEBOLE POSITIVA

160

Non utilizzare la nutrizione enterale in persone con demenza grave come trattamento di *routine*, se non indicato nel trattamento di una comorbidità potenzialmente reversibile.

FORTE NEGATIVA

161

In persone con demenza grave in cui si considera un possibile ricovero in ospedale, condurre una valutazione che tenga in considerazione il bilancio tra le necessità cliniche contingenti e i potenziali danni aggiuntivi che potrebbero verificarsi durante il ricovero stesso, per esempio:

- disorientamento;
- durata maggiore del ricovero;
- aumento del rischio di decesso;
- aumento del rischio di morbidità alla dimissione;
- *delirium*;
- effetti di un ambiente impersonale o istituzionale.

FORTE POSITIVA

Tabella 10. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS13 riferito alle LG NICE NG142 e NG150¹

Dichiarazione 1. Gli adulti che appaiono prossimi al fine vita vanno identificati tramite un approccio sistematico.
Dichiarazione 2. Agli adulti prossimi al fine vita vanno fornite opportunità di discutere eventuali disposizioni anticipate di trattamento e pianificazione condivisa delle cure.
Dichiarazione 3. Agli adulti prossimi al fine vita va fornita un'assistenza che sia coordinata tra professionisti sanitari e sociosanitari all'interno dello stesso servizio od organizzazione e tra i diversi servizi e organizzazioni.
Dichiarazione 4. Agli adulti prossimi al fine vita va fornito accesso al supporto 24 ore al giorno, sette giorni a settimana.
Dichiarazione 5. I <i>caregiver</i> che forniscono cure domiciliari a persone in fine vita vanno supportati nell'accesso ai servizi locali che possono fornire assistenza.

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>

162

Per le persone con demenza in prossimità del fine vita, utilizzare processi di pianificazione condivisa delle cure (vedere la Raccomandazione 61 a pagina 498 sulle pianificazioni anticipate). Coinvolgere la persona con demenza e i suoi familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) quanto più possibile e utilizzare i principi decisionali nel migliore interesse delle persone con demenza qualora queste ultime non siano in grado di prendere decisioni per loro stesse.

FORTE POSITIVA

163

Per indicazioni su *standard* e misure nelle cure palliative, vedere la Tabella 10.

FORTE POSITIVA

164

Per indicazioni sulle cure in persone negli ultimi giorni di vita, vedere la Tabella 11.

FORTE POSITIVA

165

Per indicazioni sulle decisioni sulla base del principio del migliore interesse delle persone con demenza, vedere la Tabella 12.

FORTE POSITIVA

166

In persone con demenza per le quali si considera un possibile ricovero, tenere in considerazione:

- eventuali pianificazioni anticipate di cura e di supporto;
- il valore di mantenerle in un ambiente familiare.

DEBOLE POSITIVA

167

Considerare l'utilizzo di strumenti strutturati per valutare ciò che la persona con demenza desidera e non desidera, le sue *routine* e la sua storia personale.

DEBOLE POSITIVA

Tabella 11. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS144 riferito alla LG NICE NG31²

Dichiarazione 1. Gli adulti che mostrano segni e sintomi suggestivi di un loro avvicinamento agli ultimi giorni di vita devono essere monitorati per identificare eventuali cambiamenti che aiutino a determinare se sono realmente in fine vita, in fase di stabilizzazione o di guarigione.
Dichiarazione 2. Agli adulti che si trovano nei loro ultimi giorni di vita, e ai loro cari, devono essere fornite opportunità di discutere, sviluppare e revisionare eventuali piani di cura personalizzati.
Dichiarazione 3. Agli adulti che nei loro ultimi giorni di vita si ritiene abbiano più bisogno di un controllo dei sintomi, devono essere prescritti trattamenti anticipatori con indicazioni, dosaggi e vie di somministrazione personalizzate.
Dichiarazione 4. Negli adulti che si trovano nei loro ultimi giorni di vita è necessario valutare lo stato di idratazione quotidianamente e discutere dei rischi e benefici delle diverse opzioni di idratazione.

² <https://www.nice.org.uk/guidance/qs144>

Tabella 12. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS194 riferito alla LG NICE NG108³

Dichiarazione 1. Le persone [...] che non sono in possesso della capacità di prendere decisioni vanno supportate nei processi decisionali facendo in modo che tali processi rispecchino le loro circostanze individuali e rispondano alle loro specifiche necessità.
Dichiarazione 2. Alle persone [...] che sono a rischio di perdere la capacità di prendere decisioni o la cui capacità è fluttuante vanno fornite opportunità di discutere eventuali direttive e pianificazioni anticipate di cura a ogni visita o incontro sociosanitario.
Dichiarazione 3. Le persone [...] che a una valutazione risultino incapaci di prendere una specifica decisione al momento in cui è necessario prenderla devono avere una documentazione delle ragioni per le quali non sono ritenute avere tale capacità e dei possibili passaggi praticabili per poter essere supportate.
Dichiarazione 4. Alle persone [...] che non sono in possesso della capacità di prendere una specifica decisione al momento in cui è necessario prenderla deve essere garantito che nelle decisioni di loro maggiore interesse sarà tenuto conto dei loro desideri, sentimenti, valori e opinioni.

³ <https://www.nice.org.uk/guidance/qs194>

Farmaci che possono causare o peggiorare il declino cognitivo

31

Considerare che alcuni farmaci comunemente prescritti sono associati a un aumento del carico anticolinergico e conseguentemente a un aumento del rischio di declino cognitivo.

DEBOLE POSITIVA

32

Considerare di minimizzare l'uso di farmaci associati a un aumento del carico anticolinergico, e laddove possibile considerare una strategia alternativa in fase di:

- valutazione dell'opportunità di riferire la persona con sospetto di demenza al servizio di diagnosi specialistica;
- revisione del trattamento farmacologico in persone con una diagnosi di demenza.

DEBOLE POSITIVA

33

Considerare l'esistenza di strumenti validati per la valutazione del carico anticolinergico (per esempio *Anticholinergic Cognitive Burden Scale*).

DEBOLE POSITIVA

34

Per indicazioni sulla revisione e ottimizzazione dei trattamenti farmacologici, fare riferimento alle indicazioni riportate nella Tabella 7.

FORTE POSITIVA

Tabella 7. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS120, riferito alla LG NICE (NG5)¹

Dichiarazione 1. Le persone devono avere la possibilità di essere coinvolte nel processo decisionale in merito ai propri trattamenti farmacologici.

Dichiarazione 2. Le persone che ricevono una prescrizione farmacologica devono ricevere una spiegazione riguardo a come identificare e riportare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco.

Dichiarazione 3. Coloro che forniscono l'assistenza sociosanitaria devono monitorare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco al fine di migliorare le loro competenze in materia di uso dei farmaci.

Dichiarazione 4. Le persone ricoverate in un *setting* ospedaliero acuto devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici entro 24 ore dal ricovero.

Dichiarazione 5. Le persone dimesse da un *setting* assistenziale devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici inserita all'interno della cartella clinica del Medico di Medicina Generale (MMG) entro una settimana dalla ricezione da parte del MMG delle informazioni e prima di una qualsiasi prescrizione o somministrazione di un nuovo farmaco.

Dichiarazione 6. Coloro che forniscono assistenza sanitaria locale devono identificare le persone che ricevono un trattamento farmacologico che potrebbe beneficiare di un piano di revisione strutturato.

¹ Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. [NG5] Pubblicata: 04 March 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>; Medicines optimisation. [QS120] Published: 24 March 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>

Counselling pre, peri e post diagnostico

38

Considerare di offrire alle persone che hanno ricevuto una diagnosi di demenza e/o ai loro *caregiver* interventi di *counselling* peri e post diagnostico che siano individualizzati sulla base delle condizioni del singolo paziente (inclusa la gravità dei sintomi della malattia).

DEBOLE POSITIVA

39

Per la comunicazione della diagnosi e il supporto post diagnostico si fa riferimento alla sezione «La Comunicazione della diagnosi di demenza» del documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze»¹ redatto dal Tavolo permanente sulle demenze.

FORTE POSITIVA

¹ disponibile all'indirizzo web <https://www.iss.it/documents/20126/5783571/Raccomandazioni+per+la+governance+e+la+clinica+nel+settore+delle+demenze.pdf/dbf0d6d5-6360-41d9-aa51-74b18f62dad8?t=1626171914860> (Ultima visita: 30/08/2023)

Transizione tra *setting*

70

In fase di gestione della transizione tra *setting* di cura, considerare che:

- in caso di ricovero ospedaliero, al momento del ricovero, dovrebbe essere effettuata una valutazione geriatrica multidimensionale della persona con demenza e condividere il piano di cura con il personale clinico che gestisce il ricovero, mentre, al momento della dimissione, deve essere garantita la continuità assistenziale;
- la persona con demenza ricoverata in una struttura di salute mentale deve ricevere una tutela sociale e legale adeguata ed essere monitorata dai servizi territoriali nel corso della storia naturale di malattia.

FORTE POSITIVA

71

Per indicazioni sull'ottimizzazione e riconciliazione del trattamento farmacologico, fare riferimento alla Tabella 8. Seguire i principi identificati all'interno delle linee guida citate per gestire la transizione tra altri *setting* (per esempio dal domicilio alle case di cura o ai ricoveri di sollievo).

FORTE POSITIVA

72

Monitorare ciò di cui le persone con demenza e i loro *caregiver* hanno bisogno e desiderano (inclusi piani di cura e di supporto relativi all'assistenza presente e futura) a seguito di ciascuna transizione.

FORTE POSITIVA

Tabella 8. Raccomandazioni della LG NICE “*Medicine optimisation*” (NG5)¹

Le organizzazioni dovrebbero garantire la presenza di un processo robusto e trasparente al fine di assicurare alle persone trasferite da un *setting* di cura a un altro che:

- chi fornisce assistenza di partenza condivida informazioni complete e accurate riguardo al trattamento farmacologico della persona trasferita con il *setting* di cura di arrivo;
- chi fornisce l'assistenza di arrivo riceva, tenga traccia di tali informazioni e agisca sulla base di esse.

I ruoli e le responsabilità organizzative e individuali dovrebbero essere chiaramente definiti. Revisionare e monitorare regolarmente l'efficacia di tali processi. Vedere anche le dichiarazioni 4 e 5 della Tabella 7 a p. 119 sull'ottimizzazione dei trattamenti farmacologici.

Nella condivisione delle informazioni tenere in considerazione le norme del GDPR (Regolamento UE 2016/679, *General Data Protection Regulation*).

In tutti i *setting* di cura, i professionisti sanitari e sociosanitari dovrebbero condividere in modo proattivo informazioni complete e accurate riguardo ai trattamenti farmacologici:

- idealmente entro 24 ore dal trasferimento della persona per garantire la sicurezza del paziente e
- nel modo più efficace e protetto, per esempio tramite comunicazione elettronica sicura, tenendo conto che potrebbe essere necessario più di un approccio.

I professionisti sanitari e sociosanitari dovrebbero condividere informazioni rilevanti riguardo alla persona e ai suoi trattamenti farmacologici al momento del trasferimento del paziente da un *setting* di cura a un altro. Tali informazioni dovrebbero includere, ma non essere limitate a, tutti i seguenti punti:

- contatti della persona e del suo Medico di Medicina Generale (MMG);
- dettagli relativi ad altri contatti identificati dalla persona e dai suoi familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) – per esempio la farmacia territoriale di riferimento;
- allergie o reazioni note a farmaci o a specifici eccipienti e tipo di reazione;
- dettagli sui farmaci in uso (incluse prescrizioni, farmaci da banco e complementari) – nome, potenza, forma, dose, tempi, frequenza e durata, via di somministrazione e motivo dell'assunzione;
- variazione nei trattamenti farmacologici incluso inizio o interruzione di un trattamento, variazione di un dosaggio e ragioni della variazione;
- data e tempo dell'ultima dose, per esempio in caso di farmaci settimanali o mensili, incluse iniezioni;
- quali informazioni sono state fornite alla persona o ai suoi familiari o *caregiver* (a seconda dei casi);
- qualsiasi altra informazione necessaria, per esempio, quando i trattamenti farmacologici devono essere revisionati, necessità di monitoraggio costante, ed eventuale necessità di supporto per l'assunzione del farmaco. Possono essere necessari ulteriori informazioni in specifici sottogruppi di persone, per esempio nella popolazione pediatrica.²

I professionisti sociosanitari dovrebbero discutere le informazioni rilevanti riguardo ai trattamenti farmacologici con la persona e i suoi familiari o *caregiver* (a seconda dei casi) al momento del trasferimento. Dovrebbero fornire alla persona e ai suoi familiari o *caregiver* (a seconda dei casi) una lista completa dei trattamenti farmacologici in un formato appropriato. Tale lista dovrebbe includere tutti i farmaci in uso ed eventuali variazioni effettuate durante il ricovero.

Considerare l'invio delle informazioni relative ai trattamenti farmacologici alla dimissione alla farmacia territoriale di riferimento, se possibile in accordo con la persona dimessa.

Le organizzazioni dovrebbero considerare di fornire ulteriore supporto a specifici gruppi di persone al momento della dimissione ospedaliera, per esempio *counselling* farmacologico, *follow-up* telefonico e visite domiciliari da parte del Medico di Medicina Generale (MMG). Tali gruppi² possono includere:

- adulti, bambini e giovani adulti in polifarmacoterapia;
- adulti, bambini e giovani adulti con condizioni croniche o a lungo termine;
- persone anziane.

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>

² Le Dichiarazioni sono tratte da Linee Guida che fanno riferimento a popolazioni che includono anche pazienti pediatrici e giovani adulti.

Assistenza in caso di ricovero ospedaliero

154

Considerare che le persone con demenza ricoverate in ospedale sono a maggior rischio di *delirium*. Per indicazioni sull'identificazione e gestione del *delirium*, vedere la Tabella 6.

DEBOLE POSITIVA

155

In caso di ricovero ospedaliero di persone con demenza, garantire una valutazione multidimensionale, il monitoraggio e la revisione di tutti i trattamenti farmacologici e la riconciliazione dei piani di trattamento farmacologico così come eventuali questioni relative alla sicurezza, anche considerando il coinvolgimento di un/una farmacista o farmacologo/a clinico/a. Per ulteriori indicazioni riguardo all'ottimizzazione e riconciliazione dei trattamenti farmacologici, vedere la Tabella 7 e la raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica del Ministero della Salute¹.

FORTE POSITIVA

156

Considerare il coinvolgimento di un *team* multidisciplinare in caso di ricovero ospedaliero di persone con demenza al fine di garantire interventi individualizzati sulla base di una valutazione multidimensionale dello stato di salute della persona, inclusa la valutazione dello stato nutrizionale.

DEBOLE POSITIVA

Tabella 7. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS120, riferito alla LG NICE (NG5)²

Dichiarazione 1. Le persone devono avere la possibilità di essere coinvolte nel processo decisionale in merito ai propri trattamenti farmacologici.
Dichiarazione 2. Le persone che ricevono una prescrizione farmacologica devono ricevere una spiegazione riguardo a come identificare e riportare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco.
Dichiarazione 3. Coloro che forniscono l'assistenza socio-sanitaria devono monitorare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco al fine di migliorare le loro competenze in materia di uso dei farmaci.
Dichiarazione 4. Le persone ricoverate in un <i>setting</i> ospedaliero acuto devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici entro 24 ore dal ricovero.
Dichiarazione 5. Le persone dimesse da un <i>setting</i> assistenziale devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici inserita all'interno della cartella clinica del Medico di Medicina Generale (MMG) entro una settimana dalla ricezione da parte del MMG delle informazioni e prima di una qualsiasi prescrizione o somministrazione di un nuovo farmaco.
Dichiarazione 6. Coloro che forniscono assistenza sanitaria locale devono identificare le persone che ricevono un trattamento farmacologico che potrebbe beneficiare di un piano di revisione strutturato.

¹ Ministero della Salute - D.G. Programmazione sanitaria. Raccomandazione n. 17 - Riconciliazione della terapia farmacologica. Disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?id=2354> (Ultima visita: 30/08/2023).

² Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. [NG5] Pubblicata: 04 March 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>; Medicines optimisation. [QS120] Published: 24 March 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
<i>Delirium</i>	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Ipertensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Formazione del personale sanitario e sociosanitario

49

Coloro che forniscono servizi di assistenza e supporto dovrebbero garantire al personale una formazione adeguata ai principi delle cure centrate sulla persona e mirate al miglioramento degli esiti per le persone con demenza. Tale formazione dovrebbe includere:

- la comprensione dei segni e dei sintomi della demenza e i cambiamenti attesi con il progredire della condizione;
- la comprensione delle persone come individui, assieme alla loro storia;
- il rispetto dell'identità individuale, della sessualità e della cultura di ciascuna persona;
- la comprensione delle necessità della persona e dei suoi familiari/*caregiver*.

DEBOLE POSITIVA

50

Coloro che forniscono servizi di assistenza dovrebbero garantire una formazione e un tutoraggio aggiuntivi al personale che fornisce assistenza e supporto alle persone con demenza. Tali servizi dovrebbero includere:

- la comprensione del modello organizzativo delle cure per la demenza e come tale modello fornisca assistenza;
- una formazione iniziale su come comprendere, reagire e aiutare le persone con demenza che presentano agitazione, aggressività, dolore o altri comportamenti che indicano *distress*;
- le sessioni aggiuntive nelle quali il personale può ricevere ulteriori riscontri e discutere specifiche situazioni;
- i suggerimenti su interventi che possano limitare l'uso di farmaci antipsicotici o di altre categorie di psicofarmaci e farmaci ad azione sedativa e ridurre le loro dosi in modo sicuro;
- la promozione della libertà di movimento e la minimizzazione dell'uso di contenzioni;
- le necessità specifiche di persone con demenza a esordio precoce che sono ancora in ambito lavorativo o in cerca di occupazione.

DEBOLE POSITIVA

51

Considerare di fornire ai *caregiver* l'opportunità di partecipare alle sessioni di formazione del personale sanitario e sociosanitario sulla demenza.

DEBOLE POSITIVA

52

Considerare di formare il personale sanitario a fornire interventi di stimolazione multisensoriale per persone con demenza da moderata a grave e difficoltà di comunicazione.

DEBOLE POSITIVA

Coinvolgimento della persona con demenza nel processo decisionale

66

Accertarsi che tutti i professionisti sanitari e sociosanitari siano consapevoli:

- dell'entità della loro responsabilità di proteggere la riservatezza ai sensi della legislazione sulla protezione dei dati e
- dei diritti dei familiari, dei *caregiver* e delle altre figure coinvolte di ricevere informazioni sull'assistenza della persona con demenza (vedere la Raccomandazione 41 a pagina 494).

FORTE POSITIVA

67

I professionisti sanitari e sociosanitari che forniscono indicazioni alle persone con demenza (compresi i professionisti coinvolti nella diagnosi) dovrebbero essere formati a intraprendere e gestire conversazioni difficili ed emotivamente impegnative.

DEBOLE POSITIVA

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

136

Considerare interventi di formazione del personale per la gestione dei sintomi non cognitivi in persone con demenza.

DEBOLE POSITIVA

Coinvolgimento della persona con demenza nel processo decisionale

53

Fornire alle persone con demenza e ai loro familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) informazioni pertinenti alla loro situazione e allo stadio della loro malattia.

FORTE POSITIVA

54

È d'obbligo fornire informazioni che siano accessibili. Per ulteriori indicazioni su come fornire informazioni e discutere le preferenze di ciascun paziente, fare riferimento al documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze»¹ redatto dal Tavolo permanente sulle demenze.

FORTE POSITIVA

55

Durante tutto il processo diagnostico, offrire alla persona con demenza e ai suoi familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) informazioni a voce o in forma scritta che spieghino:

- la diagnosi del sottotipo di demenza e i cambiamenti attesi con il progredire della malattia;
- quali professionisti sanitari e sociosanitari saranno coinvolti nel percorso di cura e come contattarli;
- se appropriato, che la demenza può influire sulla capacità di guidare e la conseguente necessità di informare il Medico di Medicina Generale e la commissione medica locale coinvolta nel rinnovo della patente;
- i loro diritti e responsabilità legali, fare riferimento al documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze» redatto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- il loro diritto ad accomodamenti ragionevoli (legge 68/99² modificata dal decreto legislativo 151/2015³) in caso di persone occupate o in cerca di occupazione;
- come i seguenti gruppi possano essere di aiuto e in che modo contattarli:
 - gruppi di supporto locali, *forum* online e associazioni di volontariato nazionali;
 - servizi di consulenza finanziaria e legale;
 - servizi di patrocinio.

FORTE POSITIVA

56

Qualora non sia stato documentato in precedenza, chiedere alla persona con demenza al momento della diagnosi:

- il consenso a permettere ai servizi di condividere informazioni;
- con quali persone vorrebbe che i servizi condividessero informazioni (per esempio familiari o *caregiver*);
- quali informazioni vorrebbe che i servizi condividessero.

Documentare queste decisioni nelle cartelle della persona.

FORTE POSITIVA

57

Dopo la diagnosi, indirizzare le persone con demenza e i loro familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) ai servizi appropriati per informazioni e supporto (vedere le Raccomandazioni 40 e 41 a pagina 494 sul coordinamento dell'assistenza).

FORTE POSITIVA

58

Chiedere alle persone che non desiderano appuntamenti di controllo e che non usufruiscono di altri servizi se desiderano essere contattate nuovamente in una specifica data in futuro.

FORTE POSITIVA

59

Assicurarsi che le persone con demenza e i loro familiari/*caregiver* sappiano come ottenere maggiori informazioni e da quali fonti in caso i loro bisogni dovessero cambiare.

FORTE POSITIVA

60

Informare le persone con demenza (in tutte le fasi della malattia) dell'esistenza di studi sperimentali cui potrebbero avere la possibilità di partecipare.

FORTE POSITIVA

61

Offrire alle persone con demenza e a coloro che si occupano della loro assistenza (vedere la Raccomandazione 56) opportunità tempestive e continue di discutere:

- i vantaggi del pianificare per tempo;
- l'identificazione di una figura giuridica di protezione (per le decisioni in materia di salute e benessere e in materia di beni e disposizioni finanziarie);
- una dichiarazione anticipata dei loro desideri, preferenze, opinioni/credenze e valori per quanto riguarda la loro assistenza futura;
- disposizioni anticipate in materia di rifiuto su singoli trattamenti;
- preferenze riguardo al luogo di cura e di morte.

FORTE POSITIVA

62

Spiegare alle persone con demenza che avranno la possibilità di rivedere e modificare qualunque decisione presa.

FORTE POSITIVA

63

A ogni visita di controllo, offrire alla persona con demenza la possibilità di rivedere e modificare qualunque decisione presa in precedenza.

FORTE POSITIVA

64

Incoraggiare e mettere le persone con demenza in grado di esprimere le loro opinioni sulla loro assistenza.

FORTE POSITIVA

65

Se necessario, utilizzare sistemi di comunicazione aggiuntivi o modificati (per esempio ausili visivi o testi semplificati).

FORTE POSITIVA

¹disponibile all'indirizzo web <https://www.iss.it/documents/20126/5783571/Raccomandazioni+per+la+governance+e+la+clinica+nel+settore+delle+demenze.pdf/dbf0d6d5-6360-41d9-aa51-74b18f62dad8?t=1626171914860> (Ultima visita: 30/08/2023).

² Legge 12 marzo 1999, n. 68 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/23/099G0123/sg>) (Ultima visita: 30/08/2023).

³ Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/23/15G00164/sg>) (Ultima visita: 30/08/2023).

Supporto ai caregiver

73

Offrire ai *caregiver* delle persone con demenza interventi psicoeducativi e di formazione mirati all'acquisizione di nuove competenze e abilità che includano fornire:

- informazioni riguardo alla demenza, ai suoi sintomi e ai cambiamenti attesi con il progredire della malattia;
- strategie personalizzate mirate a strutturare le loro competenze;
- strumenti per supportarli nell'assistenza, incluso come comprendere e rispondere a cambiamenti nel comportamento;
- strumenti per supportarli nell'adattare i propri stili di comunicazione al fine di migliorare l'interazione con la persona con demenza;
- indicazioni su come prendersi cura della propria salute fisica e mentale, il proprio benessere emotivo e spirituale;
- indicazioni su come organizzare attività piacevoli e significative con la persona con demenza;
- informazioni riguardo ai servizi rilevanti (inclusi servizi riabilitativi, di supporto e psicoterapeutici) e come accedervi;
- indicazioni su come pianificare il futuro.

FORTE POSITIVA

74

Garantire che il supporto offerto ai *caregiver* sia:

- personalizzato in base alle necessità, preferenze e aspettative del *caregiver* (per esempio, fornire indicazioni sui diritti dei lavoratori ai *caregiver* che hanno un impiego o vogliono averlo);
- strutturato per supportarli nell'assistenza di persone con demenza;
- disponibile in luoghi facilmente raggiungibili;
- fornito in un formato adeguato (per esempio, sessioni individuali o di gruppo, oppure formazione e supporto *online*);
- disponibile in base alle necessità a partire dalla diagnosi e per tutto il corso della malattia.

FORTE POSITIVA

75

Fornire indicazioni ai *caregiver* riguardo ai seguenti servizi cui hanno diritto e come accedervi:

- una valutazione formale delle loro necessità, inclusa la loro salute mentale e fisica;
- una valutazione della necessità di brevi pause e altri servizi di sollievo.

FORTE POSITIVA

76

Considerare che i *caregiver* delle persone con demenza sono a maggior rischio di disturbi depressivi. Per indicazioni sull'identificazione e gestione dei disturbi depressivi, vedere la Tabella 6.

DEBOLE POSITIVA

Cure palliative

157

A partire dalla diagnosi, offrire alle persone con demenza cure palliative flessibili, basate sulle necessità, che tengano in considerazione la possibile imprevedibilità della progressione della malattia.

FORTE POSITIVA

165

Per indicazioni sulle decisioni sulla base del principio del migliore interesse delle persone con demenza, vedere la Tabella 12.

FORTE POSITIVA

Tabella 12. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS194 riferito alla LG NICE NG108¹

Dichiarazione 1. Le persone [...] che non sono in possesso della capacità di prendere decisioni vanno supportate nei processi decisionali facendo in modo che tali processi rispecchino le loro circostanze individuali e rispondano alle loro specifiche necessità.

Dichiarazione 2. Alle persone [...] che sono a rischio di perdere la capacità di prendere decisioni o la cui capacità è fluttuante vanno fornite opportunità di discutere eventuali direttive e pianificazioni anticipate di cura a ogni visita o incontro sociosanitario.

Dichiarazione 3. Le persone [...] che a una valutazione risultino incapaci di prendere una specifica decisione al momento in cui è necessario prenderla devono avere una documentazione delle ragioni per le quali non sono ritenute avere tale capacità e dei possibili passaggi praticabili per poter essere supportate.

Dichiarazione 4. Alle persone [...] che non sono in possesso della capacità di prendere una specifica decisione al momento in cui è necessario prenderla deve essere garantito che nelle decisioni di loro maggiore interesse sarà tenuto conto dei loro desideri, sentimenti, valori e opinioni.

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/qs194>

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
Delirium	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Iperensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Farmaci che possono causare o peggiorare il declino cognitivo

32

Considerare di minimizzare l'uso di farmaci associati a un aumento del carico anticolinergico, e laddove possibile considerare una strategia alternativa in fase di:

- valutazione dell'opportunità di riferire la persona con sospetto di demenza al servizio di diagnosi specialistica;
- revisione del trattamento farmacologico in persone con una diagnosi di demenza.

DEBOLE POSITIVA

34

Per indicazioni sulla revisione e ottimizzazione dei trattamenti farmacologici, fare riferimento alle indicazioni riportate nella Tabella 7.

FORTE POSITIVA

Tabella 7. Dichiarazioni tradotte dal documento NICE QS120, riferito alla LG NICE (NG5)¹

Dichiarazione 1. Le persone devono avere la possibilità di essere coinvolte nel processo decisionale in merito ai propri trattamenti farmacologici.
Dichiarazione 2. Le persone che ricevono una prescrizione farmacologica devono ricevere una spiegazione riguardo a come identificare e riportare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco.
Dichiarazione 3. Coloro che forniscono l'assistenza sociosanitaria devono monitorare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco al fine di migliorare le loro competenze in materia di uso dei farmaci.
Dichiarazione 4. Le persone ricoverate in un <i>setting</i> ospedaliero acuto devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici entro 24 ore dal ricovero.
Dichiarazione 5. Le persone dimesse da un <i>setting</i> assistenziale devono avere una lista riconciliata dei propri trattamenti farmacologici inserita all'interno della cartella clinica del Medico di Medicina Generale (MMG) entro una settimana dalla ricezione da parte del MMG delle informazioni e prima di una qualsiasi prescrizione o somministrazione di un nuovo farmaco.
Dichiarazione 6. Coloro che forniscono assistenza sanitaria locale devono identificare le persone che ricevono un trattamento farmacologico che potrebbe beneficiare di un piano di revisione strutturato.

¹ Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. [NG5] Pubblicata: 04 March 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>; Medicines optimisation. [QS120] Published: 24 March 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>

Gestione delle persone con demenza/*Mild Cognitive Impairment* e patologie fisiche croniche coesistenti

68

Assicurarsi che le persone con demenza abbiano pari accesso ai servizi per la diagnosi, il trattamento e la presa in carico delle coesistenti condizioni fisiche croniche rispetto alle persone che non hanno una diagnosi di demenza. Per indicazioni sulla gestione della multimorbilità vedere la Tabella 6.

FORTE POSITIVA

69

In persone con demenza o *Mild Cognitive Impairment* e almeno una comorbilità fisica cronica, per il trattamento delle condizioni in comorbilità (per esempio ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, deficit sensoriali, disturbi urinari) si fa riferimento al trattamento standard di ciascuna condizione, tenendo in considerazione la situazione clinica della singola persona e fatta eccezione nei casi in cui la somministrazione del trattamento standard determini un rischio e/o danno superiore al beneficio atteso (vedere la Tabella 6).

FORTE POSITIVA

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
<i>Delirium</i>	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Ipertensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE-CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Valutazione delle malattie intercorrenti

150

Considerare l'uso di uno strumento strutturato di valutazione osservazionale del dolore:

- in aggiunta a una valutazione autoriferita e a una valutazione clinica standard per le persone con demenza da moderata a grave;
- in aggiunta a una valutazione clinica standard per le persone con demenza che non sono in grado di autoriferire il proprio dolore.

DEBOLE POSITIVA

151

Nelle persone con demenza che presentano dolore, considerare l'uso di un protocollo di trattamento progressivo che tenga in considerazione il bilancio tra gestione del dolore e potenziali eventi avversi.

DEBOLE POSITIVA

152

Ripetere la valutazione del dolore nelle persone con demenza:

- che continuano a mostrare segni di dolore;
- che mostrano variazioni comportamentali potenzialmente causate da dolore;
- dopo la somministrazione di un qualsiasi intervento per il dolore.

FORTE POSITIVA

Trattamento delle malattie intercorrenti

153

In persone con demenza a rischio di cadute si fa riferimento al trattamento *standard* per la prevenzione delle cadute (vedere la Tabella 6), tenendo in considerazione che:

- le persone con demenza possono avere necessità di supporto aggiuntivo per partecipare a qualsiasi intervento in modo efficace;
- gli interventi multifattoriali potrebbero non essere adatti a persone con demenza grave.

FORTE POSITIVA

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
<i>Delirium</i>	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Iperensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

132

Prima di iniziare un trattamento farmacologico o non farmacologico per il *distress* in persone con demenza, condurre una valutazione strutturata mirata a:

- esplorare le possibili cause del *distress* e
- identificare e gestire le possibili cause cliniche o ambientali (per esempio dolore, *delirium*, cure inappropriate)

FORTE POSITIVA

134

Assicurarsi che la persona con demenza continui ad avere accesso a interventi psicosociali e ambientali personalizzati per il *distress* sia durante il trattamento con antipsicotici sia dopo l'interruzione del trattamento.

FORTE POSITIVA

136

Considerare interventi di formazione del personale per la gestione dei sintomi non cognitivi in persone con demenza.

DEBOLE POSITIVA

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

133

Offrire interventi psicosociali e ambientali, una volta assicurato il *comfort* fisico, come trattamento iniziale e continuativo per ridurre il *distress* in persone con demenza.

FORTE POSITIVA

135

In persone con demenza che mostrano segni di agitazione o aggressività, offrire attività personalizzate per promuovere il coinvolgimento, la soddisfazione e l'interesse.

FORTE POSITIVA

137

Considerare l'utilizzo di giardini terapeutici per la riduzione dei sintomi non cognitivi in persone con demenza e sintomi neuropsichiatrici.

DEBOLE POSITIVA

138

Considerare interventi di musicoterapia attiva e/o recettiva per la riduzione dei sintomi non cognitivi in persone con demenza e sintomi neuropsichiatrici.

DEBOLE POSITIVA

139

Considerare trattamenti psicologici in persone con demenza da lieve a moderata che presentano sintomi depressivi e/o ansia da lievi a moderati.

DEBOLE POSITIVA

140

Considerare l'utilizzo di robot terapeutici in persone con demenza con sintomi depressivi e segni di ansia e agitazione.

DEBOLE POSITIVA

141

In persone con demenza che presentano disturbi del sonno, considerare approcci di gestione integrati personalizzati che includano educazione all'igiene del sonno, esposizione alla luce diurna, esercizio fisico e attività personalizzate.

DEBOLE POSITIVA

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

143

Al momento di una prescrizione di un farmaco antipsicotico:

- utilizzare la dose minima efficace e utilizzare il farmaco per la minor durata possibile;
- rivalutare la persona almeno ogni quattro settimane, per determinare se persiste la necessità del trattamento.

FORTE POSITIVA

144

Offrire un trattamento con farmaci antipsicotici solamente a persone con demenza che:

- sono a rischio di arrecare danno a sé stesse o agli altri oppure
- mostrano segni di agitazione, allucinazioni o deliri che procurano loro una condizione di grave *distress*.

FORTE POSITIVA

145

Interrompere il trattamento con antipsicotico:

- se la persona non mostra un evidente beneficio a seguito del trattamento e
- a seguito di discussione e condivisione con la persona in trattamento e i suoi *caregiver*.

FORTE POSITIVA

146

Non offrire il valproato per la gestione di agitazione o aggressività in persone con demenza a meno che non sia indicato per altra condizione.

FORTE NEGATIVA

147

Non offrire i farmaci antidepressivi come trattamento di *routine* per la depressione da lieve a moderata in persone con demenza da lieve a moderata se non quando indicati per una preesistente condizione mentale grave.

FORTE NEGATIVA

148

Non offrire il bupropione per il trattamento dei sintomi depressivi in persone con demenza.

FORTE NEGATIVA

149

In persone con demenza a corpi di Lewy o demenza associata a malattia di Parkinson il trattamento con farmaci antipsicotici può causare un peggioramento dei sintomi motori della malattia e in alcuni casi determinare reazioni gravi di ipersensibilità al farmaco. Potrebbe essere necessario modificare gli interventi in persone con demenza. Per ulteriori indicazioni sul trattamento delle allucinazioni nella malattia di Parkinson, fare riferimento alla Tabella 6.

DEBOLE POSITIVA

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbilità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia	SNLG 2021
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	NICE-NG56
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	NICE-NG22
<i>Delirium</i>	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG103
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	SNLG 2022
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	NICE-NG28
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	NICE-QS209
Iperensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	NICE-CG181
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbilità metaboliche	SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	NICE-CG49
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	NICE-NG98
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	SNLG 2021
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	SNLG 2021
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	NICE-CG161
	<i>Falls in older people</i>	NICE-QS86
	<i>Hip fracture: management</i>	NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NICE-NG54

Diagnosi di demenza nel *setting* specialistico

9

In caso di sospetto di demenza di Alzheimer includere nella valutazione un test di memoria verbale episodica.

FORTE POSITIVA

Ulteriori test specifici per la demenza di Alzheimer

14

In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13 a pagina 491) e sospetto di demenza di Alzheimer, considerare in alternativa:

- ^{18}F -FDG PET, o la SPECT di perfusione qualora la ^{18}F -FDG PET non sia disponibile oppure
- esame del liquor per il dosaggio di:
 - *Tau* totale e p-*Tau* 181 insieme a
 - rapporto tra β amiloide 1-42 e β amiloide 1-40 o β amiloide 1-42.

In caso di impossibilità a raggiungere una diagnosi a seguito di uno di tali test, considerare l'utilizzo dell'alternativa.

DEBOLE POSITIVA

15

Tenere in considerazione che all'aumento dell'età corrisponde un aumento della probabilità di ottenere un risultato falso positivo all'esame del liquor.

DEBOLE POSITIVA

16

Non escludere una diagnosi di demenza di Alzheimer solamente sulla base dei risultati di una TC o RM.

FORTE NEGATIVA

Ulteriori test per la demenza a corpi di Lewy

19

In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13 a pagina 491) e sospetto di demenza a corpi di Lewy, prescrivere un esame di ^{123}I -FP-CIT SPECT.

FORTE POSITIVA

20

In caso di non disponibilità di ^{123}I -FP-CIT SPECT, considerare in alternativa:

- scintigrafia miocardica con ^{123}I -MIBG o
- esame polisonnografico con registrazione elettroencefalografica.

DEBOLE POSITIVA

21

Non escludere una diagnosi di demenza a corpi di Lewy solamente sulla base di un risultato normale all'esame con ^{123}I -FP-CIT SPECT o scintigrafia miocardica con ^{123}I -MIBG.

FORTE NEGATIVA

Ulteriori test per la demenza frontotemporale

22

In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13 a pagina 491) e sospetto di demenza frontotemporale, utilizzare, con lettura semi-quantitativa, in alternativa:

- ^{18}F -FDG PET o
- SPECT di perfusione.

FORTE POSITIVA

23

Non escludere una diagnosi di demenza frontotemporale solamente sulla base dei risultati degli esami di neuroradiologia strutturale, di perfusione o metabolici.

FORTE NEGATIVA

Ulteriori test per la demenza vascolare

25

In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13 a pagina 491) e sospetto di demenza vascolare, prescrivere una RM. In caso di non disponibilità o controindicazione alla RM, prescrivere una TC.

FORTE POSITIVA

26

Non formulare una diagnosi di demenza vascolare solo sulla base del carico lesionale vascolare.

FORTE NEGATIVA

Ulteriori test per la demenza di Alzheimer

17

Non utilizzare l'esame del genotipo *ApoE* $\epsilon 4$ o l'EEG per diagnosticare la demenza di Alzheimer.

FORTE NEGATIVA

18

Considerare che la demenza di Alzheimer a esordio precoce ha una causa genetica in alcune persone.

DEBOLE POSITIVA

Ulteriori test per la demenza frontotemporale

24

Considerare che la demenza frontotemporale ha una causa genetica in alcune persone.

DEBOLE POSITIVA

Ulteriori test per la demenza vascolare

27

Considerare che la demenza vascolare a esordio giovanile ha una causa genetica in alcune persone.

DEBOLE POSITIVA

Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer

77

Offrire il trattamento in monoterapia con uno dei tre inibitori delle acetilcolinesterasi donepezil, galantamina e rivastigmina come opzione per il trattamento della demenza di Alzheimer da lieve a moderata in base alle condizioni specificate nelle Raccomandazioni 82 e 83.

FORTE POSITIVA

78

Offrire il trattamento in monoterapia con donepezil per il trattamento della demenza di Alzheimer da moderata a grave in base alle condizioni specificate nelle Raccomandazioni 82 e 83.

DEBOLE POSITIVA

79

Offrire il trattamento in monoterapia con memantina in persone con demenza di Alzheimer:

- moderata che non tollerano o presentano controindicazioni al trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi oppure
- grave.

Il trattamento dovrebbe essere somministrato in base alle condizioni specificate nella Raccomandazione 82.

DEBOLE POSITIVA

80

In persone che non sono già in trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi o memantina, chi prescrive il trattamento dovrebbe iniziare la terapia con tali farmaci solo a seguito di indicazioni da parte di uno specialista (neurologo, geriatra, psichiatra) con specifiche competenze ed esperienze necessarie. Nel Servizio Sanitario Nazionale la prescrizione con rimborsabilità di questi farmaci è demandata a medici specialisti (neurologi, geriatri, psichiatri) che operano all'interno di un Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

DEBOLE POSITIVA

81

In caso di prescrizione di un inibitore delle acetilcolinesterasi, il trattamento dovrebbe normalmente iniziare con il farmaco commercializzato al minor prezzo di acquisto (tenendo in considerazione la dose giornaliera necessaria e il prezzo per dose al momento dell'inizio della terapia). Tuttavia, è possibile prescrivere un altro inibitore delle acetilcolinesterasi, se ritenuto appropriato in base al profilo di sicurezza e alle aspettative in relazione a *compliance*, comorbilità mediche, rischio di interazioni tra farmaci e piano terapeutico.

DEBOLE POSITIVA

82

I professionisti sanitari, nell'utilizzare una scala per determinare la gravità della demenza di Alzheimer, dovrebbero tenere in considerazione eventuali disabilità fisiche, sensoriali o di apprendimento, o difficoltà di comunicazione che possono inficiarne il risultato e provvedere di conseguenza a eseguire i necessari aggiustamenti laddove ritenuti appropriati. I professionisti sanitari dovrebbero essere consapevoli della necessità di assicurare l'equità di accesso al trattamento a pazienti appartenenti a diversi gruppi etnici e a persone provenienti da diversi *background* culturali.

DEBOLE POSITIVA

83

Nel valutare la gravità della malattia e la necessità di iniziare il trattamento farmacologico, i professionisti sanitari non dovrebbero basarsi solamente sui punteggi cognitivi in circostanze in cui non sarebbe appropriato farlo. Tali circostanze includono i casi in cui:

- lo stato cognitivo non è, o non è di per sé, uno strumento clinicamente appropriato a valutare la gravità della malattia in quanto la persona presenta difficoltà di apprendimento o altre disabilità (per esempio deficit sensoriali), difficoltà di linguaggio o di comunicazione, anche dovute al livello educativo oppure
- non è possibile applicare lo strumento in una lingua di cui la persona ha sufficiente padronanza da permettere una valutazione adeguata della gravità della malattia oppure
- esistono ragioni analoghe in base alle quali utilizzare una scala cognitiva, o un punteggio di per sé, sarebbe inappropriato a valutare la gravità della malattia.

In tali casi, i professionisti sanitari dovrebbero stabilire la necessità di iniziare o proseguire il trattamento sulla base di un altro metodo di valutazione appropriato.

DEBOLE NEGATIVA

Interruzione del trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer

89

Non interrompere il trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi o memantina in persone con demenza di Alzheimer solo sulla base della gravità di malattia.

FORTE NEGATIVA

Co-prescrizione di inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer

87

In persone con diagnosi di demenza di Alzheimer moderata già in trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi considerare l'aggiunta di memantina.

DEBOLE POSITIVA

88

In persone con diagnosi di demenza di Alzheimer grave già in trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi offrire il trattamento aggiuntivo con memantina.

FORTE POSITIVA

Interruzione del trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer

89

Non interrompere il trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi o memantina in persone con demenza di Alzheimer solo sulla base della gravità di malattia.

FORTE NEGATIVA

Farmaci biologici nella demenza di Alzheimer e nel *Mild Cognitive Impairment*

85

Non offrire gli anticorpi monoclonali diretti contro le diverse forme di β amiloide come trattamento per demenza di Alzheimer o *Mild Cognitive Impairment*.¹

FORTE NEGATIVA

¹ Nella votazione della raccomandazione 85 si sono astenuti tre membri del *Panel*: Annalisa Chiari, Fabrizio Piazza e Patrizia Spadin.

Riposizionamento di trattamenti farmacologici

86

Non offrire i seguenti trattamenti allo specifico scopo di rallentare la progressione della demenza di Alzheimer o di rallentare o impedire la conversione da *Mild Cognitive Impairment* a demenza:

- farmaci antidiabetici;
- farmaci antipertensivi;
- statine;
- farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), incluso l'acido acetilsalicilico.

FORTE NEGATIVA

Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza associata a malattia di Parkinson

90

Offrire un inibitore delle acetilcolinesterasi¹ per il trattamento della demenza da lieve a moderata associata a malattia di Parkinson.

FORTE POSITIVA

91

Considerare il trattamento con un inibitore delle acetilcolinesterasi² in persone con demenza grave associata a malattia di Parkinson.

DEBOLE POSITIVA

92

Considerare il trattamento con memantina³ in persone con demenza associata a malattia di Parkinson solo nei casi in cui gli inibitori delle acetilcolinesterasi non siano tollerati o siano controindicati.

DEBOLE POSITIVA

¹ La rivastigmina in capsule è a oggi l'unico inibitore delle acetilcolinesterasi con indicazione per il trattamento della demenza da lieve a moderatamente grave associata a malattia di Parkinson. L'uso di donepezil, galantamina e rivastigmina in cerotto è *off-label*.

² L'uso degli inibitori delle acetilcolinesterasi, inclusa la rivastigmina in capsule, per il trattamento della demenza grave associata a malattia di Parkinson è *off-label*.

³ L'uso della memantina per il trattamento della demenza associata a malattia di Parkinson è *off-label*.

Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza a corpi di Lewy

93

Offrire il trattamento con donepezil o rivastigmina a persone con demenza a corpi di Lewy da lieve a moderata.

FORTE POSITIVA

94

Considerare il trattamento con galantamina in persone con demenza a corpi di Lewy da lieve a moderata solo nei casi in cui donepezil o rivastigmina non siano tollerati.

DEBOLE POSITIVA

95

Considerare il trattamento con donepezil o rivastigmina in persone con demenza a corpi di Lewy grave.

DEBOLE POSITIVA

96

Considerare il trattamento con memantina in persone con demenza a corpi di Lewy solo nei casi in cui gli inibitori delle acetilcolinesterasi non siano tollerati o siano controindicati.

DEBOLE POSITIVA

Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nelle altre demenze

97

Considerare il trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi o memantina in persone con demenza vascolare solo in caso di sospetto di comorbidità con demenza di Alzheimer, demenza associata a malattia di Parkinson o demenza a corpi di Lewy.

DEBOLE POSITIVA

98

Non offrire il trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi o memantina a persone con demenza frontotemporale.

FORTE NEGATIVA

99

Non offrire il trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi o memantina a persone con declino cognitivo causato da sclerosi multipla.

FORTE NEGATIVA
