

GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA GERIATRI OSPEDALIERI (S.I.G.Os.)

**XI Convegno Nazionale Geriatrico
"Dottore Angelico"**

ATTI

Aquino-Cassino 16-17-18 Ottobre 2008



ISSN: 1122-5807

L'UGA E LA RETE DEI SERVIZI

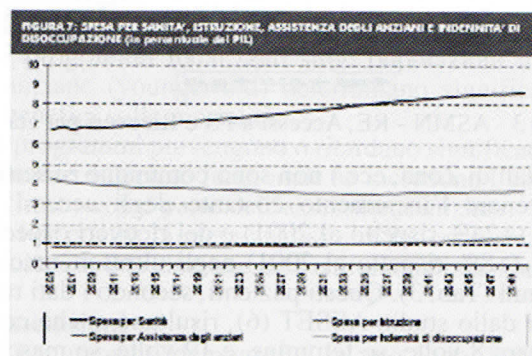
Ferrari A.

Unità Operativa Complessa di Geriatria, Dipartimento Neuro-Motorio - Arcispedale S. Maria Nuova, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Da molti anni sono in atto importanti mutamenti demografici che vedono un progressivo aumento della popolazione anziana a scapito della popolazione attiva. Questo fenomeno è particolarmente evidente nelle aree a maggior sviluppo ed in particolare in Italia dove, secondo le stime delle Nazioni Unite, nel 2050 la popolazione ultrasessantenne supererà il 30% della popolazione totale e gli "oldest old" (gli ultraottantenni) saranno il 37% della popolazione ultrasessantenne (1) (Tab.1).

I mutamenti demografici sopra descritti saranno causa inevitabile di incremento di pazienti anziani portatori di patologie croniche spesso tra loro concomitanti. In questo tipo di paziente il "Care tradizionale", rappresentato dalla somma di più interventi specialistici sullo stesso individuo, non potrà che determinare un aumento dei consumi sanitari con crescita progressiva della spesa, senza peraltro garantire con certezza ricadute positive sui pazienti stessi, in particolare per quanto riguarda il benessere complessivo della persona e la conservazione dell'autonomia (17,18,19). Molti autori concordano sul fatto che l'incremento della popolazione anziana sarà causa, negli anni a venire, di incremento di spesa in ambito sanitario, sia per quanto concerne beni e servizi che per quanto riguarda i farmaci. Occorre tuttavia precisare che, mentre per tutti il "trend" sarà certamente in aumento, non vi è univocità di interpretazione circa l'entità percentuale di questo "trend" (2,3,4,5,6). Uno studio di previsione elaborato nel 2005 dal Ministero dell'Economia e delle Finanze Italiano ed aggiornato al 2007, indica in 1,9 punti percentuali di PIL l'incremento per la spesa sanitaria età-correlato che si realizzerà nel nostro paese dal 2005 al 2050 (7) (Tab. 2).

Nel corso degli ultimi anni in Italia sono state poste in atto molte azioni di tipo riorganizzativo ispirate principalmente al modello della "Clinical Governance" introdotta nel SSN Britannico dal



Tab. 2

1998 (8). Lo scopo principale di queste azioni doveva essere quello di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni mantenendo al contempo alta la qualità dell'assistenza sanitaria complessivamente erogata. L'impatto di queste azioni, misurato in termini di contenimento della spesa e di efficacia e sicurezza delle prestazioni, fino ad ora non sembra essere stato eclatante. Probabilmente nonostante sia ben compresa "la necessità di adottare linee guida e percorsi assistenziali, concordati e appropriati rispetto alle singole circostanze, che favoriscano la comunicazione e la reciproca collaborazione tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza distrettuale per: evitare i ricoveri ordinari non necessari; limitare la durata delle degenze necessarie; collaborare nella utilizzazione del day hospital e della day surgery; concordare le modalità della dimissione protetta secondo i bisogni delle persone e le caratteristiche dei presidi e servizi disponibili per l'assistenza intermedia" (8), nell'applicazione pratica di questi principi si è ragionato ancora in termini di "Care tradizionale" senza tener conto che la tipologia d'utenza, costituita da un gran numero di anziani affetti da patologie croniche quasi sempre concomitanti, richiederebbe un approccio specificamente dedicato.

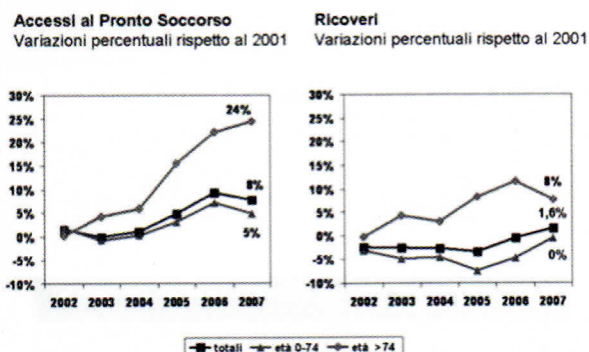
La tabella sotto riportata dettaglia i ricoveri in degenza ordinaria presso L'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia dal 2001 al 2007, suddivisi per fasce d'età, raffrontandoli con i dati di accesso al Pronto Soccorso del medesimo ospedale raccolti negli stessi anni e pure suddivisi per le stesse fasce d'età. Ne risulta che gli interventi riorganizzativi posti in atto in questo territorio (Dipartimentalizzazione Ospedaliera, Dipartimenti di Cure Primarie, Nuclei di Cure Primarie, Poli

Country or area	Number (thousands)		Percentage of total population		Percentage 60 years or over		Percentage among married		Percentage among labour force		Percentage among pensioners	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
World	147 523	168 513	11	12	11	10	9	10	10	10	10	10
More developed regions	242 710	268 030	20	21	19	18	16	17	16	16	16	16
Less developed regions	44 118	136 110	1	2	2	3	2	3	2	3	2	3
Least developed countries	30 386	175 101	1	2	2	3	2	3	2	3	2	3
Italy	15 108	21 061	26	41	21	37	10	17	10	17	10	17
Japan	34 750	46 146	27	42	19	37	10	17	10	17	10	17

United Nations : Department of Economic and Social Affairs - Population Division - Population Ageing 2006

Tab. 1

ASMN - RE



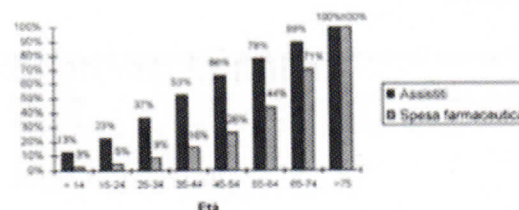
Tab. 3 - ASMN - RE, Accessi a PS e Ricoveri per età

Sociali di Zona, ecc.) non sono comunque riusciti a contenere l'incremento costante degli accessi al P.S. (+24% rispetto al 2001) e dei ricoveri ospedalieri (+8% rispetto al 2001) negli ultrasessantacinquenni (Tab. 3). Questi pazienti, secondo i dati raccolti dallo studio ASSET (6), risultano anche consumare 8 volte, se femmine, e 12 volte, se maschi, i farmaci utilizzati dai venticinquenni del rispettivo sesso (Tabb. 4-5).

Affinché il sistema di cura rimanga sostenibile si renderà pertanto necessario adeguare il modello del "Care tradizionale" alle modificazioni demografiche in precedenza descritte. Fin dal 1996 Wagner ed altri hanno proposto un modello di cura dedicato ai pazienti portatori di malattie croniche (Chronic care model - CCM) (41,42). Gli stessi autori hanno poi perfezionato e descritto accuratamente le peculiarità del CCM (38). L'applicazione di questo modello alla gestione di diverse condizioni di cronicità (scompenso cardiaco, asma, diabete, depressione) ha prodotto evidenze di miglioramento di alcuni outcome e di riduzione dei costi (39,40).

L'esigenza di transitare da un sistema orientato per risposte specialistiche episodiche di cura ad un sistema che preveda la presa in carico complessiva dei pazienti da parte di un'equipe multi-professionale si rende quindi necessaria, se non altro per

Fig. 1. Distribuzione cumulativa per fasce di età degli assistiti e della spesa farmaceutica nel campione ASSET.



Tab. 5

contribuire alla sostenibilità economica del sistema di cura. Questa esigenza inizia ad evidenziarsi anche in documenti di indirizzo di alcuni Servizi Sanitari Regionali (20).

La Geriatria, intesa come disciplina specialistica di ambito medico dedicata al paziente anziano, ha sviluppato negli anni cultura, conoscenze, esperienze e metodi di lavoro che le consentono di occuparsi del paziente anziano complesso impedendone il declino funzionale (11,14,15).

Già dal 1988 la Conferenza di Consenso sull'Assessment del Paziente Anziano identificava alcuni elementi caratterizzanti il lavoro in Geriatria. (9,10). Tra questi:

- **La Valutazione Multidimensionale** definita come un'analisi multidisciplinare del paziente che abbraccia numerosi domini (più comunemente fisico, mentale, sociale, economico e funzionale) allo scopo di indirizzare il piano di cura, le risorse assistenziali e gli interventi, focalizzandoli sui problemi del paziente e sulla prevenzione della disabilità.
- **Il Targeting del paziente** che influisce sui risultati del lavoro specifico Geriatrico.
- **La necessità di lavorare in rete** con i servizi territoriali allo scopo di monitorare e di riaggiustare il piano di cura.

Questi elementi cardine, applicati nella pratica clinica nei setting ospedalieri per acuti (UGA), nel corso degli anni, in diversi trial effettuati nei confronti di uno "Usual Care", hanno prodotto evidenze di riduzione di mortalità, prevenzione delle disabilità e diminuzione dell'istituzionalizzazione, hanno inoltre determinato una migliore percezione di salute da parte dei pazienti e dei loro "caregiver" senza aggravio di costi (11,12,13,14,15,16,43,44).

In particolare un recente studio osservazionale prospettico di coorte, pubblicato nel Gennaio 2008 su QJM, che ha coinvolto otto ospedali di sei nazioni europee (Regno Unito, Spagna, Italia, Finlandia, Grecia e Polonia) e che ha incluso 1667 pazienti di oltre 65 anni (età media 78) ammessi consecutivamente in ospedale per patologia acuta, ha dimostrato come, oltre la diagnosi, altri fattori quali il grado di autonomia, lo stato cognitivo, il numero di farmaci assunti, il vivere da solo, ecc., siano importanti predittori di outcome e debbano pertanto essere inclusi nella valutazione del pazien-

Tab. 4. Consumo farmaceutico medio per fasce di età espresso in euro/anno.

Fasce di età	Consumo medio (euro)	
	Maschi	Femmine
< 14	41,37	35,72
0-4	36,11	31,59
5-14	43,66	37,53
15-24	44,93	40,94
25-34	52,75	62,75
35-44	90,89	90,52
45-54	146,20	149,62
55-64	300,88	277,40
65-74	505,77	431,13
> 75	652,75	481,20
Totale	196,13	195,12

Tab. 4

te anziano in quanto capaci di determinare un miglioramento della cura (45). Lo studio è l'ennesima dimostrazione dell'impatto vincente del metodo di lavoro Geriatrico per quanto concerne la persona anziana.

La stessa metodologia di lavoro è stata poi utilizzata, fin dagli anni 90, allo scopo di presidiare la salute in anziani fragili viventi al proprio domicilio ed è stata oggetto di numerosi studi clinici che hanno confrontato diversi modelli organizzativi con uno "Usual Care" su indicatori quali: il mantenimento dell'autonomia, l'ospedalizzazione, il tempo di degenza in ospedale, il consumo di servizi sanitari e l'istituzionalizzazione. I risultati positivi segnalati da diversi autori (17,21,24), tuttavia, sono stati messi in discussione da una revisione sistematica comparsa sul BMJ nel Marzo del 2000 ad opera di Jolanda C.M. van Haastregt ed altri. Gli autori di questa revisione concludono che non vi è evidenza di efficacia degli interventi basati sulla presa in carico complessiva di pazienti anziani viventi presso il proprio domicilio effettuata attraverso un programma di visite periodiche da parte di personale esperto di nursing. Gli effetti positivi segnalati nei trial esaminati sono stati considerati dagli autori modesti ed inconsistenti, in particolar modo se rapportati al fatto che i programmi posti in essere si sono dimostrati costosi e molto dispendiosi come tempo dedicato (22). Successivamente, nel febbraio del 2002, ad opera di Andreas E. Stuck ed altri, è comparsa su JAMA una nuova meta-analisi che, utilizzando criteri di selezione più restrittivi, giungeva alle seguenti conclusioni: i programmi di presa in carico di pazienti anziani, viventi al proprio domicilio, strutturati attraverso visite periodiche basate sulla valutazione multidimensionale geriatrica e includenti un follow up di più visite, quando tarati su soggetti a basso rischio di mortalità sono efficaci. I benefici, a giudizio degli autori della revisione, sono maggiori nei pazienti "young-old" piuttosto che negli "old-old" (23). Dopo la pubblicazione della meta-analisi di Stuck numerosi altri studi si sono proposti di sperimentare l'efficacia di un programma di intervento con le caratteristiche in precedenza descritte su anziani viventi al proprio domicilio. Alcuni autori hanno dimostrato l'efficacia degli interventi nel prevenire la perdita d'autonomia, nel ridurre l'istituzionalizzazione, nel ridurre il numero dei ricoveri in ospedale e degli accessi al pronto soccorso (19,36,25,26). Altri studi hanno evidenziato che l'applicazione del programma di intervento era in grado di ridurre i costi ed i consumi di beni sanitari (27,28,29) o di produrre altri effetti positivi (32,33,34). Altri ancora hanno dimostrato inefficacia degli interventi (30,31). Un solo studio effettuato in Svezia si è dimostrato efficace sulla mortalità. Il vantaggio in termini di mortalità tuttavia si è dimostrato limitato alla durata dell'intervento stesso e gli autori sottolineano che il dato è strettamente correlato al particolare contesto in cui lo studio è stato effettuato (35).

Del tutto recentemente Anke Huss, Andreas E. Stuck ed altri hanno tentato di dire una parola definitiva pubblicando sul Journal of Gerontology Medical Sciences del Marzo 2008 una nuova revisione sistematica e meta-analisi dei trial randomizzati progettati per analizzare i programmi di visite periodiche di anziani viventi al domicilio, compresi quelli eseguiti più recentemente (37). Gli autori hanno utilizzato criteri stringenti di inclusione ed esclusione dei trial oggetto della meta-analisi, concludendo che:

- I risultati su tutti gli outcome sono eterogenei
- I programmi focalizzati sulle popolazioni meno anziane (younger-old) determinano significativi benefici sulla mortalità.
- I programmi prevengono o ritardano significativamente il declino funzionale se includono l'esame clinico come parte dell'assessment iniziale.

Per contro la meta-analisi non ha confermato i risultati sulla riduzione dell'istituzionalizzazione.

Conclusioni

I mutamenti demografici in atto sono destinati ad incidere profondamente sulla composizione della popolazione Italiana, dove stanno aumentando considerevolmente gli anziani portatori di patologie croniche tra loro coesistenti. Il tradizionale modello di cura, orientato per risposte specialistiche episodiche, non appare adeguato a garantire i migliori risultati in termini di mantenimento delle abilità e di qualità della vita e contribuisce a rendere il sistema complessivo di cura scarsamente sostenibile dal punto di vista economico. In letteratura sono stati proposti nuovi modelli gestionali specificamente dedicati alla cura delle cronicità. Questi modelli, in alcuni ambiti specifici (diabete, scompenso cardiaco, asma, depressione) hanno prodotto evidenze di riduzione dei costi. La Geriatria, fin dagli anni '80, ha sviluppato cultura e strategie gestionali che le consentono di occuparsi del paziente anziano complesso. Queste competenze applicate nei "setting" ospedalieri per acuti (UGA) hanno prodotto evidenze di miglioramento degli outcome funzionali e della qualità di vita dei pazienti a parità di costi e senza aumento di mortalità. Le stesse strategie, sperimentate su anziani viventi al proprio domicilio, hanno prodotto analoghe evidenze di riduzione significativa del declino funzionale ed in alcuni trial hanno determinato una riduzione della spesa sanitaria.

Sembrerebbe quindi ragionevole, pensando a servizi dedicati ad un'utenza costituita per lo più da anziani affetti da polipatologie croniche ed anche alla luce delle ormai consistenti evidenze della letteratura, che anche al di fuori dell'ospedale, anziché orientarsi sulla moltiplicazione delle "Reti delle singole cronicità" (scompenso cardiaco, diabete, depressione, asma, ecc.), che finirebbero per sovrapporsi con inevitabile spreco di risorse, ci si rivolgesse al "Metodo Geriatrico" centrato sul paziente valutato nel proprio insieme (valutazione

multidimensionale) con presa in carico in equipe multi-professionale (Geriatra, M.M.G. - Nuclei Cure Primarie, Esperto di Nursing con funzione di Case-Manager, Caregiver, Dipartimento delle Cure Primarie-Rete Territoriale dei Servizi) con la figura del "Case Manager" a fungere da raccordo tra le singole componenti dell'equipe. Ogni intervento

specialistico che si renderà necessario potrà essere giudicato nell'appropriatezza e "guidato" dall'equipe senza alterare l'equilibrio d'insieme del paziente e senza perdere di vista l'obiettivo principale per la persona anziana: il mantenimento dell'autonomia residua.

BIBLIOGRAFIA

1. United Nations: Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Population Ageing 2006.
2. Trivelli L., Filippini M., Mosca I.: Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per i cantoni svizzeri. Quaderno N 03-04. Decanato della facoltà di scienze economiche. Università della Svizzera Italiana. Lugano.
3. Strunck BC., Ginsburg PB., Bunker MI.: The effect of population aging on future hospital demand. *Health Affairs* 2006; doi 10.1377/hlthaff.25.w141.
4. Hoffman JM., Shah ND.: Projecting future drug expenditures, 2008. *American Journal of Health-System Pharmacy*; Vol 65, Issue 3, 234-253.
5. Mapelli V.: Invecchiamento e consumo di farmaci. *Il Sole 24 Ore Libri*; Collana Studi.
6. Favato G., Catalano A.L.: Gli anziani e l'uso dei farmaci in Italia. Dati dallo studio ASSET. *Giornale di Gerontologia* 2007; 55: 191-192.
7. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Programma di Stabilità dell'Italia; Aggiornamento 2007.
8. Guzzanti E., Jenkinson D.: intervento nell'ambito di: Italia e Gran Bretagna vis-à-vis: il punto sulla clinical governance. Roma, 7 Novembre 2006, Villa Wolkonsky.
9. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 342-347.
10. Fretwell M.: The Consensus Conference on Comprehensive Geriatric Assessment: a dialogue is the beginning of consensus. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 377-379.
11. Rubenstein et al.: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-1670.
12. Landefeld CS., Palmer RM.: A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1338-1344.
13. Saltvedt I., Mo ES.: Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:792-798.
14. Counsell SR., Holder CM.: Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000 Dec; 48(12): 1572-1581.
15. Cohen HJ., Feussner JR.: A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002 March 21; Vol.346, No.12.
16. Covinsky KE., King JT.: Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997 Jun; 45(6): 729-734.
17. Nikolaus T., Specht-Leible N.: A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999 Oct; 28(6): 543-550.
18. Counsell SR., Callahan CM.: Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007 Dec 12; 298(22): 2623-2633.
19. Caplan GA., Williams AJ.: A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department. The DEED II study. *J Am Geriatr Soc* 2004 Sep; 52(9): 1417-1423.
20. Regione Emilia Romagna. Linee di programmazione per il 2008-04-17.
21. Naylor MD., Broten D.: Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999 Feb 17; 281(7): 613-620.
22. van Haastregt CM., Diederiks JPM.: Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000 March 18; volume 320: 754-758.
23. Stuck AE., MD, Egger M., MD: Home visit to prevent nursing home admission and functional decline in Elderly People. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002 Feb 27; vol 287 (8): 1022-1028.
24. Stuck AE., Aronow HU.: A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995 Nov 2; 333(18): 1184-1189.
25. Mahoney JE., Shea TA.: Kenosha County falls prevention study: a randomized, controlled trial of an intermediate-intensity, community-based multifactorial falls intervention. *J Am Geriatr Soc* 2007 Apr; 55(4): 489-498.
26. Kono A., Kai I.: Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan: a pilot study. *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug; 16(4): 293-299.
27. Melis RJF., Adang E.: Cost-Effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008; vol 63A, No 3: 275-282.
28. Sylvia ML., Griswold M.: Guided Care: cost and utilization outcomes in a pilot study. *Dis Manag* 2008 Feb; 11(1): 29-36.
29. Engelhardt JB., Toseland RW.: Long-Term effects of outpatient geriatric evaluation and management on health care utilization, cost, and survival. *Research on Social Work Practice* 2006; Vol 16, No 1: 20-27.
30. Bouman A., van Rossum E.: Effects on health care use and associated cost of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized clinical trial in the Netherlands. *Journal of Gerontology: medical sciences* 2008; Vol 63A, No 3: 291-297.
31. Bouman A., Van Rossum E.: Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc* 2008 Mar; 56(3): 397-404.
32. Boulton C., Reider L.: Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008; vol 63A, No 3: 321-327.
33. Boyd CM., Shadmi E.: A pilot test of the effect of Guided Care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med* 2008 Feb 12 (Epub ahead of print).
34. Byles JE., Tavenner M.: Randomized controlled trial of health assessments for older Australian veterans and war widows. *Med J Aust* 2004 Aug 16; 181(4): 186-190.
35. Sahlen KG., Dahlgren L.: Preventive home visits postpone mortality. A controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health* 2006 Aug 31; 6: 220.
36. Melis RJF., Monique I.J.: A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASY care Study). *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008; vol 63A, No 3: 283-290.
37. Huss A., Stuck AE.: Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008; vol 63, No 3, 298-307.
38. Bodenheimer T., MD, Wagner EH., MD, MPH: - Improving Primary Care for patients with chronic illness. *JAMA* October 9, 2002; Vol 288, No14: 1775-1779.
39. Bodenheimer T., MD, Wagner EH., MD, MPH: Improving Primary Care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2. *JAMA* October 16 2002; Vol 288, No 15: 1909-1914.
40. Norris SL., MD, MPH, Olson DE., MD, PhD: Implementing evidence-based diabetes care in geriatric populations. The chronic care model. *Geriatrics* 2004 Jun; 59(6): 35-39.
41. Calkins E., Boulton C., Wagner EH.: New ways to care for older people (1st ed). Springer Publishing Co., 1999. New York.
42. Wagner E., Austin B., Von Korff M.: Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996; 74(4): 511-44.
43. Vidan M., Serra JA., Moreno C., Riquelme G., Ortiz J.: Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005 Sep; 53(9): 1476-1482.
44. Saltvedt I., Saltnes T., Mo ES., Fayers P., Kaasa S., Sletvold O.: Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug; 16(4): 300-306.
45. Espallargues M., Phil I., Seymour DG., Campbell SE., Primrose W., Arino S., Dunstan E., Lamura G., Lawson P., Mestheneos E., Politynska B., Raiha I., and the ACMEplus Project team: Measuring case-mix and outcome for older people in acute hospital care across Europe: the development and potential of the ACMEplus Instrument. *QJ Med* 2008; 101: 99-109.