

Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat

Versió 5.1 del 10 de maig de 2013



Generalitat de Catalunya
Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

Amb el suport de:

UVIC
UNIVERSITAT
DE VIC



ICO
Institut Català d'Oncologia

CATEDRA DE CURES PAL·LIATIVES UVic/ICO/CCOMS

Autors i revisors:

Esteve Avellana. Institut Català de la Salut

Carme Beni. CatSalut

Carles Blay. Departament de Salut

Carme Boix. Institut Català de la Salut

Ingrid Bullich. Departament de Salut

Montse Canet. Institut Català de la Salut

Joan Carles Contel. Departament de Salut

Núria Culí. Institut Català de la Salut

Jose Espinosa. Observatori Qualy/CCOMS/ICO

Lupe Figueiras. Institut Català de la Salut.

Marta Gabernet. CatSalut

Xavier Gómez-Batiste. CCP UVic/ICO/CCOMS

Assumpció Gonzàlez-Mestre. Departament de Salut

Carme Lacasa. CatSalut

Cristina Lasmarías. CCP UVic/ICO/CCOMS

Albert Ledesma. Departament de Salut

Jordi Martínez. Institut Català de la Salut

Marisa Martínez. CCP UVic/ICO/CCOMS

Blanca Muntané. CatSalut

Montse Puigdollers. CatSalut

Anna Ribas. Institut Català de la Salut

Mireia Rusiñol. Institut Català de la Salut

Teresa Sabaté. CatSalut

Pau Sánchez. Departament de Salut

Marta Serrarols. CAP El Remei

Laura Vila. CCP UVic/ICO/CCOMS

Corinne Zara. CatSalut

Sumari

Introducció	pàg. 4
PCC, MACA i el clúster clínic de la complexitat	pàg. 5
El pacient crònic complex (PCC)	pàg. 6
El pacient amb malaltia crònica avançada (MACA)	pàg. 6
El pacient terminal	pàg. 7
Model de millora a l'atenció a la complexitat	pàg. 9
Accions a nivell de professional individual	pàg.11
Accions a nivell d'equip	pàg.12
Accions a nivell territorial: la ruta assistencial de la complexitat (RAC)	pàg.13
Lideratge institucional del CatSalut	pàg.13
Els líders clínics del grup redactor	pàg.14
Consens de proveïdors	pàg.14
Disseny i implementació de la RAC	pàg.15
Avaluació i revisió de la RAC	pàg.18
Identificació de pacients	pàg.20
Codificació i registre	pàg.22
Suport en ruta	pàg.22
Polítiques integrades en TIC, contractació i incentius	pàg.23
Comentaris genèrics al desplegament de polítiques per línies de servei	pàg.24
Annex 1: documents bàsics de consulta per ampliació d'informació	pàg.25
Annex 2: consens sobre PIIC	pàg.26
Annex 3: capacitació i formació dels professionals	pàg.30
Annex 4: llistat de sigles i acrònims	pàg.32
Annex 5: l'instrument NECPAL	pàg.33
Annex 6: checklist integratiu per a EAP (versió preliminar)	pàg.35

Introducció

Les darreres dècades, el sistema sanitari català ha assolit un èxit remarcable tant en el guariment de les patologies agudes més comunes, com en la detecció i el control dels problemes crònics de salut més prevalents.

Això ha fet que, de manera progressiva, hi hagi més persones amb problemes crònics, que viuen més anys, que acumulen en una mateixa persona diversos problemes de salut, que presenten situacions més complexes a les que cal donar resposta i tenir-ne cura durant molt temps i que, finalment, obliguen a una gestió clínica altament compartida entre els professionals dels diferents estaments i les organitzacions que les atenen. La cronicitat, doncs, s'està convertint en un patró epidemiològic específic i de magnitud creixent al nostre país.

Recollint aquesta tendència, el Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 identifica la prevenció i l'atenció a la malaltia crònica com uns dels pilars del nou model sanitari català i, dins aquest context, fa de la cronicitat complexa un element fonamental de la seva estratègia.

L'atenció a les situacions de complexitat clínica constitueix, en gran mesura, el nucli paradigmàtic i diferenciador de les estratègies d'atenció a la cronicitat des d'una triple visió poblacional, territorial i comunitària.

El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 contempla dos perfils de persones amb complexitat: els pacients crònics complexos (PCC) i aquells que precisen un model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA).

Els dos grups de pacients representen situacions que, malgrat els seus trets diferencials, tenen moltes característiques compartides, fet que permet integrar les polítiques d'abordatge assistencial i estratègic.

Aquesta integració té un sentit particularment rellevant pel que fa a les iniciatives de base territorial: compartir un model d'implementació comú per a totes les situacions de complexitat facilita la qualitat, l'efectivitat i l'eficiència del procés.

De la creixent presència de projectes d'implantació i de l'evidència de les dificultats per a dur-los a terme, esdevé la necessitat d'una sistematització pràctica de les actuacions que aquesta implementació requereix.

Els objectius d'aquesta guia són:

- Definir les característiques, les estratègies d'identificació i el model genèric d'atenció de PCC i MACA.
- Aportar una visió pragmàtica de la implementació d'iniciatives de base territorial per a l'atenció d'aquests pacients.

Habitualment, les polítiques de complexitat es refereixen a pacients crònics adults. En aquesta introducció es vol fer un especial esment al fet que la població pediàtrica també forma part de les polítiques d'atenció a la cronicitat complexa. En conseqüència i encara que aquesta població probablement requeriria estratègies territorials específiques, totes les premisses en que es basa aquesta guia són d'aplicació per a nens i adolescents afectats de malalties cròniques.

PCC, MACA i el clúster clínic de la complexitat

Hi ha diferents aproximacions per a la valoració dels pacients complexos: multimorbiditat, pluripatologia, hiperingsessadors, polifarmàcia, estratificació de risc elevat, fragilitat avançada, situació de malaltia avançada i terminal, etc.

Diversos autors suggereixen que aquestes aproximacions descriuen, en realitat, un clúster clínic de situacions diverses però amb trets compartits. En tot cas, es poden beneficiar d'un abordatge troncal comú sempre que, en paral·lel, es respectin les particularitats de cada col·lectiu.

El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 contempla dos grups de pacients amb complexitat: PCC i MACA.

Sovint hi ha una confusió conceptual, dialèctica o pràctica entre ells. Són dos grups que, efectivament, comparteixen molts trets però tenen petites i significatives singularitats que els diferencien com a constructe clínic i que, parcialment, els distingeixen en l'acció assistencial que se'n deriva de la seva identificació.

L'assignació dels pacients a un d'aquests grups depèn del judici clínic dels professionals referents. Aquest judici pot recolzar-se en instruments, en estratègies d'estratificació o en agrupadors de risc però, almenys de moment, no es disposa de *critèris diagnòstics* que permetin identificar-los de manera inequívoca. Així doncs, incorporar un pacient en un d'aquests grups és una decisió necessàriament empírica per part dels professionals.

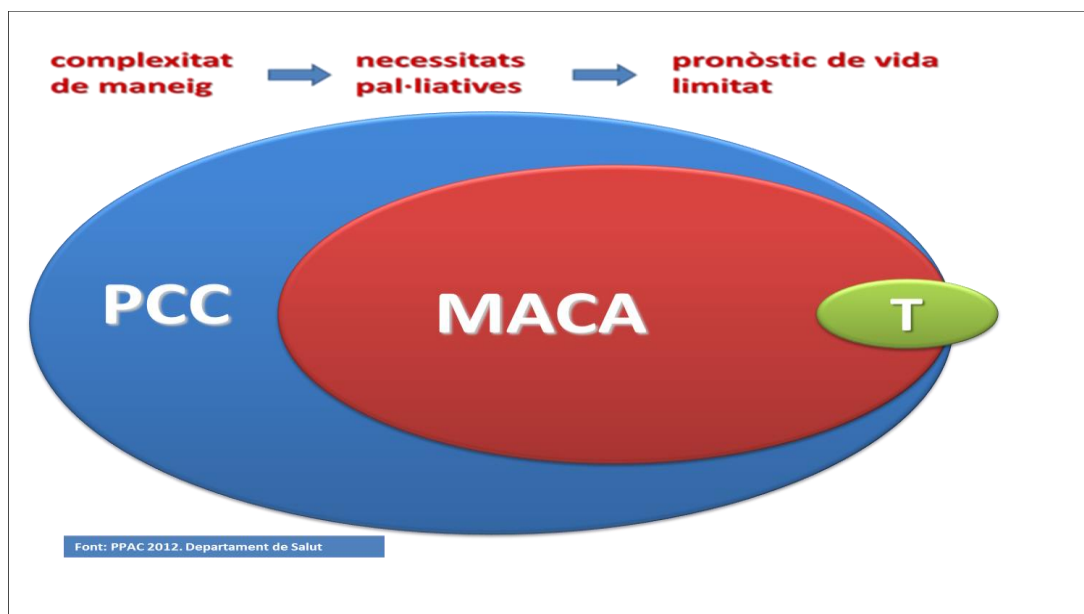
Cada grup té uns criteris que ajuden a orientar la decisió d'identificació i, d'entre aquests criteris, el més important sempre serà el benefici del pacient en rebre el model d'atenció que es proposa.

Tant PCC com MACA no són condicions clíniques *per se*, sinó identificacions funcionals que reflecteixen una determinada situació en l'estat de salut.

Més que pacients amb atributs patognomònics, són persones amb determinades necessitats, que generen plans d'actuació específics que milloraran els resultats pel que fa a una triple visió (*triple aim*):

- Satisfacció i qualitat de vida del pacient i el seu entorn.
- Resultats en indicadors de salut.
- Eficiència del model d'atenció

Figura 1: perfils de complexitat definits pel Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Font: PPAC 2012.



El pacient crònic complex (PCC)

El PCC és un pacient a qui els seus professionals de referència li atorguen aquesta condició, con a conseqüència de la combinació dels criteris següents:

1. El pacient pateix diverses patologies al mateix temps (multimorbiditat), o en pateix només una, però amb prou gravetat.
2. El seu abordatge conté alguns d'aquests elements:
 - Alta probabilitat de patir crisis amb molta simptomatologia i mal control.
 - Evolució molt dinàmica, variable i que precisa monitoratge continu.
 - Alta utilització de serveis d'hospitalització urgent o visites a urgències.
 - Malaltia progressiva.
 - Elevat consum de recursos i fàrmacs i risc iatrogènic.
 - Requeriment d'un maneig multidisciplinari.
 - Entorn d'especial incertesa en les decisions i de dubtes de maneig.
 - Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents dispositius i recursos, sovint per vies preferents.
 - Associació a fragilitat de base, pèrdua funcional, probabilitat de davallada aguda (funcional o cognitiva) o nova aparició de síndromes geriàtriques.
 - Situacions psicosocials adverses.
3. El nom del pacient apareix en els llistats de risc derivats de les estratègies d'estratificació disponibles.
4. La seva gestió es beneficiaria d'estratègies d'atenció integrades com les proposades en aquesta guia.

La seva prevalença esperada és del 3,5 -5% de la població (incloent-hi els MACA).

El pacient amb malaltia crònica avançada (MACA)

La seva prevalença està al voltant de l'1,5% de la població i és un perfil de equivalent al del PCC però amb un estat que, a més a més, està caracteritzat per una combinació dels criteris següents:

- Els professionals de referència li reconeixen una afectació clínica de major gravetat, comparant-la amb l'estàndard de persones amb les mateixes malalties o condicions.
- El seu pronòstic de vida és possiblement inferior a 24 mesos.
- Major presència i intensitat de necessitats. Les necessitats són de tota mena i exigeixen una visió integral (especialment en les dimensions emocionals, socials i espirituals).
- Precisen una orientació majoritàriament pal·liativa.
- Exigeixen una Planificació de decisions anticipades (PDA) per gestionar apropiadament les crisis.
- Requereixen una major atenció i suport a l'estructura cuidadora.
- Solen tenir un resultat positiu en aplicar l'instrument NECPAL.

L'instrument NECPAL-CCOMS® és un instrument dissenyat per l'observatori Quality-ICO-CCOMS, que ha estat validat al nostre entorn. Està indicat per a identificar pacients amb pronòstic de vida limitat a 12 mesos, amb presència de necessitats pal·liatives i que precisen l'activació de plans específics d'intervenció.

L'instrument es basa en la resposta negativa a la pregunta sorpresa (*el sorprendria que aquest pacient morís els propers 12 mesos?*), associada a una sèrie de criteris de fragilitat, gravetat i progressió. Aquests criteris són tant genèrics, com associats a situacions clíniques concretes.

Els pacients detectats per aquest instrument s'anomenen NECPAL (+) i, per definició, són pacients MACA. Per a més informació sobre l'instrument [cliqueu aquí](#)

Els pacients MACA són presents a tots els dispositius assistencials (taula 1) i són atesos per professionals de diferents àmbits (taula 2)

Taula 1: distribució i prevalença d pacients MACA. Font: Gómez-Batiste et al. 2012

	DISTRIBUCIÓ	PREVALENÇA
EAP	62%	1,5%
Hospital d'aguts	7%	45%
Sociosanitari	7%	60%
Residències	24%	60%

Taula 2: mitjana de visites anuals dels pacients MACA als diferents perfils professionals. Font: CCP UVic-ICO-CCOMS 2013 .

MF REFERENT	INF REFERENT	ALTRES MF EAP	ALTRES INF EAP	ALTRES PROF	URG APS	URG HOSP	INGRESSOS
12,8	9,3	3,1	5,8	1,2	2,1	1,7	0,8

El pacient terminal

És una persona que té un pronòstic de vida inequívocament limitat (a 6 mesos, segons apreciació estàndard), on la finalitat curativa és gairebé inexistent, la pal·liació és hegemònica, les condicions de comunicació i suport s'extremen, la dimensió emocional i espiritual emergeix, la gestió del dol i de les decisions pràctiques en relació a una mort propera són necessàries, això com també ho és el suport emocional a la família.

Habitualment, els pacients terminals ho són per la progressió d'una condició de malaltia avançada (encara que hi ha pacients en situació terminal no deguda a l'evolució greu d'una situació crònica).

La taula següent mostra les diferències en els atributs clínics dels diferents perfils clínics descrits.

Taula 3: síntesi dels aspectes diferencials entre els diversos perfils de complexitat. Font: PPAC 2012.

	PCC	MACA	TERMINAL
Pronòstic de vida (PS)	> 24 mesos	< 24 mesos	< 6 mesos
Test NECPAL	-	+	++
Base clínica predominant	Multimorbiditat o malaltia greu	Condicció de salut > malaltia avançada	Malaltia greu irreversible
Necessitats emergents	Fonamentalment físiques	Necessàriament integrals	Emocionals, espirituals, pràctiques
Planificació de decisions anticipades	+/++	+++	++
Orientació pal·liativa	+ (puntual)	++/+++ (sistemàtica)	+++ (obligada)
Focus de maneig	Maneig ordenat de patologies Reducció d'ingressos	Qualitat de vida	Control de símptomes Preparació a la mort
Estil assistencial	"com a l'hospital"	"com a casa"	"com a casa"
Foment autocura	++	+	-
Manteniment autonomia	++	+	Només en presa de decisions
Suport al cuidador	+/++	++	+++
Intensitat d'equips de suport	+	++	+++
Intensitat de l'acció social	+	+++	++
La mort com a <i>element de gestió clínica</i>	+/-	+/++	+++
Maneig del dol	-	+/-	+++
Focus de l'estratègia avaluativa	Triple SATISFACCIÓ-QV UTILITZACIÓ RECURSOS RESULTATS EN SALUT	Doble SATISFACCIÓ-QV UTILITZACIÓ RECURSOS resultats en salut	Única SATISFACCIÓ-QV utilització recursos resultats en salut

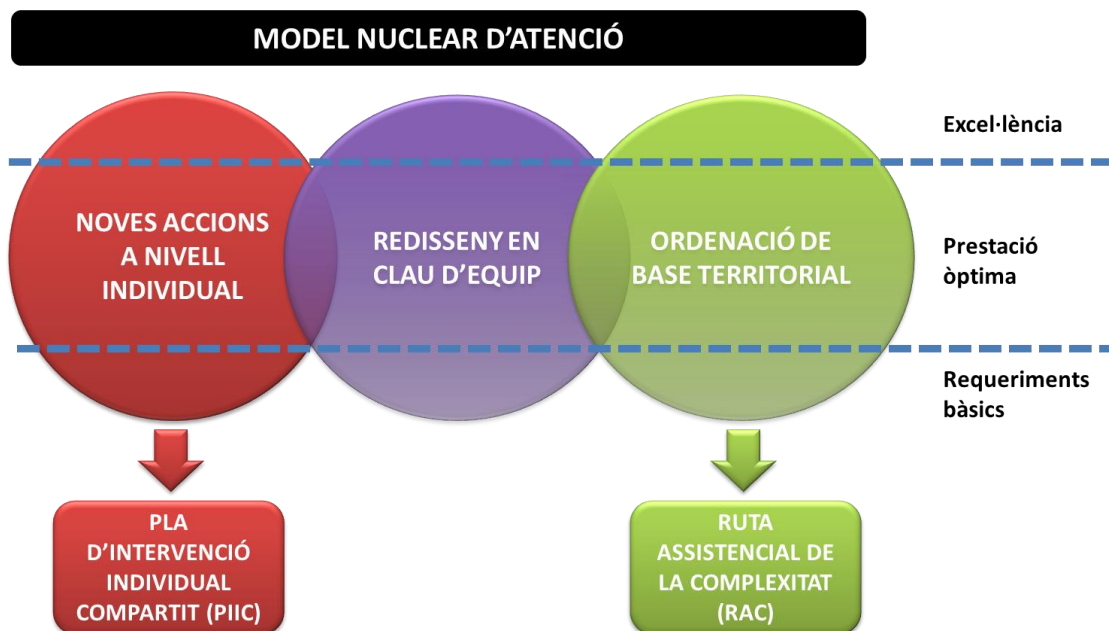
Model de millora de l'atenció a la complexitat

PCC i MACA no representen perfils de pacients que fossin fins ara inexistents. Han estat sempre presents a tots els àmbits assistencials, on han estat atesos en condicions òptimes de qualitat i seguretat.

No obstant això, l'acumulació d'evidència sobre la progressió en la seva prevalença, sobre el seu impacte en els sistemes de salut i social, així com sobre nous procediments per a una gestió més efectiva i eficient, està promovent una progressió en el model assistencial que els cal aplicar.

A l'entorn sanitari i social català, es proposa un model de millora de l'atenció basat en els documents de referència de l'annex 1 i en l'esquema següent:

Figura 2. Esquema del model de millora de l'atenció de pacients amb complexitat. Font: PPAC 2013.



Atès que les propostes d'aquest document afecten a pacients amb una situació de salut particularment sensible, han de basar-se en els valors i compromisos propis d'una ètica de màxims, que queden sintetitzats en el document sobre *Model nuclear d'atenció* referenciat a l'esmentat annex 1.

A partir d'aquest posicionament ètic i professional, l'atenció als pacients amb complexitat progressa a partir de tres àmbits de reflexió i treball, que presenten entre ells àmbits de solapament:

Taula 4. Àmbits de millora assistencial en la complexitat. Font: PPAC 2013

ÀMBIT	ASPECTES A CONSIDERAR
INDIVIDUAL	En quins àmbits d'atenció convencional es pot excel·lir? Què de diferent es pot fer, des de la posició/formació professional? Què de diferent es pot dur a terme en l'entorn concret de treball?
EQUIP	Quins nous models d'interacció es poden establir entre els membres de l'equip per atendre millor als pacients amb complexitat? Quins nous serveis es poden oferir? De quina nova manera es poden aplicar els serveis que fins ara es presten?
TERRITORI	Quines noves propostes de model col·laboratiu i integració assistencial es poden establir entre els agents que operen al territori? Quins nous serveis es poden, entre tots, oferir? De quina nova manera es poden oferir els serveis que fins ara es presten?

Cada un d'aquests àmbits es pot desenvolupar a nivell *bàsic* (prestacions mínimes exigibles), *òptim* (prestacions que fora bo que hom pogués garantir) o *d'excel·lència* (implantació de màxima qualitat).

L'objecte d'aquest document és desenvolupar les estratègies corresponents al tercer àmbit, per molt que se'n farà esment als dos anteriors.

D'aquesta proposta de model se'n derivarien dos productes *tangibles*:

Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC): pla d'atenció específic per a una PCC o MACA, que té en compte les seves necessitats físiques, psíquiques i socials, i que ha estat consensuat entre els diferents professionals sanitaris i socials i el pacient o, si escau, la seva família i que està disposat en un entorn d'informació compartida –HCCC- (definició adaptada de la Terminologia de la Cronicitat®, Termcat, 2013). L'annex 2 mostra el consens professional que recentment s'ha dut a terme sobre continguts dels PIIC.

Ruta assistencial de la complexitat (RAC): pacte entre els professionals i les organitzacions dels diferents àmbits assistencials que operen en un mateix territori i atenen una mateixa població en situació de complexitat per a aplicar els criteris de bona pràctica, optimitzar els circuits assistencials i planificar les respostes enfront d'escenaris previsibles (definició adaptada de la Terminologia de la Cronicitat®, Termcat, 2013).

El desplegament del model d'atenció probablement requereixi d'un procés de capacitat dels professionals i dels equips implicats, que facilitaria la seva implementació. L'annex 3 proposa les estratègies de formació ad-hoc. És important assegurar que l'estratègia formativa corri de forma prou simultània i coherent amb el desplegament territorial de la RAC i la incorporació d'accions en complexitat en el si dels equips assistencials.

Es revisen, a continuació, els elements clau de cada àmbit d'actuació i l'estructura de PIIC i RAC.

Accions a nivell de professional individual o unitat bàsica assistencial.

Les accions a nivell individual variarien en funció de cada àmbit assistencial i han de ser establertes, sobretot, pels grups professionals específics (societats científiques, etc.) i no pel Departament de salut. A tall d'exemple i a nivell de professionals de l'atenció primària podrien ser les següents:

Taula 5. Proposta de checklist d'accions a desplegar en l'atenció a PCC i MACA a nivell professional-UBA d'un EAP. Les accions més específiques per a MACA es mostren en cel·les ombrejades. Font: PPAC, 2013.

ACCIÓ	NIVELL
Assegurar que els pacients PCC o MACA sapiguem qui són els seus professionals de referència	Bàsic
Assegurar de que sapiguem com ha de contactar per rebre atenció en cada moment	Bàsic
Assegurat que coneguin els signes de descompensació que, en cada cas, han de consultar	Bàsic
Informar de la planificació de les properes visites al centre o a domicili	Bàsic
Identificar i codificar el pacients com a PCC o MACA a la H ^a CI ^a	Bàsic
Identificar el nom i el telèfon dels cuidadors	Bàsic
Identificar el nom i contacte dels professionals de referència	Bàsic
Dur a terme un PIIC bàsic amb informació sobre: -Revisió i resum de les malalties i problemes de salut més importants -Revisió i conciliació del pla de medicació (PM) -Directrius bàsiques en cas de crisi o descompensació	Bàsic
Dur a terme un Pla de Decisions Anticipades bàsic amb informació sobre: -Grau d'informació sobre la malaltia -Preocupacions principals relacionades amb la seva situació -Preferències sobre el lloc d'atenció en cas de crisi.	Òptim
Dur a terme una valoració multidimensional amb identificació de les <i>necessitats nuclears</i> dels pacients i, si escau, incorporar-les al PIIC	Òptim
En base a l'actualització de l'estat del pacient i els diagnòstic de necessitats, planificar les mesures d' <i>atenció proactiva</i> a dur a terme. Incloure al PIIC aquelles necessitats que escaiguin compartir.	Òptim
Planificar en agenda els espais específics per a la revisió de casos complexos intraUBA	Òptim
Incorporar en agenda espais per a identificació transversal de casos complexos	Òptim
Pla de Decisions Anticipades avançat amb informació sobre: - Adequació de l'esforç terapèutic - Delegació en la presa de decisions - DVA formalitzat Pactar amb els pacients la inclusió de les directives avançades al PIIC	Excel·lent
Fer constar informació actualitzada BARTHEL, LAWTON-BRODY, PFEIFER	Excel·lent
Fer constar informació actualitzada ESAS, GIJON, referència qualitativa a necessitat socials	Excel·lent
Fer referència a necessitats espirituals, DME o referència qualitativa a necessitats emocionals	Excel·lent
Constar informació actualitzada ZARIT o referència qualitativa a situació del ciutadador	Excel·lent
Fer un Pla d'atenció integral dels pacients i en fase esment a la H ^a CI ^a	Excel·lent
Fer un PIIC complet dels pacients (annex 2)	Excel·lent

Accions a nivell d'equips.

Les accions a nivell grupal variarien en funció de cada àmbit assistencial i també han de ser establertes, sobretot, pels col·lectius i pels propis equips professionals.

La implementació de les accions comportaria un redisseny dels equips assistencials

A tall d'exemple i a nivell de l'atenció primària podrien ser les següents:

Taula 6. Proposta de checklist d'accions a desplegar en l'atenció a PCC i MACA a nivell EAP. Font: PPAC 2013.

ÀMBITS I POLÍTIQUES D'EQUIP A DESPLEGAR	NIVELL
Identificació i codificació de PCC i MACA sota criteris compartits	Bàsic
Identificació transversal de casos	Bàsic
Realització i publicació de PIIC	Bàsic
Redistribució de rols dins l'equip en l'atenció a PCC i MACA, emfatitzant l'estratègia de gestió de casos	Bàsic
Identificació de referent d'equip en complexitat	Bàsic
Garanties en l'atenció continuada de les crisis, a càrrec i en horari de l'EAP	Bàsic
Realització i publicació en H ^a CI ^a de plans integrals i exhaustius (plans de cures, plans terapèutics o plans d'atenció, segons denominació que s'empri en l'entorn)	Òptim
Anàlisi sistemàtica de la informació derivada de sistemes d'estratificació amb prestacions d'invidualització de la informació per contingent	Òptim
Revisió i actualització de PIIC (inc. conciliació i revisió de malalties i PM)	Òptim
Informació/ formació al pacient respecte el seu tractament i seguiment de l'adherència	Òptim
Adequació comuna d'agendes per a l'atenció a casos complexos	Òptim
Gestió eficient de les consultes en pacient amb multimorbididad	Òptim
Atenció a les transicions amb visió d'equip. Resposta proactiva al <i>pre i postalt</i>	Òptim
Missatgeria interna segura	Òptim
Sistemàtiques proactives i col·lectives de seguiment de pacients	Òptim
Prestacions d'atenció no presencial a PCC i MACA	Òptim
Avaluació periòdica de resultats en clau interna	Òptim
Feedback i reorientació del procés de millora	Òptim

Accions a nivell territorial: la ruta assistencial de la complexitat (RAC)

La proposta de RAC que s'explica cal fer-la congruent amb les iniciatives referides a altres àmbits del Pla de Salut en el context dels convenis i els pactes territorials existents.

El lideratge institucional del CatSalut

Qualsevol projecte sobre complexitat a un territori ha de ser conduït i liderat pel director de sector del CatSalut o figura equivalent.

Així, qualsevol iniciativa de formació capacitadora, de recerca o d'implantació sobre PCC o MACA que afecti a diversos proveïdors, o a un proveïdor majoritari, hauria de ser exposada al CatSalut per valorar-ne el seu encabiment en la política de complexitat del sector.

Qualsevol altre agent actuaria, doncs, sempre donant suport, informant i, en tot cas, sota les directrius que CatSalut determini.

CatSalut és, doncs, qui lidera l'estratègia territorial i qui monitora el procés de disseny de rutes. Les seves funcions són:

- Construcció del *relat clínic* i de l'enfocament en complexitat del territori.
- Consecució del consens institucional amb els proveïdors implicats.
- Establiment dels cronogrames i dels resultats esperats.
- Identificació de líders clínics i composició del grup redactor.
- Facilitació de dades de caràcter territorial al grup redactor.
- Presència institucional en la fase de constitució del grup i en la d'elaboració de conclusions finals.
- Arbitratge en cas de conflictes o de manca de consens dins el grup relator.
- Validació de la qualitat de la RAC.
- Gestió del manteniment i les revisions de la RAC.

Un cop dissenyada la ruta, CatSalut s'erigeix com el garant de la seva implantació, la qual cosa implica:

- Facilitar-ne la incorporació a HCCC dels ítems que convingui.
- Gestionar-ne la política de difusió i implantació.
- Dissenyar i fer-ne l'avaluació periòdica.

Els líders clínics del grup redactor

Es proposa que durant el disseny de la RAC, CatSalut compti amb el suport d'un grup redactor de la ruta, compostat per professionals, referents clínics respectats pels seus companys.

Orientativament, es proposa que sigui un grup reduït de professionals (metges, infermeres, treballadors socials) provinents de l'atenció primària, PADES, sociosanitari, hospital d'aguts, serveis socials de base o de residències, SEM i dispositius d'urgències. Tots els proveïdors s'hi haurien de sentir representats, per molt que aquests professionals participin en la RAC des de l'expertesa assistencial i no com a representació corporativa.

En termes de *governabilitat*, els grups no haurien d'ultrapassar els 15 membres.

Aquests professionals són figures estratègicament molt rellevants i han de comptar amb ascendent, credibilitat i habilitats en comunicació i conducció de grups, així com de la màxima confiança per part de CatSalut i del reconeixement per part dels directius de l'organització a la que representen.

Aquests líders conduiran la redacció de la ruta assistencial de complexitat i, a més, seran *la veu* del relat clínic sobre complexitat al territori, dinamitzant tot el procés assistencial vers la cronicitat complexa i avançada (formació, culturalització, suport, generació de consens professional, etc.).

Els professionals integrants del grup, poden tenir després la funció de referents dels seus respectius equips en l'àmbit PCC o MACA (RCE = referent en complexitat dels equips).

Si es considera oportú, els membres es poden incorporar en diferents moments de l'elaboració de la RAC i es poden plantejar reunions parcials o subgrups de treball.

Més enllà del coneixement tècnic, les actituds de preferència per part dels membres són: motivació, compromís, flexibilitat ideològica, cooperació, sentit eficient de la feina i coneixement del sistema sanitari.

El consens dels proveïdors

Els projectes d'implementació de complexitat són un objectiu explícit i quantificat del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 i, dins d'aquest context, han de ser desenvolupats pels proveïdors implicats, amb les condicions i tempos que s'estableixin amb CatSalut a través del contractes i el pactes territorials adients.

Aquests projectes, doncs, deriven d'una posició col·laborativa entre proveïdors i asseguradora.

Els proveïdors naturalment implicats i que, com a mínim, haurien de participar en el consens són:

- Atenció primària
- Àmbit sociosanitari (PADES, en tot cas).
- Àmbit hospitalari
- Dispositius d'urgències
- SEM

En la mesura del possible i factible, és recomanable la incorporació de les residències de la zona, de la xarxa de serveis socials, dels farmacèutics –comunitaris i els de proveïdor- o altres agents que operin al territori (transport sanitari, rehabilitació a domicili, etc.).

El procés de consens serà liderat i conduït pel director de sector -o persona delegada per la gerència territorial- de CatSalut i hi participen les persones en que delegin les direccions de cada organització.

El procés mínim de consens ha d'incloure:

- El vist-i-plau a la proposta de RAC que aporta CatSalut, dissenyada pel grup redactor.
- La intenció compartida de fer realitat la iniciativa i, inequívocament, de facilitar la disponibilitat dels líders clínics per fer la seva tasca.
- El calendari d'implantació.
- Les condicions genèriques de participació: rol de cadascú, grau de compromís i implicacions en els processos de contractació.

Disseny i implementació de la RAC

PCC i MACA constitueixen el paradigma dels canvis derivats de les noves visions d'atenció a la cronicitat. Si aquestes visions s'han de fonamentar en la perspectiva comunitària, l'acció integrada i compartida, la doble òptica sanitària i social i la dimensió poblacional, són aquests pacients qui millor ho exemplifiquen.

Malgrat que PCC i MACA són a la comunitat i estan habitualment atesos pels dispositius d'atenció primària, per les seves característiques es requereix la intervenció de múltiples agents –sanitaris i socials- per gestionar apropiadament cada cas.

En conseqüència, per aconseguir una atenció efectiva, eficient i satisfactòria, cal una òptima coordinació i comunicació efectiva de totes les accions assistencials, des d'una voluntat del tot cooperativa i una actuació proactiva, a través de circuits estandarditzats a nivell territorial. És en aquest context de redisseny del circuits i els procediments d'atenció integrada que cobra sentit el desenvolupament de la RAC.

La RAC és la conseqüència del **pacte escrit i formal** entre professionals dels diferents estaments (grup redactor), per donar resposta pràctica a determinades situacions que afecten als pacients i que, dins l'àmbit territorial, necessiten ser ordenades i expressades de forma explícita.

La necessitat d'ordenació deriva de criteris molt diferents, entre els quals destaca la diversitat i complexitat de les modalitats d'atenció que pot precisar cada grup de pacients.

Les actuacions a desenvolupar es sintetitzen en la taula següent, que es planteja com un reguitzell de preguntes a les que el grup redactor hauria de donar resposta en base a l'estratègia i intensitat de RAC que cada territori es plantegi.

Taula 7. Proposta de checklist d'accions territorials a incloure en la RAC. Font: PPAC 2013

ACCIONS I PACTES A CONSENSUAR	NIVELL
Quin sistema de cerca i identificació de PCC i MACA compartireu? Qui podrà fer la codificació? Qui i com es podrà validar, conciliar o modificar la codificació?	Bàsic
Quina política comuna territorial consensueu pel que fa a PIIC? Qui el redactarà? Com es podran suggerir modificacions i com es conciliaran els continguts? En MACA, com s'inclourà la planificació de decisions anticipades (PDA)?	Bàsic
Quins dispositius convencionals disposeu per atendre a PCC i MACA? (incloent descripció bàsica de prestacions que proveeixen, horaris d'assistència, circuits d'accés)	Bàsic
De quins dispositius alternatius de la taula 8 podeu disposar, en cas de crisi o descompensació? (incloent descripció, criteris d'ingrés i d'accés) Quina planificació feu pel que fa a dispositius alternatius amb visió 2013-2015 (incloent descripció, criteris d'ingrés i d'accés)	Bàsic Òptim
Quina tipologia de serveis d'atenció domiciliària teniu? Quina planificació de prestacions domiciliàries feu amb visió 2013-2015 (incloent descripció, criteris d'ingrés i d'accés)	Bàsic Òptim
Quins dispositius tindreu de missatgeria segura entre professionals? Amb quines condicions d'ús? I entre pacients i professionals? Disposareu d'algun entorn d'interconsulta virtual i sota quin pacte de trànsit d'informació i sota quins tipus de dispositius?	Bàsic Òptim Òptim
Davant escenaris previsibles d'agudització (que requereixen resposta immediata) com s'articularà la resposta? I en cas de dificultats de maneig? (que requereixen resposta +/-diferida) Quines són les condicions de la informació de derivació i, sobre tot de retorn que cal incloure?	Òptim
Davant escenaris previsibles d'atenció continuada en franges horàries crítiques, com s'articularà la resposta 7x24, tant proactiva com reactiva?	Bàsic
Com assegurareu una gestió, útil i efectiva del PREALT? Com garantireu l'excel·lència en les transicions?	Bàsic
Com es concilien els canvis en el PM entre els diferents professionals que segueixen el pacient? Com es coordina i es comparteix la informació amb les oficines de farmàcia?	Òptim
Quina coordinació entre les diverses modalitats de gestió de cas establireu?	Òptim
Quins projectes de col·laboració amb serveis socials i amb quina previsió de desplegament compteu?	Òptim
Com consignareu la situació de pacient terminal o situació de final de vida? Com assegurareu una atenció integrada en aquesta situació? Quins programes d'atenció al dol disposareu?	Òptim
Quin pla de comunicació i difusió de la RA disposareu? (que asseguiri la sensibilitat i una ètica de màxims en l'atenció als MACA) Com articulareu la formació ad hoc?	Òptim

Taula 8: dispositius d'atenció a les descompensacions que es poden plantejar en un territori. Font: PPAC 2012, revisat per Pla director sociosanitari 2013.

Línies assistencials	Població de referència	Cartera de serveis
Atenció intermèdia: Hospital de dia	Pacients crònics amb agudització i/o dificultat maneig. Pacients crònics amb tractaments específics.	Capacitat de resposta i atenció a petició d'AP, evitant pas per urgències. Administració de tractaments específics a aquests pacients crònics.
Atenció intermèdia a domicili: Hospitalització a domicili	Pacients crònics aguditzats, on la no existència aquest recurs significaria necessàriament "hospitalització convencional". Alguns pacients quirúrgics (pròtesi, CMA,...).	Atenció limitada en el temps, amb estades curtes, amb planificació alta a curt termini, altament coordinada amb AP, fins i tot amb un model cures transicionals (ang: <i>transitional care</i>) amb model d'atenció compartida amb AP. No ha de ser un substitut de l'atenció domiciliària convencional.
Atenció Intermèdia amb internament: Unitats de subaguts	Pacients crònics amb agudització que necessiten un internament de curta durada (<12 dies aprox.) fins a la seva estabilització. No requereixen alta especialització ni alta intensitat terapèutica. La malaltia de base és coneguda i està ben diagnosticada.	Atenció integral i interdisciplinària, amb tractament mèdic i important rehabilitació funcional. Planificació de l'alta (PREALT) amb requeriment de continuïtat assistencial per part de l'AP (POSTALT). Capacitat diagnòstica de seguiment mitjana o baixa.
Atenció Intermèdia amb internament: Unitats de postaguts	Persones grans fràgils i crònics amb una malaltia aguda recent o un accident i que requereixen un ingrés de curta durada (<12 dies aprox.) immediatament després d'una hospitalització convencional intensiva i curta, per continuació del pla terapèutic en aquells pacients amb necessitat de rehabilitació integral intensiva i assolir l'estabilització i la recuperació funcional a curt termini. No requereixen alta especialització ni alta intensitat terapèutica. Preferentment pacients quirúrgics/ traumatològics (ex: fractura de maluc) o amb algun procés concret (ictus, infeccions, etc.)	Continuació de tractaments mèdics, atenció integral i interdisciplinària i rehabilitació funcional intensiva. Planificació de l'alta (PREALT) amb requeriment de continuïtat assistencial per part AP (POSTALT). Atenció amb intensitat rehabilitadora important. Capacitat diagnòstica de seguiment mitjana o baixa.
Convalescència	Pacients crònics que han superat la fase aguda d'una reagudització. Després d'una hospitalització convencional requereixen intensitat rehabilitadora per assolir la recuperació de l'autonomia funcional en les AVD, abans de tornar al seu domicili. Estades de al voltant de 30 dies, aprox.	Atenció amb intensitat rehabilitadora important. Continuació de tractaments mèdics i atenció sanitària integral i interdisciplinària de mitjana o baixa intensitat. Planificació de l'alta (PREALT) amb requeriment de continuïtat assistencial per part AP (POSTALT).
Atenció urgències alta intensitat	Pacients crònics aguditzats o amb dificultat maneig amb estada prevista aproximada de menys de 24 hores.	Atenció amb suficient intensitat terapèutica que permeti retorn a domicili/comunitat del pacient abans de 24 hores.
Hospitalització alta intensitat (aguts)	Pacients crònics aguditzats amb alta complexitat.	Alta intensitat terapèutica. Planificació a l'alta ben dissenyada i implementada. Requeriment de cures infermeres de més alta complexitat. Requeriment d'oferta diagnòstica àmplia.

La ruta assistencial PCC-MACA és un pacte escrit i formal que ha de donar resposta precisa a tots o part dels ítems que s'inclouen el taula següent.

La RA és un treball dinàmic, progressiu, seqüencial, a mig-llarg termini. L'objectiu final ideal és aconseguir un pacte vers tots o la majoria d'ítems. Però aquesta és un fita a desenvolupar progressivament, amb visió plurianual i que cal adaptar a les potencialitats de cada territori (pacte territorial) i a les condicions dels contracte de CatSalut.

En tot cas, una bona ruta és la que descriu els ítems referits sobre la base de les necessitats i les possibilitats d'un territori. És a dir, la que dona resposta als problemes de maneig de les persones, millora els circuits i serveis actuals i ho fa de manera possibilista i adaptada als recursos reals.

Això implica que una bona RA és la que es útil per a pacients i professionals, no tant la que simplement compleix tots els ítems del quadre precedent.

Quan escaigui, la descripció dels diferents ítems es faria especificant si el pacte s'estableix per a MACA per a PCC o per a ambdós.

Semblaria raonable que el grup redactor iniciés la seva tasca per assegurar i donar resposta als ítems de caràcter bàsic i, a partir d'aquí, progressar en la consecució de la resta.

Prèviament a ser finalment validada per CatSalut, és aconsellable sotmetre la ruta al criteri d'un grup de pacients o de cuidadors i, fins i tot, a una mostra del personal administratiu del centres implicats.

Durant la fase de disseny, és important facilitar i aprofitar accions de benchmark amb les RA d'altres territoris, mitjançant les comunitats virtuals que disposarà el banc de projectes de l'Oficina Tècnica del Pla de Salut.

Prèviament a la implantació es presentarà la proposta de RA al comitè de proveïdors del sector i a les direccions assistencials corresponents.

Un cop dissenyada la RA i donada per bona pel CatSalut, aquesta passa a la fase d'implantació assistencial, independentment que després calgui plantejar incorporar-la en els processos de contractació.

Una estratègia òptima per al *kick off* del projecte és la realització d'una jornada específica de presentació de la ruta als RCE del territori.

El disseny de la RA és un procés dinàmic. Es proposa que el grup redactor revisi els seus continguts als 6 mesos de la seva implantació i, posteriorment, cada 1-2 anys.

En aquest procés de revisió, l'anàlisi dels resultats de l'avaluació és crucial.

Avaluació i revisió de la RAC

CatSalut, d'acord amb les directrius generals i les necessitats locals, ha de determinar un paquet d'indicadors del procés i els resultats del disseny i implantació de la ruta.

Els indicadors han de poder ser mesurats centralment (HCCC, CMBD, MSIQ, etc.)

Aquest paquet ha de ser coherent i estar inclòs en el conjunt d'indicadors de complexitat i, a un nivell més macro, de cronicitat.

La RAC és un procés obert a permanents modificacions. Les vies formals i informals d'avaluació aporten elements de millora que cal adaptar. Sobre aquests elements, es proposa que el grup redactor revisi i amplii la RA amb els tempos abans indicats.

Els indicadors bàsics podrien ser el següents (sempre referits a pacients PCC o MACA):

- Percentatge de pacients identificats sobre la prevalença esperada.
- Percentatge de pacients identificats que disposen de PIIC bàsics.
- Ídem que disposen de PIIC de nivell intermedi.
- % d'interconsultes que es fan per mètodes no presencials.
- % de consultes fora d'hores de que són resoltes sense atenció a urgències hospitalàries.
- Taxes d'hospitalització potencialment evitable.
- % de pacients *altats* que són atesos per EAP en < 48 hores.
- % de pacients descompensats que utilitzen alternatives a l'hospitalització.
- % de MACA amb referència a PDA en el PIIC.
- % de pacients MACA que moren essent atesos a casa.
- % de professionals del territori que han seguit formació bàsica *en línia*.

CatSalut construirà el conjunt d'indicadors definitiu, que serà transmès als proveïdors del territori a través de les direccions de sector, amb la possibilitat d'incorporar nous indicadors d'interès "local".

Finalment, cada proveïdor pot establir el seu conjunt d'indicadors i la seva estratègia interna d'avaluació.

El paquet d'indicadors de complexitat s'inclouran dins la política avaluativa dels pactes territorials.

Identificació de pacients (PCC i MACA)

La identificació la poden dur a terme els metges, les infermeres o els treballadors socials que atenen els pacients i que tenen un coneixement prou aprofundit del cas. Preferiblement es fa de forma multidisciplinària, basada en criteris clínics sòlids i liderada pel metge de referència.

La identificació, codificació i registre de pacients es podria fer des de qualsevol lloc del sistema (atenció primària, hospital d'aguts, centres sociosanitaris, residències, PADES, etc.), per molt que el criteri genèric raonable és que es faci des de l'EAP.

A partir d'aquesta visió inicialment àmplia, cada territori, en el si de la seva RAC, pot acordar les recomanacions locals sobre el procés d'identificació i codificació.

La identificació de pacients es pot fer de forma transversal (cribratge de grups) o de forma casual (cribratge de persones).

Identificació transversal

És una estratègia d'implantació que s'aplica a col·lectius de pacients, depenent del context assistencial.

1. En **atenció primària**, aquest procés es fa sobre una llista prèvia de persones en situació de complexitat o malaltia avançada. Aquesta llista es confecciona mitjançant la combinació de diverses estratègies (que cada equip pot adaptar segons convingui):
 - Llistat memorístic dels diferents professionals.
 - Llistat de CRG o altres sistemes d'estratificació o predicció de risc.
 - Altres llistats complementaris (per patologies, pacients inclosos en ATDOM, pacients valorats per PADES, etc.).
 - Altres mecanismes de identificació: multiingrés, fragilitat severa, polifarmàcia, alta dependència, alta demanda de serveis o intervencions.

En base a aquests llistats es planteja, per consens clínic, si cada pacient que hi apareix té o no la condició de PCC o de MACA (en aquest cas amb el suport de l'instrument NECPAL).

2. En la **resta de serveis** (PADES, sociosanitaris, residències i, opcionalment, plantes d'hospital) la identificació transversal es practica a la totalitat de pacients.

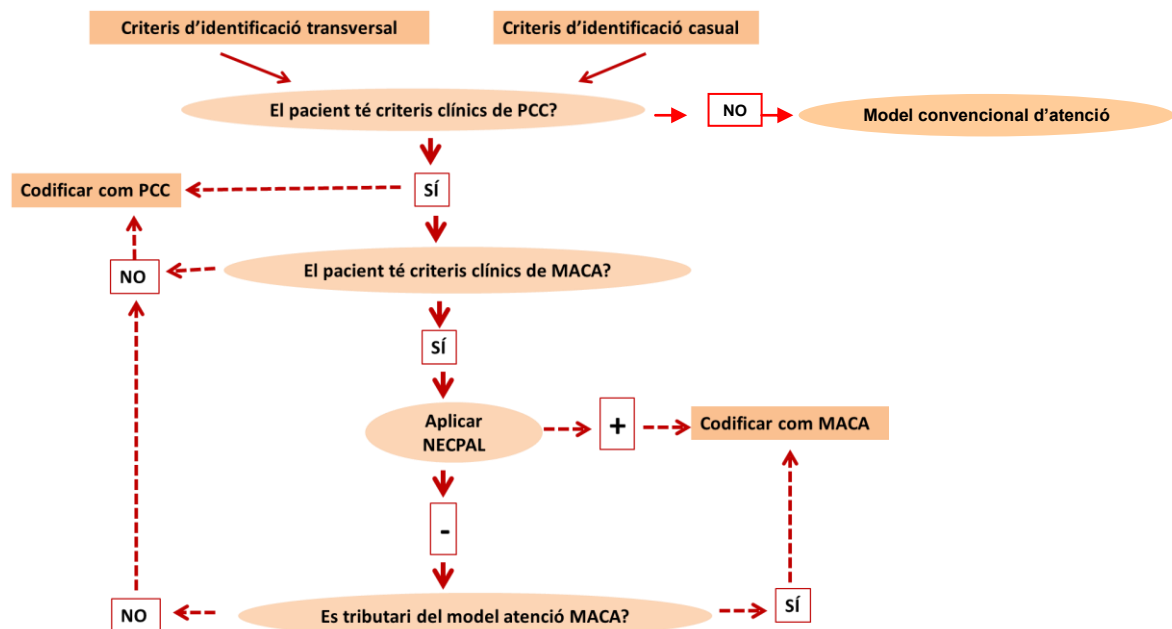
Segons disponibilitat de cada centre, aquesta estratègia d'identificació transversal es pot revisar i actualitzar 2-4 cops l'any.

Identificació casual

És una estratègia d'identificació puntual i individual, a dur a terme després de:

- Crisi o nous diagnòstics de malalties greus.
- Altes hospitalàries o de sociosanitari.
- Noves adscripcions a un contingent d'EAP.
- Actualització de llistats d'estratificació.
- Nous ingressos en PADES, sociosanitaris, residències o a les plantes d'hospital incorporades a l'estratègia territorial.

Algorisme d'identificació



Els criteris clínic de PCC i MACA són els expressats a les pàgines 6 i 7.

Finalment comentar que és **molt important** tenir en compte que l'aplicació del NECPAL-CCOMS[®] s'ha de fer completa. Malgrat que la identificació es basi fonamentalment en la resposta a la pregunta sorpresa, són la resta d'ítems de l'instrument els que donen solidesa clínic a la percepció de necessitats pal·liatives que una persona pot presentar. Es considera NECPAL (+) el pacient que presenta resposta negativa a la pregunta sorpresa + la presència de qualsevol altre criteri adicional.

Codificació i registre

Un cop identificat el cas, aquest pot ser codificat per qualsevol professional sanitari amb accés a la H^a CI^a, de qualsevol àmbit assistencial, que en tingui coneixement directe i prou aprofundit, preferiblement amb enfocament multidisciplinari i sempre d'acord amb el pacte que expressi la ruta de complexitat del territori concret o el criteri adoptat en el si de l'equip assistencial.

Com a criteri general, la situació idònia és que la codificació sigui feta pels professionals de l'atenció primària i, en cas que siguin altres qui ho fan, informin als EAP d'aquesta codificació. Els professionals referents del pacient, però, tindran sempre l'opció de retirar la codificació en cas que aquesta fos, segons els seu criteri, inapropiada.

De fet, en l'actualitat HCCC només pot reconèixer les identificacions que provenen de formats d'H^aCI^a usats a l'atenció primària i, en tots els casos, aquesta identificació és fa mitjançant marques PCC o MACA específiques i mútuament excloents (de manera que un mateix pacient no pot constar com a les dues condicions)

Els pacients codificats en la H^a CI^a del centre, quedaran automàticament registrats com a PCC o MACA a la HCCC.

Suport en ruta

Els tècnics de CatSalut, del PPAC o de la CCP-UVic/ICO/CCOMS poden donar suport formatiu o pràctic als equips professionals en qualsevol moment en que la direcció del sector o l'autoritat sanitària els ho demani.

Aquest suport a la implementació hauria de centrar-se, en gran mesura, en els RCE ja que, a mig termini, són les persones que centraran el lideratge i l'expertesa en el maneig del pacients amb complexitat.

Polítiques integrades

S'inclouen algunes reflexions, de caire genèric.

TIC

Els requisits bàsics a garantir pel que fa a TIC en el context d'una implementació territorial de programes de complexitat són els següents:

- Tots els proveïdors i agents inclosos han de disposar d'història clínica electrònica i en el cas d'EAP, amb possibilitat de codificar/marcar pacients com PCC o MACA.
- Aquestes històries han de tenir connexió a HCCC.
- Ha de facilitar-se un sistema de missatgeria segura entre professionals.
- Els sistemes d'identificació de pacients han de reflectir-se en HCCC, garantint la visibilitat i traçabilitat dels pacients.
- Els plans d'intervenció (PIIC), els de decisions anticipades (PDA), els documents de voluntats anticipades (DVA) i les pautes actives de medicació han de ser accessibles des de tots els agents, a través d'HCCC.

Contractació i incentius

La inclusió d'ítems relacionats amb la cobertura, compliment i qualitat de l'atenció a PCC i MACA en les polítiques de compra de serveis, així com la subseqüent inclusió en les polítiques d'incentius professionals de cada proveïdor, són palanques de canvi molt poderoses per a catalitzar accions de bona pràctica en l'atenció a pacients amb complexitat.

En el context d'atenció a la cronicitat, aquestes polítiques han d'establir-se des d'una visió territorial, integrada, plurianual, progressiva i que estimuli la pràctica col·laborativa.

En conseqüència, aquest és un tema major en les estratègies d'èxit d'aquest àmbit.

Comentaris genèrics al desplegament de polítiques per línies de servei

La disseminació d'estratègies territorials en complexitat, afecta de manera particular a diversos serveis que hauran d'adaptar les seves maneres de fer a la nova realitat.

Això és especialment així en l'atenció als pacients MACA i, en conseqüència i en paral·lel a l'enfocament territorial, el Departament de Salut haurà de fer propostes de polítiques específiques per a determinats col·lectius.

Inicialment es prioritzen els següents serveis: PADES, centres sociosanitaris, centres d'acolliment residencial, dispositius d'urgències-SEM, serveis mèdics hospitalaris i salut mental.

Aquests serveis, doncs, hauran de comptar amb un model assistencial que redissenyi les seves prestacions. Caldrà disseminar aquest model associant-lo a les polítiques de formació i informació que s'escaiguin.

ANNEX 1: DOCUMENTS BÀSICS DE CONSULTA PER AMPLIACIÓ DE CONTINGUTS

DOCUMENT (autor)	COMENTARI
Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 (Departament de Salut)	Document de referència que emmarca l'estratègia catalana de cronicitat
Document conceptual del PPAC (PPAC)	Resum dels referents i de les bases ideològiques i estratègiques del desplegament del programa de cronicitat.
Document operatiu del PPAC (PPAC)	Descripció de les actuacions per a cada una dels projectes estratègics sobre cronicitat.
Consens terminològic de la cronicitat (Termcat)	Definicions, sinonímies i equivalències dels termes d'ús més comú en cronicitat .
Monografia # 1 sobre estratificació (IEMAC)	Actualització sobre estratègies d'estratificació poblacional.
Identificació i atenció integral i integrada de persones amb malalties cròniques avançades a serveis de salut i socials (Qualy)	Descripció de l'ús de l'instrument NECPAL-CCOMS per a la identificació de pacients MACA.
Manual de recomanacions pràctiques per a la identificació i atenció de persones amb malalties cròniques avançades i necessitats d'atenció pal·liativa en serveis de salut (Qualy)	Adaptació amb visió pragmàtica de les recomanació del pla d'atenció a pacients MACA (PNT)
El model nuclear d'atenció pal·liativa per a pacients amb malalties cròniques avançades (ICO)	Excel·lent i exhaustiva descripció del model de valors i compromisos ètics en l'atenció a pacients MACA de l'ICO.
Marc genèric per al disseny de rutes assistencials (PPAC)	Guia pràctica per al disseny de rutes en entorns poblacionals.
Pacient crònic complex (PPAC)	Plec de 5 documents elaborats pel grups d' experts del PPAC sobre atenció al PCC.
Alternatives assistencials en entorns integrats	Plec de 4 documents elaborats pel grups d' experts del PPAC sobre alternatives a l'hospitalització convencional i redisseny dels dispositius.
Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: CONCILIACIÓ, REVISIÓ, DESPRESCRIPCIÓ I ADHERÈNCIA	Descripció de la metodologia d'optimització dels tractaments farmacològics en els pacients crònics mitjançant la implantació de processos interdisciplinaris de conciliació i revisió de la medicació i de millora de l'adherència al tractament, centrats en el pacient i les seves necessitats.

ANNEX 2: Consens sobre continguts i formats dels Plans d'intervenció individualitzats compartits –PIIC- per a PCC i MACA.

Document elaborat pel Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Versió 2.0 del 25 de març 2013.

Redactors: Carles Blay, Joan Carles Contel, Laura Vila i Imma Abilleira.

Revisió: Esther Gutiérrez i Albert Ledesma.

Objectiu

Consensuar els continguts i format comú dels PIIC que caldrà disposar a HCCC dels pacients en situació de complexitat.

Es tracta, doncs, d'establir una estructura única de mínims dels PIIC, que faciliti la identificació d'informació i la presa de decisions, sense perjudici de que aquesta estructura pugui complementar-se amb ítems addicionals en els respectius pactes de complexitat territorial.

Professionals enquestats

L'enquesta ha estat tramesa a 30 professionals experts, dels quals han contestat 29 (96.6%).

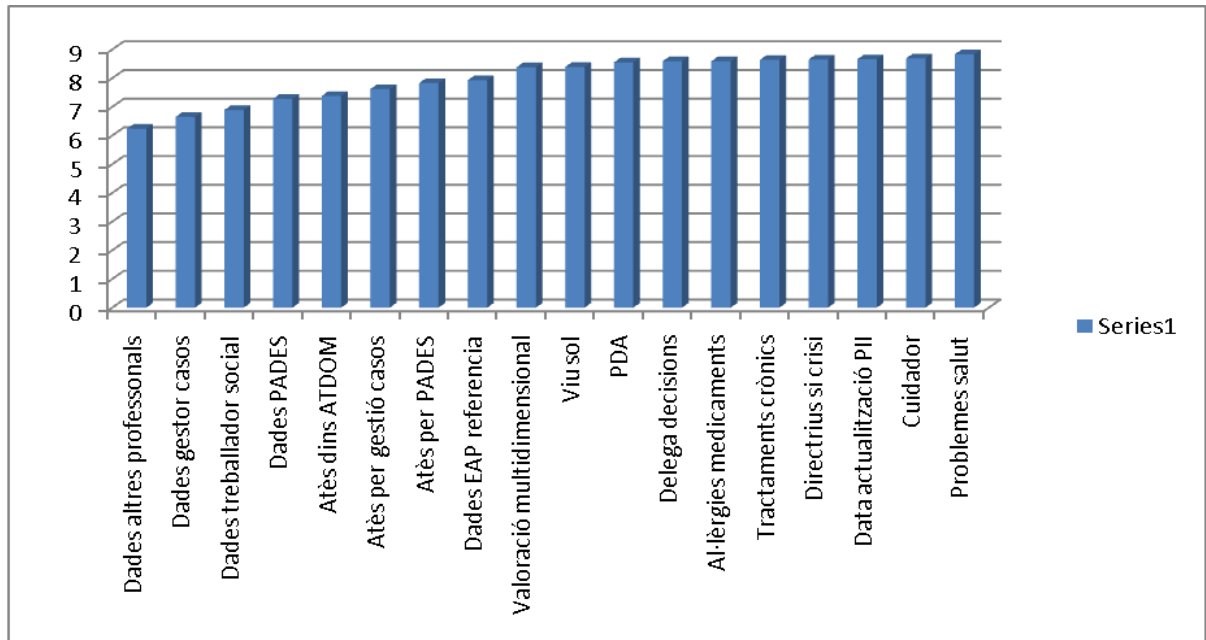
La procedència dels professionals és la següent:

REDACTORS de PIIC	Metges de família	6
	Infermeres EAP	3
	Gestores de cas	2
	PADES	1
RECEPTORS i REVISORS de PIIC	Metges de sala 061	2
	Infermeres de sala 061	1
	Infermeres de triatge ACUT	2
	Metges urgències domiciliàries	1
	Metges ACUT	1
	Metges serveis urgències hospitalaris	2
	Metges planta hospital	3
	Professionals àmbit sociosanitari	5

L'enquesta ha estat construïda sobre la base de les propostes de Protocol normalitzat de treball –PNT- per a l'atenció dels pacients amb malaltia crònica avançada, elaborat per l'Observatori Qualy/ICO/CCOMS i la proposta de PIIC generada pel SAP Osona de l'Institut Català de la Salut, liderada pel Dr. Xavier Costa.

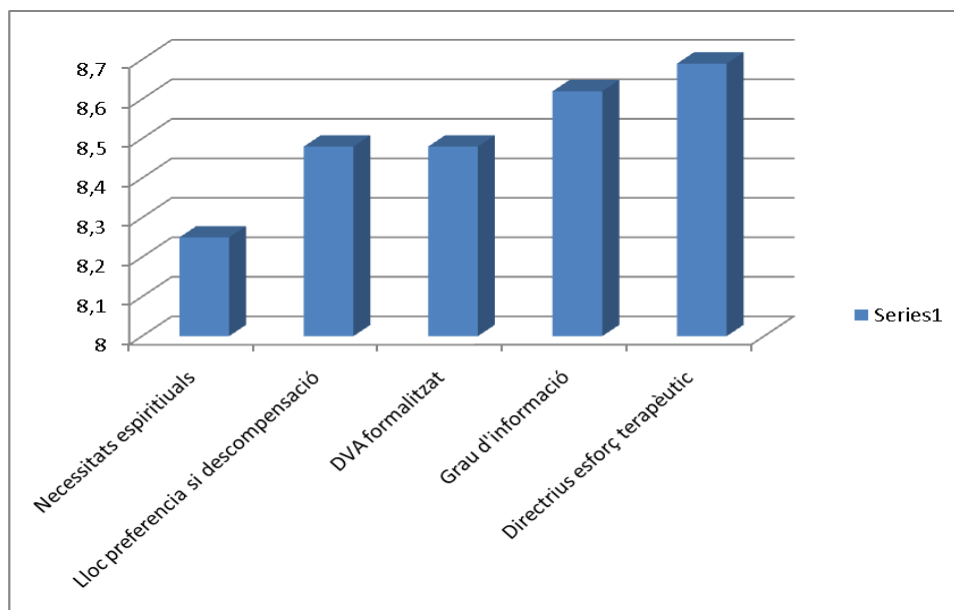
Valoració dels ítems expressats en escales

La distribució de les respostes a la pregunta **Puntuació del 0 al 9 la rellevància de que hi consti la següent informació als Plans d'Intervenció Individualitzada dels PCC o MACA** (0 = aquesta informació no hi ha de constar en absolut en un PIIC... 9 = és obligat que aquesta informació consti al PII, ha estat la següent:



L'annex 1 mostra la distribució de les puntuacions de cada ítem.

En pacients MACA i a efectes de la Planificació de decisions anticipades -PDA-, la valoració dels ítems proposats ha estat aquesta:



Proposta d'estructura i continguts del PIIC

Problemes actius de salut	Captació directa i automatitzada des d'H ^a CI ^a , amb capacitat de prioritització, selecció i incorporació de comentaris.
Medicació crònica activa	Captada des de SIRE. Si, pel que sigui, hi ha fàrmacs en ús que no estiguin dins recepta electrònica, caldrà fer-los constar a l'apartat d'informació final addicional.
Al·lèrgies a medicaments	Captades des de SIRE.
Directius si crisi o descompensació	En text lliure . Resum dels objectius terapèutics del cas, amb descripció previsible de crisis o descompensacions i proposta de decisió si és presenten.
Pla de decisions anticipades	En text lliure . Informació <u>progressiva</u> sobre què sap, què tem i què el preocupa sobre la seva situació. Preferències en cas de descompensació o situació d'últims dies.
Valoració multidimensional	Referida als subàmbits següents: física, psíquica, funcional, social i espiritual. Expressant les troballes més remarcables, en intensitat i progressió, en text lliure ordenat per pestanyes per a cada un dels subàmbits . Associar-hi, a més, els darrers resultats dels testos més representatius de cada subàmbit, amb data d'obtenció.
Dades EAP referència	De forma automatitzada: noms i contactes dels professionals del contingent al que està adscrit el pacient. Si, pel que sigui, al pacient el porten professionals diferents als titulars del contingent, caldrà fer constar el seu nom i dades de contacte a l'apartat d'informació final addicional.
Servei teleassistència?	Dicotòmic.
Atès per PADES?	Dicotòmic
Atès per Gestió de casos?	Dicotòmic
Atès per ATDOM?	Dicotòmic
Viu en residència?	Dicotòmic
Viu Sol?	Dicotòmic
Dades del cuidador	Dades del cuidador captades directament de la H ^a CI ^a i, a més, deixar text lliure per posar informació sobre les competències, nivell d'informació, possibles claudicacions o conflictes en els cuidadors.
En qui delega decisions	Nom i dades de la persona delegada, captades directament de la H ^a CI ^a .
Data actualització PII	De forma automatitzada, la data del darrer canvi incorporat al PIIC.
Informació addicional	Informació no contemplada en altres apartats però rellevant per a la comprensió del cas.

Comentaris addicionals:

1. Els PIIC han de tenir el format i aparença que proposa aquest consens, sense informació afegida a la ja descrita.
2. En cas que a un territori es pacti una informació ampliada respecte a la que es proposa aquí, la informació s'haurà de plasmar, en tot cas, en els PII de les històries clíniques dels proveïdors o als sistemes de comunicació locals, però en cap cas a l'informe que es veurà des d'HCCC.
3. En cas de que els ítems proposats no estiguin disponibles a les històries clíniques, caldrà adaptar-les perquè els puguin oferir als PIIC.
4. Cal preparar les històries clíniques de primària perquè es generi una alerta sempre que s'accedeixi a la història d'un pacient amb la marca PCC o MACA però sense PIIC associat, recordant la necessitat de redactar-lo.
5. Cal preparar les històries clíniques de primària perquè es generi una alerta sempre que el PIIC d'un PCC no s'hagi actualitzat en els darrers 6 mesos (o 3 mesos, en el cas d'un pacient MACA).

La previsió és que, el mes de juny de 2013, HCCC estigui en disposició de capturar PIIC actualitzats i en format PDF des de tots els formats d'H^aCl^a del país.

ANNEX 3: Capacitació i formació dels professionals

Les característiques dels pacients amb complexitat precisen d'actuacions formatives específiques, amb orientació capacitadora, per tal que els professionals siguin capaços de dur a terme l'acció assistencial prevista.

Capacitació per al maneig de PCC

Es pot dur a terme dins les sessions rutinàries dels equips assistencials. A càrrec dels referents de complexitat dels equips (RCE) o dels líders clínics territorials.

El mòdul *en-línia* que després s'esmentarà, incorpora formació bàsica sobre la identificació i atenció de PCC.

Capacitació per al maneig de MACA

Inclou a) la presentació de la RAC als equips i la selecció de RCE i b) l'aplicació de mòduls formatius

a) Presentació RAC als equips i selecció de RCE

El primer estadi en el procés d'implantació territorial efectiva és la presentació als equips professionals de la RAC.

La CCP-UVic/ICO/CCOMS ha dissenyat els continguts i mètode de treball per a les sessions de presentació.

Aquestes sessions són conduïdes pels líders locals i, si es considera adient, dels tècnics del PPAC.

Les sessions es poden fer preferiblement de manera agrupada o, alternativament, centre per centre.

S'aconsella l'assistència dels metges, infermeres i treballadores socials de les ABS incloses. És interessant que hi siguin presents els treballadors socials de l'àmbit municipal, així com el personal d'infermeria o treball social de les residències geriàtriques relacionades.

També és aconsellable, gairebé imprescindible, fer o compartir sessions amb els següents col·lectius:

- Metges, infermeres i treballadores socials dels PADES de referència.
- Representants assistencials dels sociosanitaris amb unitats provisorsos d'atenció pal·liativa.
- Representants assistencials del dispositiu d'urgències.

En aquells centres on a les sessions hi assisteixen representants, serien aquests qui traslladin la informació a la resta de professionals implicats.

El director de sector ha d'assegurar-se que la informació i la formació arribi als professionals que pertoqui, segons l'estratègia de cada territori.

Prèviament o durant les sessions de presentació seran identificats els RCE de cada equip, que assumiran les següents funcions:

- Rebre formació de major nivell sobre PCC i MACA.
- Transferir el coneixement als seus companys.
- Col·laborar en el disseny de la RA del territori.
- Vetllar per la implantació del projecte en el seu entorn.

- Formar part del *Banc de líders* del Departament de salut i col·laborar en les comunitats virtuals sobre complexitat.

La tendència és que tots els equips assistencials tinguin un RCE, no solament els EAP.

b) Mòduls formatius

La formació cerca l'adquisició d'una nova visió sobre el contínuum de la cronicitat fins les fases avançades i sobre els nous paradigmes de l'atenció pal·liativa. A més ha d'incorporar la consecució de noves habilitats clíniques que permetin adoptar i adaptar el model d'atenció proposat.

La formació bàsica en MACA ha d'estar garantida pel Departament de Salut i CatSalut de forma universal i gratuïta.

Es proposen 4 mòduls formatius que es descriuen resumidament a la taula següent:

NOM DEL MÒDUL	RESPONSABLE	TARGET	OBSERVACIONS
CURS BÀSIC EN-LÍNIA	Disseny: Qualy-PPAC Implantació: PPAC Manteniment: CatSalut i Qualy	Universal per a metges, infermeres i treballadores socials	Curs a distància, acreditat, adreçat a tots els professionals de la salut i socials del territori. Amb visió culturalitzadora i capacitadora sobre els fonaments de la cronicitat, PCC i MACA.
CURS INTERMEDI	Disseny: Qualy-PPAC, basat en l'actual prototip formatiu (annex 3.1) Docents: Qualy Implantació: CatSalut	Referents d'equip (RCE)	Curs presencial, acreditat, de 20 h., adreçat als RCE. Amb visió més avançada sobre els continguts assistencials del MACA, incorporant estratègies de formació de formadors.
SESSIONS D'EQUIP	Disseny: Qualy-PPAC Docents: RCE Implantació: proveïdor	Professionals dels equips assistencials	Sessions formatives curtes, acreditades, posteriors i complementàries al format on-line. Aquestes sessions s'adapten a les necessitats de cada equip i tenen una doble missió: <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilitzar en atenció a les necessitats pal·liatives. - Incrementar les habilitats dels professionals de l'equip.
CURSOS MACA A DEMANDA	Disseny: Qualy Docents: Qualy Implantació: client	Professionals de proveïdors o àmbits específics	Cursos "a mida" relacionats amb el MACA que són requerits per proveïdors o grups professionals, sense voluntat formal d'implantació sobre una base territorial.

D'aquesta taula es desprèn que:

- Tots els referents tindran un nivell de formació que el permetrà transferir coneixement al seus companys d'equip.
- Tots els professionals implicats rebran una formació bàsica *en-línia* i les sessions complementàries a càrrec dels respectius RCE.
- Addicionalment, es pot plantejar la formació complementària que es desitgi, però aquesta no tindrà vinculació obligada amb el Departament de Salut o amb el CatSalut.

A més, la Gerència de farmàcia de CatSalut posarà a disposició dels professionals un mòdul formatiu en línia sobre maneig de medicació en malalts crònics.

ANNEX 4: llistat de sigles i acrònims

AP	Atenció primària
AVD	Activitats de vida diària
CCOMS	Centre Col·laborador de l'Organització Mundial de la Salut
CCP-UVic/ICO/CCOMS	Càtedra de cures pal·liatives de la Universitat de Vic, l'Institut català d'oncologia i centre col·laborador de l'Organització Mundial de la Salut
EAP	Equip d'atenció primària
H ^à CI ^a	Història clínica
ICO	Institut Català d'Oncologia
MACA	Model d'atenció a la cronicitat avançada
NECPAL	Necessitat pal·liatives
PADES	Programa d'atenció domiciliària especialitzada
PCC	Pacient crònic complex
PIIC	Pla d'intervenció individualitzat compartit
PPAC	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
RA	Ruta assistencial
RAC	Ruta assistencial de la complexitat
RCE	Responsable de complexitat de l'equip
SEM	Servei d'emergències mèdiques
UBA	Unitat bàsica assistencial

ANNEX 5: l'instrument NECPAL

4. INDICADORS CLÍNICS ESPECÍFICS DE SEVERITAT I PROGRESSIÓ PER PATOLOGIES – Explor la presència de criteris objectius de mal pronòstic per les següents patologies seleccionades

MALALTIA ONCOLÒGICA (només cal la presència d'un criteri)

- Diagnòstic confirmat de càncer metastàtic (estadi IV) i en alguns casos – com en les neoplàsies de pulmó, pàncrees, gèlatic i esofàgic– també en estadi III, que presenten: escassa resposta o contraindicació de tractament específic, així com en transició de tractament o efectació metastàtica d'òrgans vitals (SNC, fetge, pulmó, mièl·lina, etc...)
- Deteriorament funcional significatiu (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- Síntomes persistents mal controlats o refractaris malgrat optimitzar tractament específic.

Sí No

MALALTIA PULMONAR CRÒNICA (presència de dos o més dels següents criteris)

- Dispnea de repòs o de mínims esforços entre exacerbacions
- Síntomes físics o psicològics de difícil maneig malgrat tractament òptim ben tolerat
- En cas de disposar de proves funcionals respiratòries (amb advertència sobre la qualitat de les proves), criteris d'obstrucció severa: FEV1 < 30% o criteris de dèficit restrictiu sever: CV forçada < 50% / DLCO < 40%
- En cas de disposar de gasometria arterial basal, aconseguiment de criteris d'oxigenoteràpia domiciliària o estar actualment realitzant aquest tractament a casa
- Insuficiència cardíaca simptomàtica associada
- Ingressos hospitalaris recurrents (> 3 ingressos en 12 mesos per exacerbacions de MPOC)

Sí No

MALALTIA CARDÍACA CRÒNICA (presència de dos o més dels següents criteris)

- Insuficiència cardíaca NYHA estadi III ó IV, malaltia valvular severa o malaltia coronària estesa no revascularitzable
- Dispnea o angina de repòs o a mínims esforços
- Síntomes físics o psicològics de difícil maneig malgrat tractament òptim ben tolerat
- En cas de disposar d'ecocardiografia: fracció d'ejecció severament disminuïda (< 30%) o HTAP severa (RAP > 60 mmHg)
- Insuficiència renal associada (PG < 30 l/min)
- Ingressos hospitalaris amb símptomes d'insuficiència cardíaca /cardiopatia isquèmica recurrents (> 3 l'últim any)

Sí No

MALALTIES NEUROLÒGIQUES CRÒNIQUES (1): AVC (només cal la presència d'un criteri)

- Durant la fase aguda i subaguda (< 3 mesos post-AVC): estat vegetatiu persistent o de mínima consciència > 3 dies
- Durant la fase crònica (> 3 mesos post-AVC): complicacions mèdiques repetides (neumonies per aspiració, malgrat mesures antidiàlisi), infecció urinària de vjes altes (poliuretèria) de repetició (>1), febre recurrent malgrat antibiòtics (febre persistent post > 1 setmana d'ATB), úlceres per decúbit estadi 3-4 refractàries o demència amb criteris de severitat post-AVC

Sí No

MALALTIES NEUROLÒGIQUES CRÒNIQUES (2): ELA I MALALTIES DE MOTONEURONA, ESCLEROSI MÚLTIPLE I MALALTIA DE PARKINSON (presència de dos o més dels següents criteris)

- Deteriorament progressiu de la funció física i / o cognitives malgrat el tractament òptim
- Síntomes complexos i difícils de controlar
- Problemes de la parla / augment de dificultat per comunicar-se
- Disfàgia progressiva
- Pneumonia per aspiració recurrent, dispnea o insuficiència respiratòria

Sí No

MALALTIA HEPÀTICA CRÒNICA GREU (només cal la presència d'un criteri)

- Cirrosi avançada: en estadi Child C (determinat fora de complicacions o haver-les tractat i optimitzat el tractament), puntuació de MELD-Na > 30 o amb una o més de les següents complicacions mèdiques: ascites refractària, síndrome hepato-renal o hemoràgia digestiva alta per hiperfibrinògenèmia post-quirúrgica amb fracàs al tractament farmacològic i endoscòpic i no candidat a TIPS
- Carcinoma hepatocel·lular: present, en estadi C o D (BCLC)

Sí No

MALALTIA RENAL CRÒNICA GREU (només cal la presència d'un criteri)

- Insuficiència renal greu (PG < 15)

Sí No

DEMÈNCIA (presència de dos o més dels següents criteris)

- Criteri de severitat: incapacitat per a vestir-se, menjar-se o manejar sense assistència (GDS/FBI < 6), especific d'incapacitació doble (GDS/FBI < 6+4)
- Criteri de progressió: pèrdua de 2 o més ABVDs (activitats bàsiques de la vida diària) en els últims 6 mesos, malgrat intervenció terapèutica adequada (no valorable en situació hiperaguda per processos intercurrents) o aparició del delirium per empipar, o hospital a menjar, en pacients que no reben nutrició enteral o parenteral
- Criteri d'ús de recursos: múltiples ingressos (> 3 en 12 mesos, per processos intercurrents -pneumonia aspirativa, pneumènia, septicèmia, etc.- que condicionarin deteriorament funcional i/o cognitiu)

Sí No

Observatori QUALY
Centre Col·laborador de la OMS per a Programes Públics de Cures Pal·liatives (CCOMS)
 Institut Català d'Oncologia
 Avda. Gran Via, 199-203
 08908 L'Hospitalet (BARCELONA)
<http://www.iconcologia.net/catala/qualv/qualv.html>
whocc.info@iconcologia.net

Instrument per a la Identificació de Persones en Situació de Malaltia Avançada – Terminal i Necessitat d'Atenció Pal·liativa en Serveis de Salut i Socials

Instrument NECPAL - CCOMS®*
* Adaptat del Programa de Cures Palliatives (PPC) del Grup d'Estudi de Ferramentes (GEF) i del Registre de Cures Palliatives Tercer (RCP3)

Xavier Gómez-Batiste, Marisa Martínez-Muñoz, Carles Blay, Jordi Amblàs, Laura Vila, Xavier Costa, Joan Espauella, Jose Espinosa, Montserrat Figuerola i Joaquim Esperalba



**Per a què serveix
l'instrument NECPAL - CCOMS®?**

- Es tracta d'una estratègia d'identificació de malalts que requereixen mesures pal·liatives, especialment en serveis generals (Atenció Primària, serveis hospitalaris convencionals, etc.)
- La intenció de l'instrument NECPAL - CCOMS® és la d'identificar malalts que requereixen mesures pal·liatives de qualsevol tipus
- Una vegada identificat el pacient, cal iniciar un enfocament pal·liatiu consistent en l'aplicació de les recomanacions que s'expliciten en els 6 Passos per a una Atenció Pal·liativa (veure més endavant)
- La identificació d'aquesta situació **no contraindica ni limita mesures de tractament específic de la malaltia** si estan indicades o poden millorar l'estat o la qualitat de vida dels malalts
- Les mesures pal·liatives poden ser implementades per qualsevol equip a qualsevol servei de salut

**A qui s'ha d'administrar
l'instrument NECPAL - CCOMS®?**

A persones amb **malalties cròniques evolutives avançades**, amb els diagnòstics i situacions que a continuació es relacionen:

1. Pacient **oncològic** especialment afectat per la malaltia
2. Pacient amb **malaltia pulmonar crònica** especialment afectat per la malaltia
3. Pacient amb **malaltia cardíaca crònica** especialment afectat per la malaltia
4. Pacient amb **malaltia neurològica crònica** (incloent AVC, ELA, EM, Parkinson, malaltia de motoneurona) especialment afectat per la malaltia
5. Pacient amb **malaltia hepàtica crònica greu** especialment afectat per la malaltia
6. Pacient amb **malaltia renal crònica greu** especialment afectat per la malaltia
7. Pacient amb **demència** especialment afectat per la malaltia
8. Pacient **geriàtric**, malgrat no patir cap de les malalties abans esmentades, en situació de **fragilitat particularment avançada**
9. Pacient, malgrat no ser geriàtric ni patir cap de les malalties abans esmentades, que pateix **alguna altra malaltia crònica, particularment greu i avançada**
10. Pacient, que no estigui en els grups anteriors, que darrerament hagi precisat ser **ingressat o atès domiciliàriament amb més intensitat de l'esperable**

**Instrument NECPAL - CCOMS®
(Necessitats Pal·liatives)**

**Per a què NO serveix
l'instrument NECPAL - CCOMS®?**

- Per determinar el pronòstic ni la supervivència
- Per contraindicar, necessàriament, l'adopció de mesures de control de la malaltia ni el tractament de processos intercurrents
- Per definir el criteri d'intervenció d'equips específics de cures pal·liatives, intervenció que, en tot cas, vindrà determinada per la complexitat del cas i de la intervenció proposada
- Per rebutjar mesures terapèutiques curatives proporcionades que puguin millorar la qualitat de vida

**Què es considera una
identificació positiva?**

Qualsevol pacient amb:

- **Pregunta Sorpresa** (pregunta 1) amb resposta **NEGATIVA**, i
- Almenys una **altra pregunta** (2, 3 ó 4) amb resposta **POSITIVA**, d'acord amb els criteris establerts

**Què són els 6 Passos
per a una Atenció Pal·liativa?**

Són les recomanacions bàsiques per a l'atenció pal·liativa dels malalts identificats, que es resumeixen en:

- Identificar Necessitats Multidimensionals
- Practicar un Model d'Atenció impecable
- Elaborar un Pla Terapèutic Multidimensional i Sistemàtic (Quadre de Cures)
- Identificar valors i preferències del malalt: Ètica Clínica i Procés de Decisions Anticipades (Advance Care Planning)
- Involucrar a la família i al cuidador principal
- Realitzar gestió de cas, seguiment, atencions continuades i urgent, coordinació i accions integrades de serveis

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuïtiva que integra comorbiditat, aspectes socials i altres factors

El sorprendria que aquest pacient es morís en els propers 12 mesos? NO SÍ

2. ELECCIÓ / DEMANDA O NECESSITAT – explori si alguna de les següents dues preguntes és afirmativa

Elecció / demanda: el pacient amb malaltia avançada o el seu cuidador principal **han sol·licitat**, explícitament o implícita, la realització de tractaments pal·liatius / de confort de forma exclusiva, proposen limitació de l'esforç terapèutic o rebutgen tractaments específics o amb finalitat curativa? SÍ NO

Necessitat: considera que el pacient **requereix actualment** mesures pal·liatives o tractaments pal·liatius? SÍ NO

3. INDICADORS CLÍNICS GENERALS DE SEVERITAT I PROGRESSIÓ – explori la presència de qualsevol dels següents criteris de severitat i fragilitat extrema

Marcadors nutricionals, qualsevol dels següents, en els últims 6 mesos:

- Severitat: albúmina sèrica < 2.5 g/dl, no relacionada amb descompensació aguda
- Progressió: pèrdua de pes > 10%
- Impressió clínica de deteriorament nutricional o ponderal sostingut, intens / sever, progressiu, irreversible i no relacionat amb procés intercurrent

SÍ NO

Marcadors funcionals, qualsevol dels següents, en els últims 6 mesos:

- Severitat: dependència funcional greu establerta (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%)
- Progressió: pèrdua de 2 o més ABVD (activitats bàsiques de la vida diària) malgrat intervenció terapèutica adequada
- Impressió clínica de deteriorament funcional sostingut, intens / sever, progressiu, irreversible i no relacionat amb procés intercurrent

SÍ NO

Altres marcadors de severitat i fragilitat extrema, qualsevol dels següents, en els últims 6 mesos:

- Úlceres per decúbit persistents (estadi III – IV)
- Infeccions amb repercussió sistèmica de repetició (>1)
- Síndrome confusional aguda
- Disfàgia persistent
- Caigudes (> 2)

SÍ NO

Presència de distress emocional amb símptomes psicològics sostinguts, intensos/severs, progressius i no relacionats amb procés intercurrent agut SÍ NO

Factors addicionals d'ús de recursos, qualsevol dels següents:

- 2 ó més ingressos urgents (no programats) en centres hospitalaris o socio-sanitaris per malaltia crònica en l'últim any
- necessitat de cures complexes / intenses continuades, bé sigui en una institució o en domicili

SÍ NO

Comorbiditat: ≥ 2 patologies concomitants SÍ NO

ANNEX 6: checklist integratiu per a EAP (versió preliminar)

CHECKLIST INTEGRATRIU PER AL DESPLEGAMENT DEL MODEL D'ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT

I= accions a nivell individual, E=polítiques d'equip, T=pactes de territori **Nivell bàsic**, **Objectiu intermedi**, **Enfocament d'excel·lència**

Acció	I	E	T
Identificació i codificació del pacients PCC o MACA			
PIIC bàsic amb informació sobre: -Revisió i resum de les malalties i problemes de salut més importants -Revisió i conciliació del pla de medicació (PM) -Directrius bàsiques en cas de crisi o descompensació			
Atenció continuada i garanties 7x24 de crisis, aguditzacions i descompensacions			
Dispositius i convencionals dels equips i territoris			
Pacients PCC o MACA amb informació sobre professionals de referència, contactes 7x24, planificació de visites i signes de descompensació.			
H ^{CP} i PIIC amb nom i contacte dels cuidadors i dels professionals de referència			
Redistribució de rols en l'atenció a PCC i MACA. Política de gestió de casos			
Incorporació en agenda espais per a identificació transversal de casos			
Atenció a les transicions . Resposta proactiva al pre/postalt			
Dispositius de missatgeria segura			
Actualització de l'estat del pacient, diagnòstic de necessitats i planificació de mesures d'atenció proactiva. Inclusió al PIIC si escau.			
Planificació en agenda espais específics de revisió compartida de casos complexos.			
Planificació de Decisions Anticipades bàsica			
Valoració multidimensional amb identificació de les necessitats nuclears i incorporació al PIIC			

Anàlisi sistemàtica de la informació derivada de sistemes d'estratificació amb prestacions d'individualització de la informació per contingent			
Informació/formació pacient respecte el seu tractament i seguiment de l'adherència			
Organització eficient de les consultes en pacient amb multimorbididad			
Disponer de prestacions d'atenció no presencial a PCC i MACA			
Avaluació periòdica de resultats en clau interna, amb feedback i procés de millora			
Polítiques territorials de conciliació terapèutica			
Projectes de col·laboració amb serveis socials			
Gestió compartida de terminalitat i final de vida			
Pla de comunicació i difusió de la RA i formació ad hoc			
Pla d'atenció integral dels pacients , amb esment a H ^{CP}			
PDA avançada i pacte amb els pacients d'inclusió de les directives al PIIC			
Informació actualitzada BARTHEL, LAWTON-BRODY, PFEIFER, ESAS, GIJON, referència qualitativa a necessitat socials, necessitats espirituals, ZARIT o referència qualitativa a situació del ciutador			
PIIC complet dels pacients			