Seminari del Venerdì-Casi clinici
28 gennaio 2005

I novantenni sono un gruppo di pazienti con caratteristiche peculiari?

Renzo ROZZINI

Perché occuparci dei novantenni?

È un fenomeno rilevante dal punto di vista epidemiologico?
A che punto è la conoscenza biomedica?
Quali nella gestione dei casi?
In quale setting è più rilevante/critico il problema?
È ipotizzabile (ha significato) una clinica del novantenne?
(È possibile una standardizzazione dell'approccio clinico al paziente ultranovantenne? Diagnosi, prognosi, terapia?)
A quali outcome tendere?

L’88% delle femmine e il 100% dei maschi che hanno raggiunto i 100 anni era funzionalmente indipendente all’età di 92 anni. All’età di 97 anni lo era il 45% delle femmine e il 75% dei maschi.

Accelerated dysfunction among the very oldest-old in nursing homes.

Fries BE, Morris JN, Skarupski KA, Blaum CS, Galecki A, Bookstein F, Ribbe M
***J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M336-41**

***BACKGROUND*: The population aged 65 and older is often analyzed in three categories: young-old (65-74), middle-old (75-84), and oldest-old (> or = 85). New, large data sets allow examination of the very oldest-old (e.g., aged > or = 95) and contrasts with those who are younger.**
***METHODS*: We determined the annual change of prevalence of physical and cognitive function, and of disease problems in the old to very oldest-old, using data from existing Resident Assessment Instrument records from nursing homes in seven states during 1992-1994. We used data from 193,467 unique residents aged 80 or older, including 6,556 residents aged 100 or older. We computed the prevalence, by age, of selected conditions: physical and cognitive function, diseases, problem behavior, mood disturbance, restraint use, falls, weight loss, eating less, body mass index, chewing and swallowing problems, incontinence (bowel and bladder), catheter use, and selected diagnoses.**
***RESULTS*: Prevalence of all measures of physical and cognitive dysfunction increased most rapidly with each year of age among the very oldest-old. Most of the slope changes occurred from 95 to 100 years of age. Such changes are less pronounced or not seen in measures of disease prevalence.**
***CONCLUSIONS*: Accelerated change in prevalence of dysfunction seen in the nursing home population may suggest a change in the mechanisms of aging that occur after the mid-nineties. Examination of the very oldest-old may provide new insight into the nature of the aging process.**

Age strata and LOS according to different wards of admission (MU, ACE, SICU)

	MU (02-03)		ACE (02-03)		SICU (03-04)	
	n (%)	gg (DS)	n (%)	gg (DS)	n (%)	gg (DS)
<60	838 (32,1)	6.9 (5.3)	144 (6,1)	5.7 (6.9)	25 (5,6)	6.6 (4.8)
61-70	594 (23,0)	8.2 (7.1)	416 (17,6)	7.7 (9.3)	91 (20,3)	6.1 (6.9)
71-80	606 (23,3)	8.8 (7.3)	728 (30,8)	6.5 (4.9)	163 (36,3)	6.1 (4.6)
81-90	457 (17,6)	8.9 (6.9)	804 (34,1)	5.9 (3.9)	133 (29,6)	5.2 (2.8)
90+	107 (4,1)	8.8 (7.9)	268 (11,4)	4.6 (2.3)	37 (8,2)	5.4 (3.2)
Total	*(2602)*		*(2361)*		*(449)*	

Pazienti ultranovantenni ricoverati c/o l'U.O. di Medicina Generale della Poliambulanza negli anni 2002-2003:

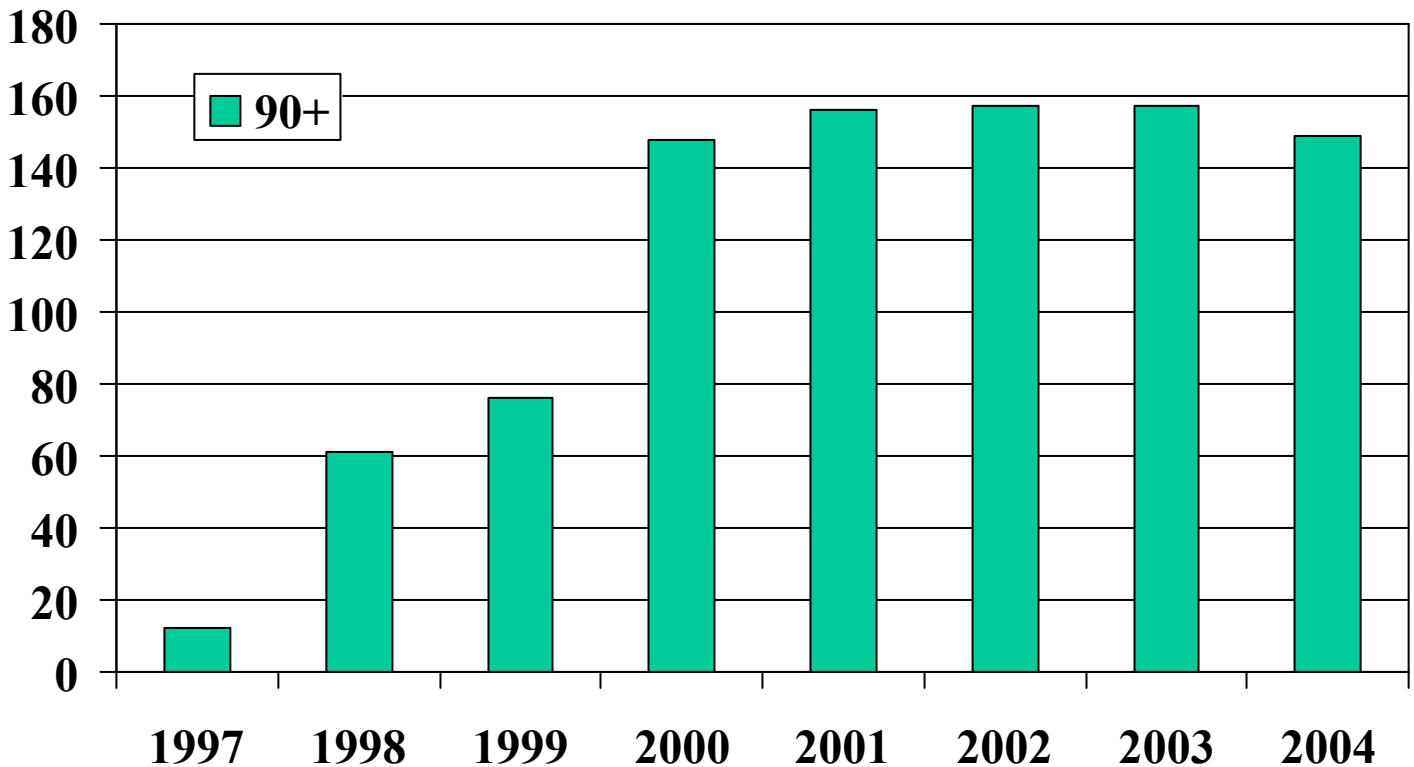
90+/totale (%) **107/2602 (4.1)**

50 casi all'anno (IBD 25)

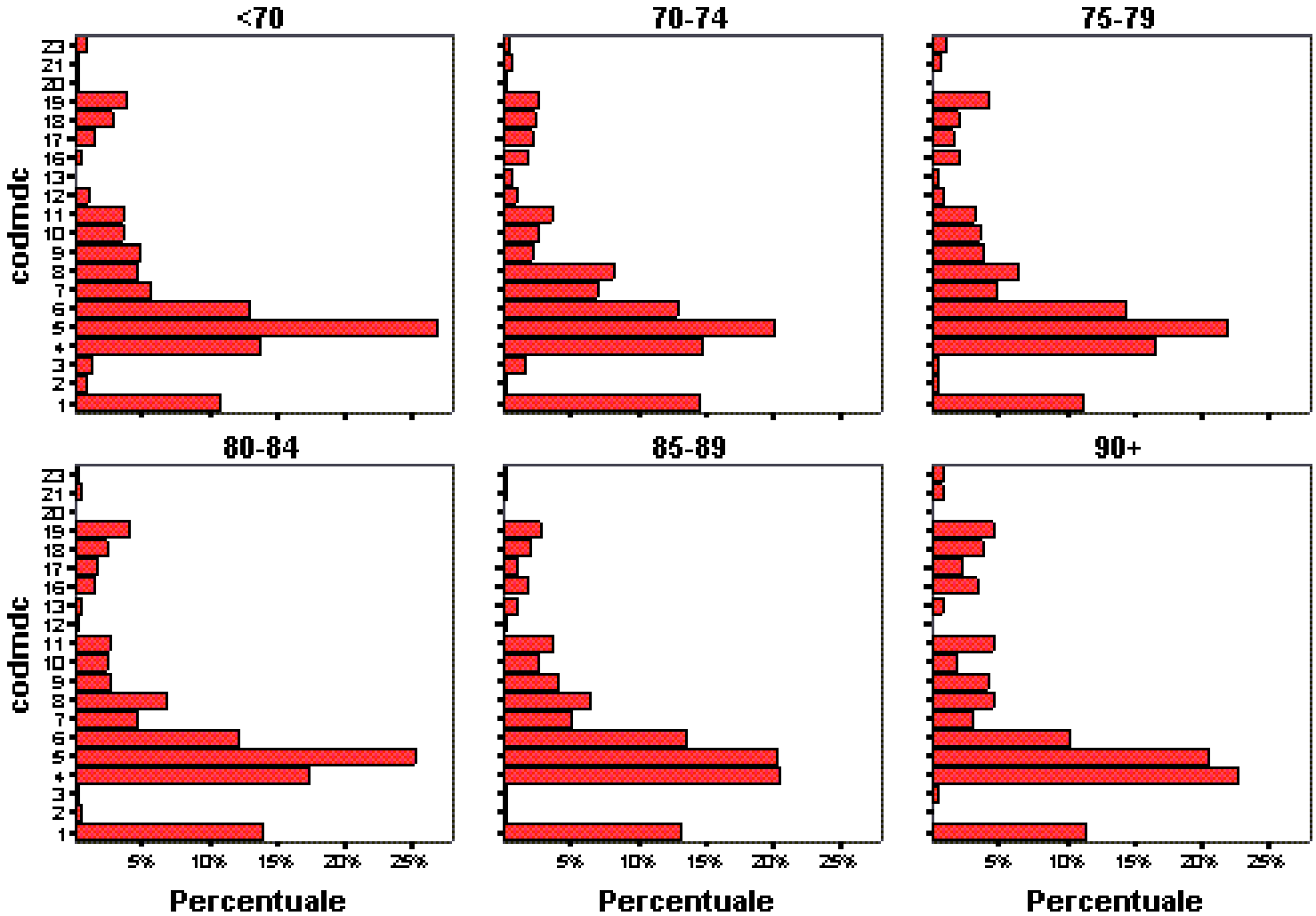
Age strata (GERU-Guss)

	n	%
<70	78	11,1
70-74	107	15,3
75-79	139	19,8
80-84	216	30,8
85-89	129	18,4
90+	32	4,6
Total	*701*	

Numerosità delle degenze ordinarie di pazienti ultra novantenni (9/97→11/04) (Geriatria n=931)



Prevalenza di MDC in relazione alle classi di età nell'U.O. di Geriatria



Prevalence of diagnoses in elderly patients 90+ (Geriatric Ward)

Lung Diseases	**19.0**
Heart diseases	**18.7**
Sepsis	**13.4**
Cancer	**9.8**
GE diseases	**9.3**
Stroke	**9.2**

Percentuale dei diversi MDC nella popolazione ACE

MDC	Descrizione	*rank*	%
5	Apparato cardiocircolatorio	*1*	19.0
4	Apparato respiratorio	*2*	18.5
6	Apparato digerente	*3*	14.0
1	Sistema nervoso	*4*	12.4
7	Epatobiliare e del pancreas	*5*	6.1
8	Apparato musc.-scheletrico e tessuto connettivo	*6*	5.8
11	Rene e delle vie urinarie	*7*	3.9
9	Pelle, tessuto sotto-cutaneo e mammella	8	3.7
19	Disturbi mentali	*9*	*3.6*
10	Endocrini, nutrizionali e metabolici	*10*	2.8

Dal punto di vista clinico tradizionale (prevalenza delle patologie) gli ultranovantenni ricoverati in ospedale non hanno caratteristiche peculiari

Patients characteristics according to age strata (ACE-MU)

	Age groups			
	<70 m (sd)	70-84 m (sd)	85-89 m (sd)	90+ m (sd)
Età	67.7 (2.8)	77.7 (4.1)	86.3 (1.1)	91.4 (2.5)
Vivo solo	19,5	31,5	29,2	29,2
MMSE	26.1 (7.5)	23.8 (6.5)	21.4 (12.6)	18.6 (8.5)
GDS	4.2 (3.6)	5.1 (3.5)	5.4 (3.8)	5.1 (3.4)
Disease (n)	4.6 (1.7)	5.4 (1.9)	5.8 (2.0)	5.7 (2.2)
Charlson	5.5 (2.7)	6.9 (2.4)	8.0 (2.5)	8.3 (2.2)
Drugs	4.4 (2.2)	4.4 (1.8)	4.2 (1.8)	3.9 (2.1)
Pre-BADL	91.2 (20.0)	85.1 (23.6)	75.7 (27.4)	68.5 (29.9)
BADL	85.9 (25.3)	75.9 (30.6)	62.8 (33.4)	53.1 (35.4)
Post-BADL	87.6 (25.7)	79.0 (29.9)	66.7 (32.5)	57.1 (33.9)
IADL	1.6 (2.5)	2.8 (2.7)	4.1 (2.7)	4.9 (2.7)

Patients characteristics according to age strata (ACE-MU)

	Age groups			
	<70 m (sd)	70-84 m (sd)	85-89 m (sd)	90+ m (sd)
Albumin	4.1 (0.7)	3.9 (0.7)	3.8 (0.7)	3.7 (1.1)
APACHE	6.8 (4.1)	8.1 (4.3)	9.6 (5.6)	10.0 (5.3)
APS	1.7 (2.6)	2.1 (2.7)	2.7 (3.6)	2.9 (3.4)
Robust (%)	83.6	69.2	50.0	40.1
Disabled (%)	7.9	14.6	22.3	21.8
Disabled&dem (%)	8.6	16.2	27.7	38.2
Functional change				
BI: 5-25	9.2	13.6	17.9	22.6
BI: 30+	7.2	13.1	21.0	21.9
Dead (6 mos) (%)	13.6	19.5	31.6	38.1

Variables related to 6 months mortality in a population of elderly patients admitted to a Geriatric Ward (Cox regression analysis)

	RR	95% C.I.
Gender (males)	1.5	1.1-2.3
Dementia	1.8	1.1-2.8
Cancer	4.4	2.9-6.6
Heart failure	1.7	1.1-2.8
APS (3+)	2.5	1.6-3.7
Disability	2.2	1.4-3.4
Age		
<70	1.0 (ref.)	
70-84	0.7	0.3-1.3
85-89	0.8	0.3-1.3
90+	1.5	0.6-2.5

Patients characteristics according to age strata in SICU

	Age groups			
	<70	70-84	85-89	90+
	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)
Età	65.2 (2.8)	77.4 (4.1)	86.4 (1.1)	91.6 (2.2)
MMSE	23.1 (10.6)	19.7 (10.5)	17.1 (11.3)	13.0 (10.1)
GDS	2.2 (3.1)	3.6 (3.1)	2.8 (3.0)	4.1 (3.1)
Disease (n)	4.2 (1.8)	4.9 (2.2)	5.5 (1.9)	5.6 (1.8)
Charlson	5.3 (2.3)	6.4 (1.6)	7.2 (1.7)	8.1 (1.6)
Drugs	7.1 (3.0)	7.9 (3.2)	7.6 (3.5)	7.1 (2.9)
Pre-BADL	80.6 (29.9)	75.3 (32.3)	73.9 (27.9)	52.3 (35.0)
BADL	37.2 (38.7)	29.4 (35.4)	21.7 (32.3)	18.8 (27.9)
Post-BADL	58.3 (40.5)	51.0 (39.6)	48.2 (38.4)	32.1 (32.3)
IADL	2.1 (2.7)	3.2 (2.9)	4.1 (2.9)	5.4 (2.3)

Patients characteristics according to age strata in SICU

	Age groups			
	<70	70-84	85-89	90+
	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)
Albumin	3.4 (0.7)	3.3 (0.6)	3.4 (0.5)	3.2 (0.6)
APACHE	13.1 (5.5)	14.4 (5.9)	15.9 (6.6)	15.6 (6.1)
APS	8.7 (5.1)	8.7 (5.8)	9.9 (6.4)	9.6 (5.9)
Robust (%)	54.8	46.9	34.1	3.4
Disabled (%)	28.6	27.2	29.3	35.6
Disabled&dem (%)	13.0	25.9	36.6	61.0
Functional change				
BI: 5-25	11.7	13.8	2.4	20.3
BI: 30+	19.2	56.7	12.7	11.5
Dead (in H) (%)	9.1	11.6	17.1	16.9

Change in functional status due to acute diseases according to age stata and living condition before the hospitalization (ACE-MU)

Age	living alone	f.change (5+)
<70	*(19,5)*	18,8
70-84	*(31,5)*	24,8
85-89	*(29,2)*	37,0
90+	*(29,2)*	45,1

I Miei Casi Clinici

Is it heaven? Pleasant visual hallucinations in nonagenarians

Rozzini R, Mai R, Facchetti D, Trabucchi M.

J Am Geriatr Soc. 1995;43:315-6.

Charles Bonnet's syndrome: Visual hallucinations in psychologically normal elderly people.

Charles Bonnet in 1760 described vivid, complex visual hallucinations in his psychologically normal 87 year old grandfather, who had cataract operations on both eyes and was practically blind. His grandfather saw pictures of men, women, birds, carriages, buildings, tapestries and scaffolding patterns.
Most affected persons are elderly and psychologically normal, but visually impaired. However, the phenomenon is not exclusively restricted to people with visual impairment.

Bibliography:
C. Bonnet: Essai analytique sur les facultés de l'âme.
First edition, Copenhagen, 1760.

PB: 94 anni, non coniugato. Laurea in legge. vive al domicilio (con una sorella nubile di 92 anni) in condizioni parziale autosufficienza (deambulazione con appoggio) e integrità cognitiva.
Assistiti da un'infermiera in pensione (o cooperativa) e da una colf peruviana (o ucraina).

Aspettativa di vita delle persone anziane (anni da vivere)

	Maschi						Femmine					
Età	70	75	80	85	90	95	70	75	80	85	90	95
Sani	18.0	14.2	10.8	7.9	5.8	4.3	21.3	17.0	13.0	9.6	6.8	4.8
Medi	12.4	9.3	6.7	4.7	3.2	2.3	15.7	11.9	8.6	5.9	3.9	2.7
Fragili	6.7	4.9	3.3	2.2	1.5	1.0	9.5	6.8	4.6	2.9	1.8	1.7

NCMS Life Tables of the United States 1997

1° ricovero **Brescia, 04/07/2001**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. PB di anni 94
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 30/06/2001 (PS)

Motivo del ricovero: **Dispnea, astenia, dispepsia.**

Diagnosi di dimissione:

- ***Esofagite erosivo ulcerativa in corso di definizione istologica, ernia jatale da scivolamento, diverticolo di Zenker***
- ***Anemia microcitica sideropenica severa secondaria (effettuate tre emotrasfusioni)***
- ***Cardiopatia ipertensiva***
- ***Ipertensione arteriosa sistemica***
- ***Insufficienza aortica lieve e mitralica moderata***
- ***M di Basedow anamnestico***
- ***Parkinsonismo***
- ***IRC***
- ***Trauma cranico anamnestico (’98; incidente stradale)***

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	*Dimissione*
Cognitività *(MMSE)*	23/30	--
Disturbo dell'umore *(GDS)*	0/15	--
Barthel Index	50/100	50/100
IADL (n. funzioni perse)	2/5	2/5

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
MEPRAL	**1+1CP DIE**	**H8; H20**
QUINAZIDE	**1 CP DIE**	**H8**
CROMATONFERRO	**1 CP DIE**	**H12**
LAEVOLAC	**1 CUCCHIAIO DIE**	**H 20**

2° ricovero **Brescia, 24/10/2001**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. PB di anni 94
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 20/10/2001 (PS)

Motivo del ricovero: Recente comparsa di disturbo della marcia con spiccata retropulsione dx

Diagnosi di dimissione:

-Vasculopatia cerebrale acuta, encefalopatia vascolare (TC: infarti multipli ……)
-Esofagite, ernia jatale, diverticolo di Zenker
-Anemia microcitica sideropenica secondaria
-Cardiopatia ipertensiva
-Insufficienza aortica lieve e mitralica moderata
-IRC
-Parkinsonismo
-M di Basedow anamnestico
-Trauma cranico anamnestico (’98; incidente stradale)

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	*Dimissione*
Cognitività *(MMSE)*	23/30	--
Disturbo dell'umore *(GDS)*	0/15	--
Barthel Index	0/100	20/100
IADL (n. funzioni perse)	4/5	

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
QUINAZIDE	**1 CP DIE**	**H8**
TIKLID	**1 + 1 CP DIE**	**H8; H12**
MEPRAL	**1+1CP DIE**	**H8; H20**
CROMATONFERRO	**1 CP DIE**	**H12**
LAEVOLAC	**1 CUCCHIAIO DIE**	**H 20**

Iniziano le visite domiciliari del martedì (ore 6.50 am)

3° ricovero **Brescia, 24/12/2001**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. PB di anni 95
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 20/12/2001 (PS)

Motivo del ricovero: dispnea, tosse produttiva; due episodi di diarrea

Diagnosi di dimissione:

-Flogosi respiratoria con insufficienza respiratoria secondaria
-Enterite acuta
-Esofagite, ernia jatale, diverticolo di Zenker
-Anemia microcitica sideropenica secondaria
-Cardiopatia ipertensiva
-Insufficienza aortica lieve e mitralica moderata
-Encefalopatia vascolare; Parkinsonismo
-IRC
-M di Basedow anamnestico
-Trauma cranico anamnestico (’98; incidente stradale)

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	*Dimissione*
Cognitività (MMSE)	23/30	--
Disturbo dell'umore (GDS)	0/15	--
Barthel Index	0/100	40/100
IADL (n. funzioni perse)	4/5	

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
QUINAZIDE	**1 CP DIE**	**H8**
GAVISCON	**2 CP per 3 DIE**	**H 10, H16, H 22**
TIKLID	**1 + 1 CP DIE**	**H8; H12**
MEPRAL	**1+1CP DIE**	**H8; H20**
CROMATONFERRO	**1 CP DIE**	**H12**
LAEVOLAC	**1 CUCCHIAIO DIE**	**H 20**

4° ricovero **Brescia, 29/6/2002**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. PB di anni 96
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 24/6/2002

Motivo del ricovero: dispnea ed ortopnea, edemi declivi ingravescenti

Diagnosi di dimissione:

-Scompenso cardiaco congestizio (NYHA III-IV)
-IRA su IRC
-Ematemesi intercorrente (esofagite erosiva, ernia jatale, diverticolo di Zenker)
-Anemia a genesi mista secondaria (emotrasfuse 2 unità)
-Cardiopatia ipertensiva
-Ipertensione arteriosa sistemica
-Insufficienza aortica lieve e mitralica moderata
-Encefalopatia vascolare con deficit cognitivo di grado moderato severo
-Parkinsonismo
-M di Basedow anamnestico.
-Enterite acuta anamnestica
-Trauma cranico anamnestico ('98; incidente stradale)

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	*Dimissione*
Cognitività (MMSE)	12/30	--
Disturbo dell'umore (GDS)	NV	NV
Barthel Index	50/100	50/100
IADL (n. funzioni perse)	5/5	

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
QUINAPRIL	**1 CP DIE**	**H8**
GAVISCON	**2 CP per 3 DIE**	**H10, 16, 22**
TIKLID	**1 + 1 CP DIE**	**H8; 12**
MEPRAL	**1+1CP DIE**	**H8; 20**
MADOPAR 250	**½ CP per 3 DIE**	**H8, 14, 20**

5° ricovero **Brescia, 17/2/2003**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. PB di anni 96
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 10/2/2003

Motivo del ricovero: **iperpiressia (39°C), dispnea, tosse**

Diagnosi di dimissione:

-Sepsi da polmonite multifocale
-IRA su IRC
-Scompenso cardiaco congestizio; cardiopatia ipertensiva e valvolare (insufficienza aortica lieve e mitralica moderata)
-Esofagite, ernia jatale, diverticolo di Zenker
-Anemia a genesi mista secondaria
-Encefalopatia vascolare con deficit cognitivo di grado moderato severo
-Parkinsonismo
-M di Basedow anamnestico.
-Enterite acuta anamnestica
-Trauma cranico anamnestico (’98; incidente stradale)

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	Dimissione
Cognitività (MMSE)	11/30	--
Disturbo dell'umore (GDS)	NV	--
Barthel Index	0/100	50/100
IADL (n. funzioni perse)	5/5	

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
TAVANIC 500	**1 CP**	**H8 (10 gg)**
QUINAPRIL	**1 CP**	**H8**
NORVASC 10	**1 CP**	**H20**
LASIX 500	**¼ CP**	**H8**
TIKLID	**1 + 1 CP**	**H8; 12**
ANTRA 20	**1 CP**	**H8**
MADOPAR HBS	**1CP**	**H8**
MADOPAR 250	**½ CP per 3**	**H8, 14, 20**
NEORECORMON (piano terapeutico)	**1 fl**	**3 volte/W**

6° ricovero **Brescia, 23/9/2003**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. BP di anni 96
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 20/9/2003

Motivo del ricovero: **dispnea, ortopnea, tosse**

Diagnosi di dimissione:

-Scompenso cardiaco congestizio (NYHA III); **cardiopatia ipertensiva e valvolare**
-IRA su IRC
-Esofagite, ernia jatale, diverticolo di Zenker
-Anemia a genesi mista (emotrasfuse 3 unità di emazie)
-Encefalopatia vascolare con deficit cognitivo di grado moderato severo
-Parkinsonismo
-Pregressa sepsi da polmonite multifocale
-M di Basedow anamnestico.
-Enterite acuta anamnestica
-Trauma cranico anamnestico (’98; incidente stradale)

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	*Dimissione*
Cognitività *(MMSE)*	**NV**	**3/30**
Disturbo dell'umore (GDS)	**NV**	**NV**
Barthel Index	**0/100**	**0/100**
IADL (n. funzioni perse)	**5/5**	

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
TAVANIC 500	**1 CP**	**H10 (5 gg)**
LASIX 500	**¼ CP**	**H8**
ANTRA 20	**1 CP**	**H8**
MADOPAR HBS	**1CP**	**H8**
MADOPAR 250	**½ CP per 3**	**H8, 14, 20**
ZYPREXA 5 mg	**¼ CP**	**H20**
Aerosol (BREVA+ATEM)	**3 volte**	**H8, 14, 20**
NEORECORMON 2000	**1 fl**	**2 volte/W**

7° ricovero **Brescia, 4/5/2004**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. PB di anni 97
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 30/4/2004

Motivo del ricovero: **febbre, diarrea, tosse**

Diagnosi di dimissione:

-Polmonite retrocardiaca sinistra
-Enterite acuta con disidratazione secondaria
-IRA su IRC
-Delirium incidente
-Scompenso cardiaco congestizio (NYHA III); cardiopatia ipertensiva e valvolare
-Aritmia totale da FA; BBSin
-Esofagite, ernia jatale, diverticolo di Zenker; colelitiasi
-Anemia a genesi multifattoriale
-Encefalopatia vascolare con deficit cognitivo di grado moderato severo
-Parkinsonismo
-Pregressa sepsi da polmonite multifocale
-M di Basedow anamnestico.
-Enterite acuta anamnestica
-Trauma cranico anamnestico (’98; incidente stradale)

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	*Dimissione*
Cognitività *(MMSE)*	**--**	**0/30**
Disturbo dell'umore (GDS)	**NV**	**NV**
Barthel Index	**0/100**	**0/100**
IADL (n. funzioni perse)	**5/5**	

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
TAVANIC 500	**1 CP**	**H10 (10 gg)**
LASIX 500	**¼ CP**	**H8**
ANTRA 20	**1 CP**	**H8**
MADOPAR HBS	**1CP**	**H8**
MADOPAR 250	**½ CP per 3**	**H8, 14, 20**
ZYPREXA 5 mg	**¼ CP**	**H20**
NEORECORMON 2000	**1 fl**	**2 volte/W**

8° ricovero **Brescia, 7/12/2004**

Si dimette in data odierna il paziente Sig. BP di anni 97
Giunto alla nostra osservazione il giorno: 30/11/2004

Motivo del ricovero: **alterazione dello stato di coscienza, difficoltà respiratoria, edemi**

Diagnosi di dimissione:

-Stato di coma (GCS: 1+1+1)
-Polmonite sinistra
-IRC di grado moderato-severo
-Scompenso cardiaco congestizio (NYHA III); cardiopatia ipertensiva e valvolare
-FA permanente; bbsin
-Recente frattura sottoperitrocanterica del femore sinistro sottoposta ad intervento di riduzione e sintesi (2/11); infezione della ferita chirurgica
-Encefalopatia vascolare con deficit cognitivo di grado moderato severo; pregresso delirium
-Parkinsonismo vascolare
-Sindrome da allettamento prolungato con lesioni da decubito (tallone sin+sacro)
-Esofagite, ernia jatale, diverticolo di Zenker; colelitiasi
-Anemia a genesi multifattoriale (emotrasfuse 3 unità)
-Pregressa sepsi da polmonite multifocale
-M di Basedow anamnestico.
-Enterite acuta anamnestica
-Trauma cranico anamnestico (’98; incidente stradale)

ASSESSMENT GERIATRICO

	Ingresso	*Dimissione*
Cognitività *(MMSE)*	**--**	**0/30**
Disturbo dell'umore (GDS)	**NV**	**NV**
Barthel Index	**0/100**	**0/100**
IADL (n. funzioni perse)	**5/5**	

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
LASIX 20	**4 fl per 2 (ev)**	**H8 –14**
ANTRA 20	**1 CP**	**H8**
ROCEFIN	**1 FL**	**H8 (10 GG)**
ZYPREXA 5 mg	**¼ CP**	**H20**

19 dicembre 2004
exitus

Dopo tre anni e sei mesi

Che fare?
È possibile una standardizzazione dell'approccio clinico al paziente ultranovantenne?
Il problema è sempre lo stesso!!!

Dobbiamo occuparci dei novantenni

È un fenomeno rilevante dal punto di vista epidemiologico: 10% dei ricoveri in ACE.
Rare (?) patologie specifiche dell'età.
Il punto più critico è la perdita dell'omeostasi.
L'ospedale è un punto nevralgico per il novantenne: è la "fabbrica" della disabilità!
La prevenzione della disabilità è l'outcome primario cui tendere.
La clinica del novantenne deve essere finalizzata alla definizione degli iter clinici da intraprendere.