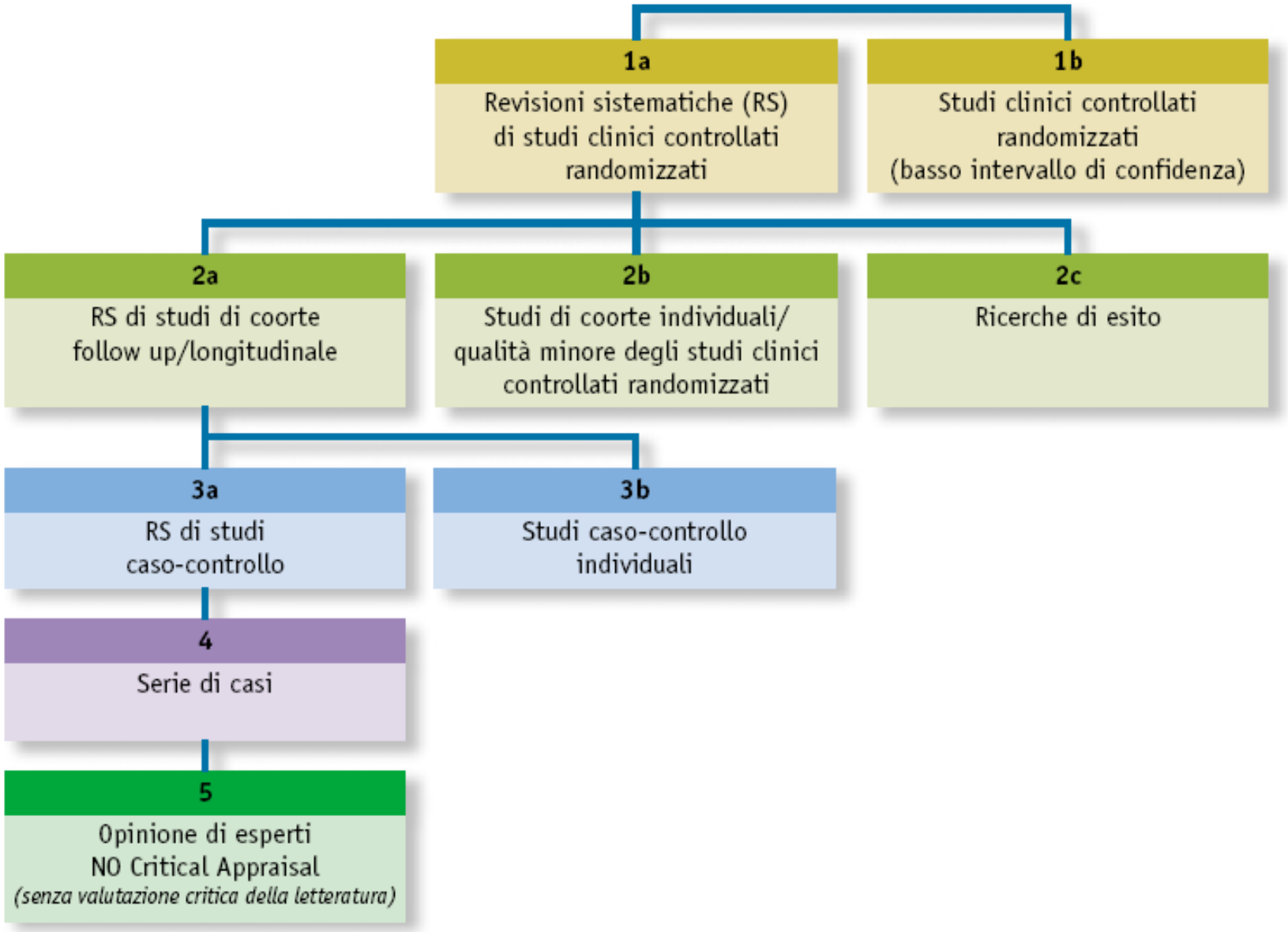
Gruppo di ricerca geriatrica

Venerdì 1 ottobre 2010
Casi clinici in Psicogeriatria

La revisione dei casi clinici: aspetti metodologici

Giuseppe Bellelli

Livelli di evidenza



Sono importanti i casi clinici nell'era dell'evidence based medicine?

In Defense of Case Reports and Case Series

Jan P. Vandenbroucke, MD, PhD

Annals of Internal Medicine

Many clinicians will protest that relegating case reports and case series to second-class status in the medical literature means that babies are being thrown away with the bathwater. How can we make this concern explicit and rational? Basically, by emphasizing that all types of research have their proper place. Evidence-based medicine is exclusively concerned with finding the best evidence for clinical decisions; for example, should we apply a particular therapy or a diagnostic test to a particular patient? Hence, a hierarchy of evidence with the randomized trial "on top" serves one purpose admirably: the final evaluation of therapies or tests, especially when their clinical value is not immediately clear-cut. Case reports and case series, however, have other aims that are equally important in the progress of medical science and education. These aims are a necessary complement to the aims of evidence-based medicine.

Ann Intern Med. 2001;134:330-334. www.annals.org

A preliminary communication on extensively disseminated Kaposi's sarcoma in a young homosexual man.

Gottleib GJ, Rogoz A, Vogel JV et al. Am J Dermatopathol. 1981; 3:111-4.

THE LANCET

Volume 354, Number 9186

Exotic diseases close to home

- The epidemic of encephalitis in the New York City area that broke out at the end of August seems to be a b at i n g . As of Oct 4 there had been 50 confirmed cases with five deaths (including one in We s t c h e s t e r C o u n t y, north of the city). In A u g u s t , crows around the Bronx Zoo and in other areas were dying. T h e n other bird species in the zoo died, with evidence of brain haemorrhage . On Aug 23, two patients with encephalitis were seen at a hospital in the northern Queens borough of New York City. An astute infectious-disease doctor notified the city's health department, and an epidemiological investigation and a public education and control programme began. The responsible virus was initially identified by the US Centers for Disease Control and Prevention as St Louis encephalitis virus. The CDC now say that the causal agent is West Nile virus. In a research letter in today 's issue, Ku n j i n / West Nile virus is proposed as the cause (page 1261).West Nile virus has not been reported in the Americas before. The last major epidemic of West Nile encephalitis outside Africa occurred in Romania in 1996, with nearly 400 cases and 17 deaths.

Case reports- Nuove diagnosi

- Casi clinici di melanoma furono descritti da Ippocrate nel V° secolo AC a da Rufo di Efeso, un medico di origine greca, nel I° secolo A.C.
- Storicamente i casi clinici sono stati il modo con il quale sono nate le prime riviste scientifiche.
- Nel gennaio 1832, Thomas Hodgkin descrisse 6 casi clinici alla società Medico-Chirurgica di Londra, 2 dei quali affetti dalla malattia che a tutt'oggi porta il nome di linfoma di Hodgkin

Utilità dei case report

- Case reports provide essential sources of information for the optimum care of patients
  - Case reports can describe important scientific observations that are missed or are undetectable in clinical trials
- Case reports provide insightful information that expands our knowledge and spawns new research
- Case reports provide information that strays from the classical textbook case and leads to better and safer patient care.

Cohen T, Am J Health-Syst Pharm—Vol 63 Oct 1, 2006

Potential roles of case reports and case series

- Recognition and description of new diseases
- Detection of drug side effects (adverse and beneficial)
- Study of mechanisms of disease
- Medical education and audit
- Recognition of rare manifestations of disease

Vandenbroucke J, Ann Intern Med 2001

Use of case reports and case series

Teaching of the clinical recognition of rare diseases and new or rare presentations of known diseases is a separate aim of cases and case series.

The Journal of Medical Case Reports is an open access journal that is committed to publishing high quality case reports from anywhere in the world.
For example, by publishing every case report about spontaneous regression of metastatic renal cell carcinoma after debulking nephrectomy, a specific search of the database would help researchers in studying this particular and interesting phenomena.

Van den Ouweland et al

Meta-analysis or Systemic Reviews of cases and case series

- Nayfield and Gorin retrieved from the literature twenty-one cases of tamoxifen-related ocular toxicity in breast cancer patients.
  This review produced a clearer picture of the nature and distribution of the toxicity, as well as the severity of the ocular findings.
  They recognized the difficulty of attributing ocular findings to tamoxifen and other competing causes of retinal, macular and corneal abnormalities.

Table 1. Relevance of Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Older Patients With Diabetes Mellitus, Hypertension, Osteoarthritis, Osteoporosis, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

	Chronic Disease Addressed by Guideline				
	Diabetes Mellitus[19-32]	Hypertension[39]	Osteoarthritis[33-35]	Osteoporosis[40]	COPD[37,38]
Guideline addressed treatment for type of patient?	Older: yes Multiple comorbidities: yes Both: yes	Older: yes Multiple comorbidities: no Both: no	Older: yes Multiple comorbidities: yes Both: yes†	Older: no Multiple comorbidities: no Both: no	Older: no Multiple comorbidities: no Both: no
Quality of evidence discussed for type of patient?	Older: yes Multiple comorbidities: yes Quality of evidence poor, requires extrapolation for nutrition recommendations	Older: yes Multiple comorbidities: no Quality of evidence good for treating hypertension in older patients	Older: no Multiple comorbidities: no	Older: no Multiple comorbidities: no	Older: no Multiple comorbidities: no
Specific recommendations for patients with 1 comorbid condition?	Yes Diseases: hypercholesterolemia, hypertension, congestive heart failure, chronic kidney disease, cardiovascular disease, peripheral vascular disease, benign prostatic hypertrophy	Yes Diseases: coronary artery disea… mellit… syndr… apne… disea… ventri… hyper… dysfu… vascular disease, congestive heart failure, stroke, dementia,* renal transpl… renal artery… urinary ou… obstruct…	Yes Diseases/drugs:	No	No
Specific recommendations for patients with several comorbid conditions?	Yes	No	No	No	No
Time needed to treat to benefit from treatment in the context of life expectancy discussed?	Yes	No	No	No	No

I limiti delle linee guida nella pratica clinica geriatrica!

I casi clinici ed il medico incredulo: rivalutando S. Tommaso

Recently, we were asked to give a second opinion about a young woman with a history of recurrent superficial thrombophlebitis on the breasts and in the axilla (our opinion was sought because of the expertise in our medical school about genetic forms of venous thrombosis and the role of hormones). Several younger medical colleagues did not believe the initial diagnosis of thrombophlebitis because they did not know of such an entity until a middle-aged clinician exclaimed, "Of course, that is Mondor's disease." A quick literature search taught us that this name is often given to superficial thrombophlebitis not only on the chest wall of young women but also on sensitive parts of young men. This led to the insight that the syndrome should be taken seriously, and neither I nor my colleagues will forget about it. This event was in the spirit of the clinical grand rounds: to use case history presentations to teach junior and senior physicians alike about our continuing ignorance and about potential mistakes that we should avoid.

Vandenbroucke P, Ann Intern Med 2001

Case reports and case series may be the 'lowest' or the 'weakest' level of evidence, but they often remain the 'first line of evidence.' This is where everything begins

Jenicek M, 1999

Prima di valutare nel dettaglio come si prepara un case report, alcune domande

- Perché ho scelto questo caso? Ha una reale valenza in termini scientifici, clinici, organizzativi?
- Posso ritenere che interessi i miei colleghi? Cosa ci potrebbe insegnare?
- Posso ritenere che modificherà la mia pratica clinica, favorendo la condivisione (con i colleghi) di alcune procedure, o mi potrà aiutare ad affrontare e risolvere specifici problemi clinici?
- È già stato pubblicato qualcosa di simile al caso che voglio descrivere?

Metodologia dei casi clinici (case report)

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CASE RECORDS of the MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Founded by Richard C. Cabot

Nancy Lee Harris, M.D., *Editor*
Jo-Anne O. Shepard, M.D., *Associate Editor*
Sally H. Ebeling, *Assistant Editor*

Eric S. Rosenberg, M.D., *Associate Editor*
Alice M. Cort, M.D., *Associate Editor*
Christine C. Peters, *Assistant Editor*

Case 22-2010: An 87-Year-Old Woman with Dementia and a Seizure

Steven M. Greenberg, M.D., Ph.D., Otto Rapalino, M.D., and Matthew P. Frosch, M.D., Ph.D.

Struttura di un case report del New England Journal of Medicine

- Presentazione del caso
- Diagnosi differenziale
  - Il medico esperto domanda ed il giovane risponde; vengono prese in esame le possibili diagnosi e scartate (utilizzando varie strumentazioni) le più improbabili
- Diagnosi finale
  - Decorso della malattia, terapia complicanze
- Discussione
  - Follow-on, follow-up

JAMA Clinical crossroads

BOX. Clinical Crossroads Guidelines for Submission

Clinical Crossroads is a patient-focused evidence-based review and discussion of a diagnostic or treatment decision faced by an actual patient and physician. Clinical Crossroads may address any medical condition relevant for primary care physicians.

1. Identify an appropriate topic that includes a decision point faced by primary care physicians and patients in the course of patient care, and is clinically important, with a sufficient literature base to support a review.
2. Identify a discussant who is a recognized authority on the subject and who has no disqualifying conflicts of interest.
3. Contact *JAMA* (Margaret Winker, MD; margaret.winker@jama-archives.org) to discuss the priority of the topic for *JAMA*, the potential discussant, and related issues such as any conflicts of interest and funding source.
4. Identify a patient with the condition who is willing to potentially have his or her medical history and interview published as part of an article in *JAMA*. Personal details are removed, but patients may still be identifiable to themselves and family members. The patient must sign the *JAMA* patient consent form and informed consent as required by the institution. If the primary care physician is interviewed, the physician also needs to complete the *JAMA* consent form.
5. For the patient case description, summarize the patient's history and physical examination, including the crossroads the patient faces; the disease status; pertinent physical findings, laboratory values, and diagnostic tests; patient's concerns or issues, including personal, socioeconomic, or environmental; and medications. The description should frame the clinical question to be addressed.
6. Interview the patient regarding the condition and clinical question, including what questions the patient has for the discussant, and provide a transcript of the interview for the discussant. Videotape or audiotape of the interview is useful for the Grand Rounds. The primary care physician may be interviewed and transcript provided as for the patient.
7. Develop the questions for the discussant to address.
8. Provide the materials to the discussant, including these instructions, the patient interview, and the questions, well before the Grand Rounds.
9. If the patient is inclined to do so, the patient should attend the Grand Rounds and ask questions.
10. At the Grand Rounds, the patient case description is presented followed by the edited patient interview.

11. The Grand Rounds question-and-answer session should be recorded and transcribed for the manuscript and provided to the discussant.
12. The discussant should prepare the manuscript including (in order): the title and author (including financial disclosures), word count of text only, an unstructured abstract no longer than 150 words, patient case description, patient interview, questions for the discussant, the review discussion itself, specific recommendations for the patient, the question-and-answer section (with references added as appropriate), references, and any tables and figures. Length of text only should be 3000-4000 words. The Clinical Crossroads organizers and conference date and location should be provided in the Acknowledgment.
13. The discussion should be based on a systematic review of the best available evidence, focusing on randomized controlled trials and meta-analyses whenever possible. Briefly describe search strategy and inclusion criteria. When discussing studies, include (where possible) study design, sample size, and relevant points about the study methodology; point estimates of risk ratios with 95% confidence intervals; absolute as well as relative rates and/or numbers needed to treat; and adverse events. A table of studies summarizing the available evidence is often helpful. When treatments are compared, approximate costs of treatment generally should be provided. Original illustrations may be developed by the *JAMA* Graphics Department, if appropriate, but *JAMA* generally does not republish tables or figures from other sources.
14. The discussion should consider the patient's perspective and refer to the patient wherever relevant, including what unique aspects of the patient's situation may affect particular diagnostic or treatment options (such as other medical conditions, allergies, ability to afford medications, or insurance status). The final section of the discussion (before the question-and-answer section) should include specific recommendations for the patient based on the best available evidence.
15. Funding sources for the conference and manuscript may be government, not-for-profit, or private and should be listed in the manuscript. Commercial funding sources are not acceptable.
16. The manuscript should be reviewed by the Clinical Crossroads organizers for completeness and editorial flow and by the patient if requested. If suitable, the discussant should then submit the manuscript to *JAMA*, along with completed authorship, copyright transfer, and conflict of interest forms; patient consent; any financial support received; and role of the sponsor.
17. The manuscript will undergo internal review and, if considered potentially appropriate for *JAMA*, sent for external peer review. If review supports pursuit of revision, the author will receive a revision letter from *JAMA* along with the reviewers' comments. The author is expected to revise the manuscript and provide a cover letter detailing the point-by-point responses to the requests for revision. There is no guarantee that the manuscript will be accepted for publication in *JAMA*.

American Medical Association. All rights reserved.

La struttura metodologica del caso clinico -GRG

- Motivo del ricovero
- Anamnesi sociale e familiare
- Anamnesi funzionale premorbosa
- Anamnesi patologica remota e prossima
- Esami strumentali recenti e terapia domiciliare in atto
- Esame obiettivo
- Epicrisi
- Diario clinico
- Follow-on / follow-up
- Discussione

Esempio di “motivo dell’invio”

- La paziente XY di anni **76**, giunge alla nostra osservazione (Riabilitazione Specialistica) in data **xx/xx/xx** proveniente da un reparto di ortopedia per recente “endoprotesi non cementata” a seguito di frattura di collo femorale secondaria a caduta

Anamnesi sociale e familiare

Età , scolarità
nucleo fami

Domicilio, co
(per es. vive al

In alcuni casi può essere indicato segnalare la presenza di fragilità premorbosa con osservazioni dettagliate:
- Il paziente è seguito dai servizi sociali?
- I familiari sono in grado di prendersene carico?
- È stata presentata domanda di accompagnamento o di inserimento in RSA?

Esempio di anamnesi sociale-familiare

Vedova, vive sola. Un figlio non convivente.

Scolarità: elementare (5 anni)

Attività lavorativa principale: sarta

Non ha mai fumato, consuma vino ai pasti.

Non viene riportata familiarità per patologie.

No fragilità sociale.

Anamnesi funzionale premorbosa

Deve aiutare a far capire in che condizioni era il paziente dal punto di vista delle performances funzionali prima dell'evento che ha condizionato il ricovero

Che strumento/i utilizzare per descrivere lo stato funzionale premorboso?

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2006, Vol. 61A, No. 8, 819–820

Copyright 2006 by The Gerontological Society of America

Guest Editorial

Ptolemaic Bathing

Robert L. Kane

University of Minnesota, School of Public Health, Minneapolis.

Factors Associated with Accurate Recall of Prior Disability in Older Persons

Thomas M. Gill, MD, Peter H. Van Ness, PhD, MPH, and Evelyne A. Gahbauer, MD, MPH

RESULTS: Forty-five (48.9%) and 46 (50.0%) of the 92 participants accurately recalled having had disability in the prior year in the first and second analytical samples, respectively. Having at least a high school education was the only factor independently associated with accurate recall in the first analytical sample, with an adjusted odds ratio (AOR) of 3.03 (95% confidence interval (CI) = 1.11 – 8.31), whereas a composite disability scale that considered the timing and severity of prior disability was the only factor independently associated with accurate recall in the second analytic sample (AOR = 5.38, 95% CI = 1.81 – 16.1).

CONCLUSION: The results of the current study, coupled with those of previous studies, suggest potential strategies that could be used to more completely and accurately ascertain the occurrence of disability in older persons. J Am Geriatr Soc 57:1897–1901, 2009.

Anamnesi funzionale premorbosa

- È meglio non utilizzare scale di valutazione (che servono solo a scopi epidemiologici)
- Raccogliere le informazioni tenendo presente chi le riporta (quanto assiduamente frequenta il congiunto, che controllo esercita, etc)
  - Usciva di casa senza necessità di essere accompagnato fino al mese scorso?
  - Si gestiva i farmaci da solo?
  - Usava ausili per deambulare?

Esempio di anamnesi funzionale pre-morbosa

La paziente non usciva di casa da sola già da 2 anni, non utilizzava ausili per la deambulazione ma vengono riportate frequenti cadute nell'ultimo anno. È inoltre descritta incontinenza urinaria (st.Ouslander 3)

Anamnesi patologica remota e prossima

- Riassume le informazioni principali della storia clinica del paziente
  - Attenzione ai peccati di omissione ma anche a non eccedere con i dettagli (troppe informazioni = nessuna informazione)
  - Utilizzare un ordine cronologico
  - Se più ricoveri, utilizzare raccordi anamnestici

Anamnesi patologica remota e prossima

- APR
  - Anamnesi di "febbre reumatica" in età giovanile.
  - Circa 15 anni fa intervento di sostituzione valvolare mitralica (meccanica) per stenosi severa.
  - Circa 9 anni fa intervento di endoprotesi femorale sx per frattura; recupero motorio complicato da sintomatologia ansiosa ed episodio depressivo.
- APP
  - In data x/x/xx ricovero c/o reparto di ortopedia dell'ospedale xx in seguito a caduta. Ivi viene riscontrata frattura del collo femorale dx, trattata in data xx/x/xx con intervento di endoprotesi non cementata. Decorso post-operatorio privo di complicanze (oppure segnalato delirium post-operatorio).

Esami strumentali e farmaci assunti prima dell'attuale ricovero

- Hanno lo scopo di richiamare l'attenzione del medico su particolari elementi della storia clinica
  - Ad esempio l'esecuzione di una TC encefalo alcuni mesi prima del ricovero suggerirà il sospetto di un declino cognitivo da parte del curante
  - Una terapia farmacologica particolarmente ricca indicherà un livello di attenzione elevato/basso rispetto alle problematiche cliniche
  - In alcuni casi può essere appropriato indicare data inizio terapia (es antibiotico)

Esempio di esami strumentali e terapia

- **Esami strumentali recenti:**
  - TC encefalo (’01): ”Grossolane alterazioni cortico-sottocorticali sovra-sottotentoriali, piùevidenti in sede temporo-parietale. Diffusa leucomalaciaperiventricolarecon aumento volumetrico ex-vacuo cavitàventricolari”.
  - ECOcardio(’01): ”FE 53%”.

Terapia in atto:

- Acido Acetilsalicilico 1c die
- Perindopril 1c die
- Atorvastatina 1c die
- Cacarbonato+colecalciferolo 1c die

Esame obiettivo

Condizioni generali: buone.
Cavo orale: nella norma.
Lingua: umida.
Occhi: normali.
Orecchie: normali.
Collo: normale.
Cute e sottocute: pallida.
Ulcere da pressione: no.
Cardiovascolare: *toni cardiaci aritmici. Click eiettivo al focolaio mitralico.*
Torace: normale.
Addome: normale.
Reni: CV a dimora.
Muscolo scheletrico: *esiti di endoprotesi femorale dx (recente con ferita chirurgica) e sx.*
Stato di coscienza: vigile.
Comportamento: adeguato.
Linguaggio: comunicativo.
Trofismo: *ipotrofia >sx*.
Tono: normale.
Stenia: *ipostenia aaii*.
Nervi cranici: normali.
Coordinazione: normale.
Movimenti involontari: assenti.
Riflessi patologici: assenti.
ROT: normali.
Sensibilità: normale.

..oppure solo le informazioni salienti

Condizioni generali del paziente

Parametri vitali (PA, Temperatura corporea, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca)

Esame obiettivo (Cute e mucose , cuore, torace, addome, esame neurologico)

Epicrisi

- Deve sintetizzare in poche righe le caratteristiche socio-demografiche (età, sesso), i dati salienti della storia clinica (livello funzionale e cognitivo premorboso), la provenienza, il motivo del ricovero e la patologia principale, le comorbilità (patologie accessorie) orientate per distretto, alcuni elementi centrali dell'esame obiettivo
- Ipotesi diagnostiche, se indicato

Epicrisi

Paziente di 76 anni, proveniente dal reparto di ortopedia dell'ospedale xx. Vedova, vive con un figlio. Non usciva di casa autonomamente da due anni; deambulava senza ausili.

Giunge alla nostra osservazione a seguito di endoprotesi non cementata (16/8/2010) per frattura collo femorale destro (9/8/2010) secondaria a caduta (riferita accidentale). Decorso post-operatorio complicato da infezione vie urinarie

Comorbilità:

- Anemia secondaria,
- Esiti di protesi valvolare meccanica per stenosi mitralica severa (1995),
- Esiti di endoprotesi al femore sinistro (2001),
- Fibrillazione atriale permanente (aprile 2010),

All'ingresso paziente vigile e orientata, collaborante. Incapace di alzarsi dal letto autonomamente e di deambulare.

All'E.O. toni cardiaci aritmici per FA, pallore cutaneo, reperti toracici negativi.

Al colloquio col figlio emerge anamnesi positiva per sintomatologia ansiosa e pregresso episodio depressivo in concomitanza con la precedente frattura di femore.

APS=0; IQ-CODE=3; BRASS 18; STRATIFY=2.

Esami ematochimici urgenti

Esami di laboratorio

Emocromo

WBC (5-10)	10^3/mmc
RBC (4.2-5.4)	10^3/mmc
HCT (37.0-47.0)	%
HGB (12.0-16.0)	g/dl
MCV (82.0-97.0)	FI
plt (130-450)	10^3/mmc
Na (136-150)	mmol/l
K (3.5-5.0)	mmol/l

Formula leucocitaria

Neutrofili (40-70)	%
Linfociti (19-44)	%
Monociti (2-8)	%
Eosinofili (0-4)	%
Basofili (0-1)	%
PT (70-120)	%
PTT (26-36)	Sec
INR	
D-Dimero (< 200)	ng/ml

Esame urine

PS (1010-1030)	
pH (5.0-7.0)	

Esempio di valutazione multidimensionale

	Premorboso	Ingresso	Dimissione
CAM		Negativa	
Mini Nutritional Assessment		25/30	
MMSE		26/30	
GDS		4/15	
IADL (funzioni perse)	3/8		
Barthel Index	97/100	32/100	53/100
Tinetti Scale		1/28	10/28
FIM		48/126	75/126

IADL perse: spesa, uso mezzi, aiuto nelle pulizie

BI: Supervisione per il bagno

Unità per acuti: orientamento diagnostico all'ingresso

- **Diagnosi 1**

(condizione principale di ricovero: es. sepsi)

- **Diagnosi 2**

(condizione associata: es polmonite)

- **Diagnosi 3**

(condizione conseguente: es insufficienza respiratoria acuta)

Programma diagnostico e terapeutico

Accertamenti programmati:

- Esami di routine
- Esami strumentali (Ecografia addome, RX, etc)
- Consulenze specialistiche

Terapia instaurata all'ingresso: (molecola, dosaggio, orario, via di sominstrazione)

- Farmaco 1
- Farmaco 2
- Farmaco 3

Long-term Care:

Obiettivi clinici:
- Controllo sintomi dolorosi
- Rivalutazione terapia

Obiettivi infermieristici:
- Ripresa dell'autonomia nell'igiene, al
- Ripresa della continenza urinaria
- Controllo del dolore
- Controllo e monitoraggio INR (te
- Guarigione ferita chirurgica ed
- Miglioramento del tono dell'umore

Obiettivi riabilitativi:
- Recupero articolarità, forza ed aut
- Cammino autonomo/aus
- Controllo dolore

Obiettivi socio/assistenziali:
- Pianificazione gestione domiciliare

In alcuni casi l'obiettivo clinico è talmente preponderante che sovrasta qualsiasi altro obiettivo. In questo caso si può strutturare questa sezione in:
•Obiettivi a breve termine
•Obiettivi a medio-lungo termine

Alcuni obiettivi clinico, infermieristici e fisioterapici si sovrappongono (ad es. Dolore). In questo caso si può strutturare questa sezione in:
•Obiettivi del team
•Obiettivi clinici, infermieristici, etc

È importante evitare di essere generici. L'obiettivo deve essere non soltanto misurabile (es miglioramento ad una scala di valutazione) ma deve avere una sua validità di facciata (percepibile anche dal familiare)

Diario clinico

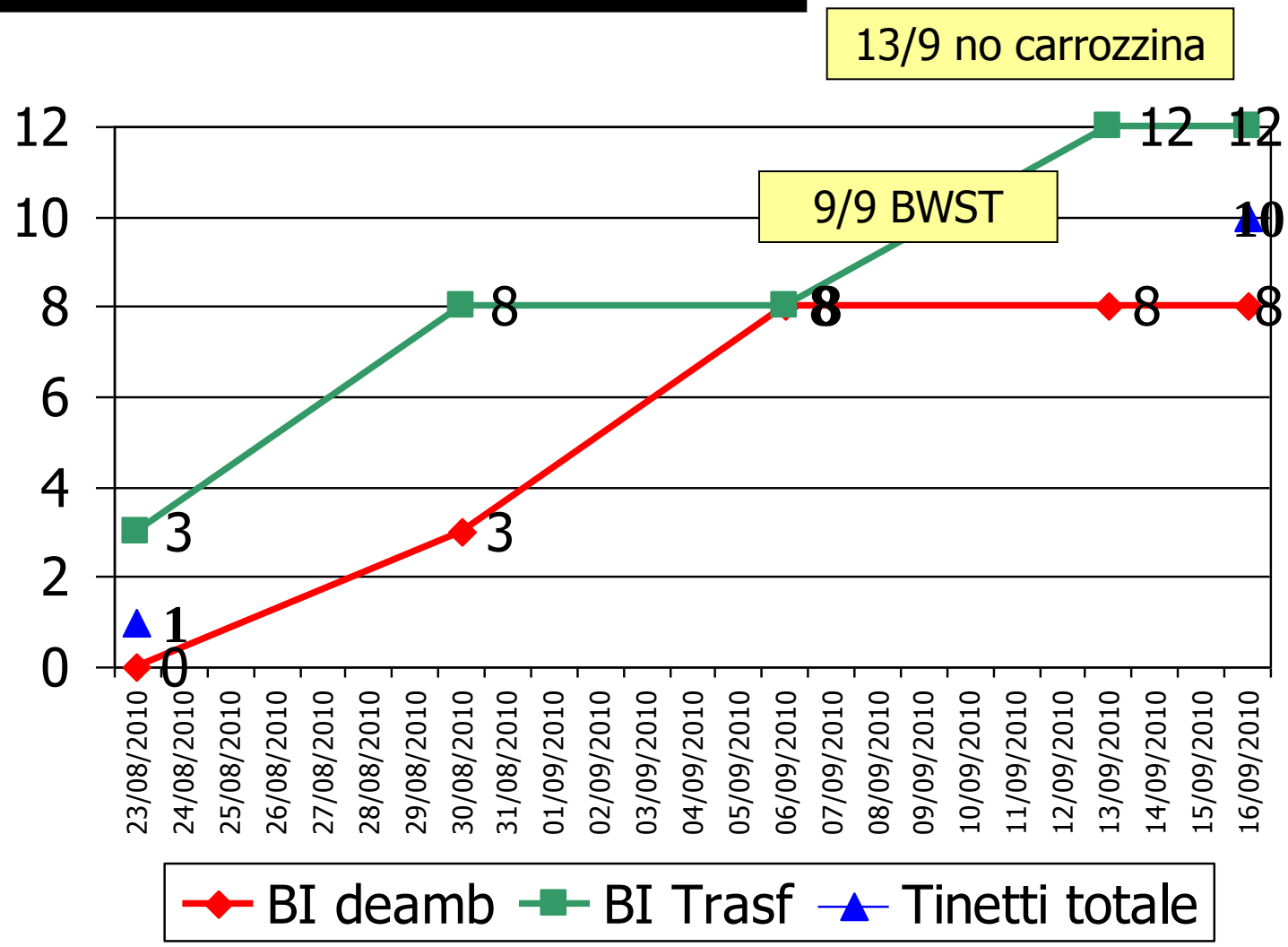
Esami ematici e strumentali significativi

Evoluzione delle condizioni cliniche e funzionali

Patologie intercorrenti (esempio: delirium)

Modifiche della terapia durante la degenza

Come rappresentare l'evoluzione clinica?



Diagnosi di dimissione

La paziente viene dimessa:
(data dimissione, setting)

- **Diagnosi principale (collegata al ricovero)**
  - **Diagnosi 1**
- **Comorbilità**
  - **Diagnosi 2**
  - **Diagnosi 3**
  - **Diagnosi 4**
- **Eventi intercorrenti**
  - **Diagnosi 5**
- **Diagnosi anamnestiche**
  - **Diagnosi 6**

Terapia alla dimissione

La paziente viene dimessa con i seguenti farmaci:
(molecola, dosaggio, orario, via di sominstrazione)

- Farmaco 1
- Farmaco 2
- Farmaco 3
- Farmaco 4
- Farmaco 5
- Farmaco 6

Assessment di dimissione

- MMSE 19/30; GDS 6/15
- Valutazione neuropsicologica indicativa per deterioramento delle funzioni cognitive.
- Hachinski 9/19
- Tinetti tot. 23/28 -6'WT = 250 mt senza pause

Esempio di follow-up

Follow-up

- Dimessa a casa, rimane per 1 mese con nipote di supporto durante il giorno
- Problema prevalente è la difficoltà di movimento

Successivo ricovero in RSA (2 mesi dopo)

- Condizioni cliniche stabili. Non episodi di scompenso cardiaco né polmoniti.
- Non significativo peggioramento funzioni cognitive.
- Allettamento completo, ulcere da decubito.
- Polmonite
- Decesso dopo 15 mesi

Trabucchi JC 2004

Discussione

Commenti sul caso clinico

Report della letteratura (ad esempio frequenza, evoluzione e prognosi della patologia, decorso riabilitativo dei pazienti con problematiche similari, etc)

Considerazioni terapeutiche attuali e future

Considerazioni su strategie di management multiprofessionale

La revisione finale: rileggete il case report e domandatevi

- La descrizione del case report è chiara? Ho usato termini scientifici?
- Il testo ha una struttura logica ed è ben ripartito nelle sue parti (rispettando la cronologia)?
- Il testo dell'articolo può essere accorciato? Se sì, cosa va eliminato?
- Sono state omesse informazioni importanti?
- C'è ridondanza?
- Si è dato sufficiente spazio alle conclusioni? Le conclusioni sono coerenti con quanto esposto nel caso?
- Fate rileggere a qualcun altro il vostro caso

Una metodologia con ottimi risultati

- Approfondimento della clinica (linee guida)
- Capacità di adattamento (glide-path)
- Logica (senso del tempo, capacità di scelta)
- Attenzione al meglio per il paziente (senso del limite e coraggio)

Trabucchi JC 2004

"Qui sta la grande differenza tra leggere e scrivere. Leggere è una vocazione, un'arte, nella quale, con l'esercizio, sei destinato a diventare più abile. Da scrittore accumuli soprattutto incertezze e timori. Tutto questo senso di inadeguatezza (…) è basato sulla convinzione che la letteratura conti (…), che ci siano libri necessari".

Susan Sontag Scrivere e leggere, ovvero l'arte di perdere se stessi. La Repubblica, 18-12-2000.

Acknowledgement

- Dr. Simona Gentile
- Dr. Fabio Guerini
- Dr. Sara Morghen
- Dr. Salvo Speciale
- Dr. Renato Turco
- Dr. Tiziana Torpilliesi
- Equipe del dipartimento di Riabilitazione "Ancelle della Carità"

- Prof Marco Trabucchi