Identificació suggerida de persones amb cronicitat complexa (PCC o MACA) des de l'àmbit hospitalari (d'atenció intermèdia i d'aguts)

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ppac|pdss|deap

Programa de
prevenció i atenció a
la cronicitat

Pla director sociosanitari

Direcció Estratègica
d'Atenció Primària

Identificació suggerida

de persones amb cronicitat complexa (**PCC o MACA**) **des de** l'**àmbit hospitalari** (d'atenció intermèdia i d'aguts)

Barcelona, 2021

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Alguns drets reservats

© 2021, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 internacional. La llicència es pot consultar a: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca

Figures i resum visual
Jordi Amblàs Novellas

Edició
Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut

1a edició
Barcelona, desembre 2021

Assessorament lingüístic
Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Revisió corporativa
Oficina de Comunicació

Núm. de registre
91761

Coordinació i edició del document

(per ordre alfabètic)

- Jordi Amblàs Novellas
- Eva Maria Melendo Azuela
- Sebastià J. Santaeugènia Gonzàlez

Revisió del document

(per ordre alfabètic)

- Jordi Amblàs Novellas
- Paloma Amil Bujan
- Ignasi Bocanegra Barrufet
- Joan Carles Contel Segura
- Maria Belén Enfedaque Montes
- Esther Gil Sánchez
- Gemma Giráldez Navas
- Eva M. Melendo Azuela
- Victòria Mir Labalsa
- Rafael Ruiz Riera
- Sebastià J. Santaeugènia Gonzàlez

Índex

Resum executiu 6

Resum visual 7

1. Introducció 8

2. Marc conceptual 9

2.1 Què entenem per PCC? 10

2.2 Què entenem per MACA? 12

3. Objectius del document 14

4. Plantejament operatiu 15

4.1 Quines unitats o recursos d'atenció hospitalària poden suggerir la identificació de persones considerades PPC o MACA? 15

4.2 Quins professionals poden suggerir la identificació de persones considerades PPC o MACA? 15

4.3 Quina altra informació es proposa compartir? 16

4.4 Com s'ha de vehicular la compartició del formulari? 18

5. Bibliografia 19

6. Annexos 20

Annex 1. Recomanacions sobre el maneig de la informació sobre la identificació de persones considerades PCC o MACA 20

Annex 2. Preguntes freqüents respecte de la identificació de persones considerades PCC o MACA 21

Resum executiu

A qui va adreçat aquest document i quins objectius té?

Va adreçat a **tots els professionals** dels equips d'**atenció hospitalària** (d'intermèdia i d'aguts), tant als de perfil assistencial com als que tenen responsabilitats organitzatives.

Els objectius d'aquesta iniciativa són **promoure la identificació** de persones considerades PCC o MACA, tot integrant els professionals de l'atenció hospitalària en el procés d'identificació iniciat fa anys des de l'àmbit d'atenció primària. També es vol afavorir la **continuïtat assistencial** i l'harmonització del model d'atenció individualitzat, alhora que es promou la **compartició d'informació** de valor **de forma estructurada** entre professionals i equips de diferents àmbits assistencials.

Per què és important?

Perquè **fa partícips els professionals de l'àmbit hospitalari** del **procés d'identificació** de les persones amb perfil de PCC o MACA –**sempre de forma col·laborativa amb els professionals d'atenció primària**.

Perquè aquesta proposta ajuda a fer un pas més en el model de **pràctiques col·laboratives** entre els professionals i organitzacions dels diferents àmbits assistencials. És a dir, entre tots els actors que intervenen en l'atenció d'aquestes persones.

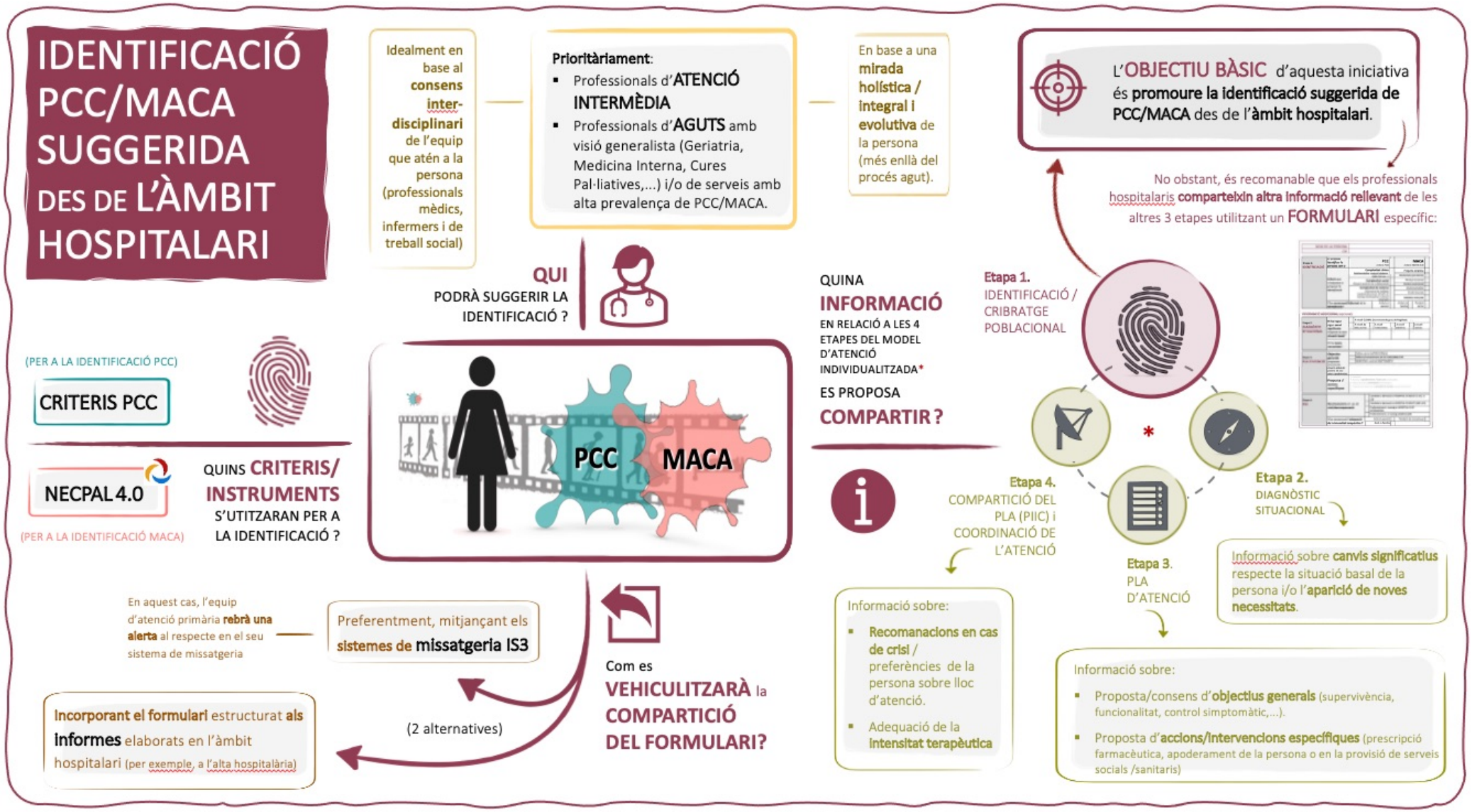
Com s'ha de dur a terme?

Reforçant el **marc conceptual** del model d'atenció a la cronicitat complexa, d'acord amb el contingut d'aquest document, així com d'altres activitats divulgatives.

Definint clarament la **metodologia de proposta d'identificació** i facilitant els mitjans oportuns –especialment de sistemes de la informació– per tal de dur-lo a terme.

Desenvolupant un **formulari estructurat**, amb l'objectiu de facilitar la compartició de tota la informació de valor per al model d'atenció individualitzat.

Resum visual



1. Introducció

L'envelliment demogràfic és, juntament amb el fenomen migratori, el fet social i sociològic més important en aquest segle XXI,[1] i es relaciona amb la transició epidemiològica, que es deriva del fet que hem passat d'una mortalitat associada a malalties agudes (habitualment infeccioses) a la situació actual, en què pràcticament tres quartes parts de les morts que es produeixen al món són conseqüència de malalties cròniques.[2–4] En el moment actual, prop de 3 de cada 4 individus de més de 65 anys tenen més d'una malaltia crònica (per 1 de cada 4 adults de menys de 65 anys)[5] i, segons les dades de les enquestes de salut tant a escala europea, estatal com autonòmica, un percentatge alt de persones de més de 65 anys (superior al 60% i amb un percentatge més alt a mesura que augmenta l'edat) té multimorbiditat.[6]

Les persones que tenen més d'una malaltia són les usuàries principals dels serveis de salut i socials, i representen més de dos terços de la despesa sanitària.[7] Les persones amb problemes crònics i multimorbiditat originen una demanda més alta dels serveis sanitaris, i suposen el 80% de les consultes en atenció primària i el 60% dels ingressos hospitalaris, alhora que fan ingressos hospitalaris més perllongats i recorren més sovint als serveis d'urgències i als hospitals de dia.[6,7]

Entre les persones amb problemes crònics de salut, destaca un grup poblacional relativament reduït en nombre –suposa el 5% de la població–, però amb un impacte alt pel que fa a les necessitats d'atenció: són les **persones** amb **necessitats complexes d'atenció** i les persones que estan en **situació de final de vida** –entesa com l'última fase del cicle vital, que pot oscil·lar entre uns quants dies i molts mesos o algun any.

La **prevalença** d'aquestes persones és especialment **elevada en l'entorn hospitalari**: així, per exemple, si les persones que estan en situació de final de vida suposen aproximadament només un 1% de la població total, en l'àmbit hospitalari representen aproximadament un 33% dels ingressos habituals als hospitals d'aguts i més d'un 50% dels ingressos als hospitals d'atenció intermèdia.[8]

2. Marc conceptual

Amb l'objectiu d'operativitzar l'atenció a aquest sector de la població, l'any 2012, des del Departament de Salut es van definir dos perfils de persones amb cronicitat complexa (figura 1):

- Les persones amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció (pacients crònics complexos o PCC).
- Les persones amb necessitats pal·liatives (malalties o condicions cròniques avançades, o MACA).

Aquestes persones necessiten, doncs, un «vestit a mida» adaptat a les seves característiques específiques: és a dir, d'un model d'atenció específic, que consta de les etapes següents:

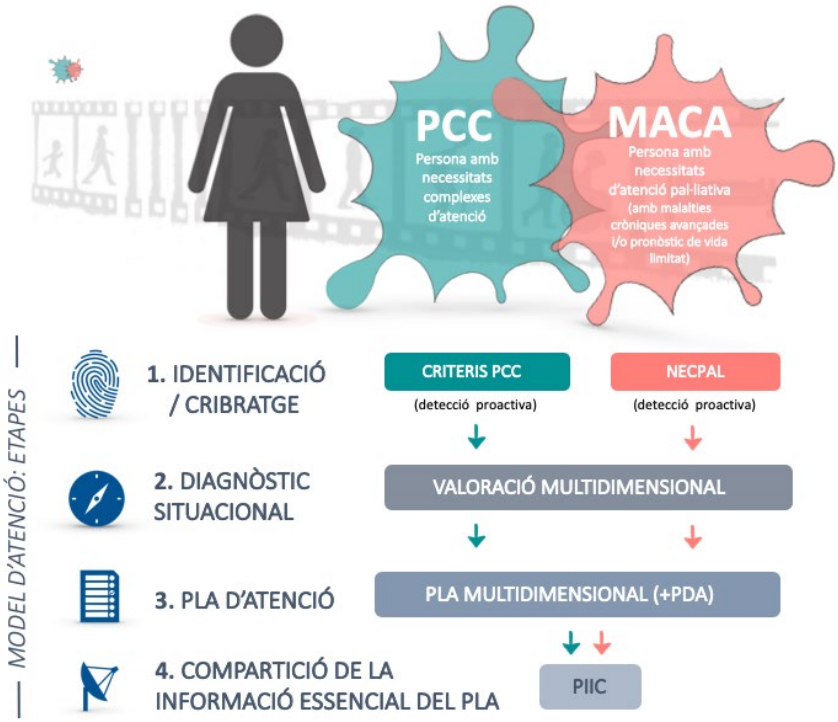


Figura 1: Model d'atenció en 4 etapes per a les persones PCC i MACA. Font: Elaboració pròpia.

2.1 Què entenem per PCC?

Segons el consens d'experts recollit al TERMCAT (centre de terminologia de la llengua catalana), el **concepte de complexitat** respon a la situació que reflecteix la dificultat de gestió de l'atenció d'una persona i la necessitat de plans individuals específics, a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn. La presència de necessitats complexes d'atenció són el nexe comú per a aquest grup de persones –que s'estima que és aproximadament el 4% de la població–, per a les quals es proposà l'identificador **PCC** (pacient crònic complex) (figura 2).

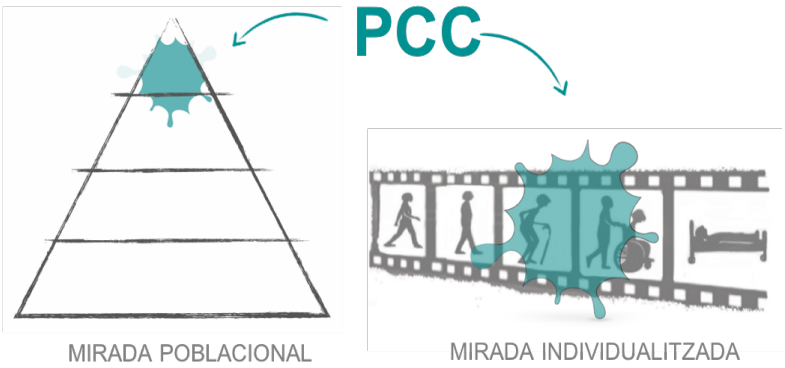


Figura 2. PCC: Mirada poblacional i mirada individualitzada. Font: Elaboració pròpia.

No hi ha un instrument específic per al cribratge poblacional dels pacients crònics complexos (PCC). La identificació es fonamenta en la presència de criteris en alguna de les tres dimensions de la complexitat (figura 3 i taula 1).[9]

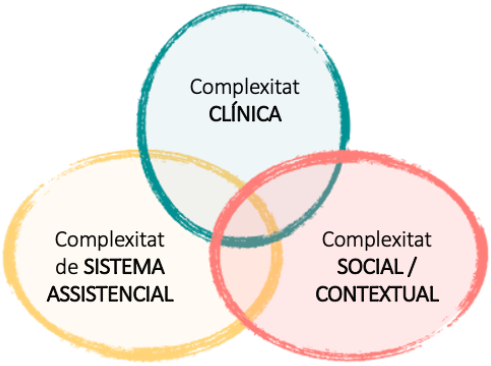


Figura 3. Dimensions de la complexitat en l'atenció de salut. Adaptat de Kuipers *et al*. [9]

Criteris relacionats amb la PERSONA/COMPLEXITAT CLÍNICA	▪ **Multimorbiditat.** Patologia crònica **única greu o progressiva**. Malalties minoritàries. ▪ **Evolució dinàmica.** ▪ Aparició de **síndromes geriàtriques** amb criteris de gravetat o progressió (polimedicació, deteriorament cognitiu, fragilitat...). ▪ **Símptomes** persistents intensos i refractaris. ▪ **Utilització alta de serveis** o consum de recursos. Probabilitat alta de descompensacions. ▪ Classificació dins del **grup de 5% de més risc segons el GMA** (grup de morbiditat associada).[10]
Criteris de l'ÀMBIT SOCIAL / COMPLEXITAT CONTEXTUAL	**Situació social de risc o disfuncional** per atendre les necessitats en una de les àrees següents o en més: ▪ Organització de la cura. ▪ Unitat familiar i/o entorn de suport. ▪ Cohesió familiar i clima afectiu. ▪ Condicions estructurals, seguretat, confortabilitat o privacitat. ▪ Xarxa relacional i d'entorn.
Criteris relacionats amb els PROFESSIONALS i el SISTEMA ASSISTENCIAL	▪ **Benefici de maneig multidisciplinari**. Necessitat d'accés a diferents dispositius. ▪ **Incertesa en les decisions i de dubtes de maneig**. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la gestió clínica del cas. ▪ Benefici de les **estratègies d'atenció integrada**.

Taula 1. Criteris per identificar els pacients crònics complexos agrupats per dominis de complexitat. Font: Elaboració pròpia.

No hi ha cap pauta inequívoca sobre quants o quins criteris cal complir o sobre com s'han de combinar per rebre la consideració de PCC. Cal complir prou **criteris** perquè el **professional** referent de l'atenció primària consideri que la gestió del cas és especialment difícil i, per tant, validi de forma clínica i identifiqui, d'acord amb la persona, que és un pacient crònic complex. Una persona que no tingui cap d'aquests criteris és realment difícil que pugui presentar necessitats complexes d'atenció.

2.2 Què entenem per MACA?

Aproximadament tres quartes parts de la població en el nostre entorn morirà a conseqüència d'una malaltia crònica avançada i progressiva o més, després d'un període evolutiu amb crisis freqüents, una gran necessitat de demanda d'atenció i decisions de caràcter clínic i ètic freqüents, així com una alta freqüentació de serveis sanitaris i socials. Aquesta relació estreta entre final de vida i malaltia avançada va portar a anomenar aquestes persones –que s'estima que són aproximadament l'1% de la població–[8] com a **MACA (malaltia crònica avançada)** (figura 4).

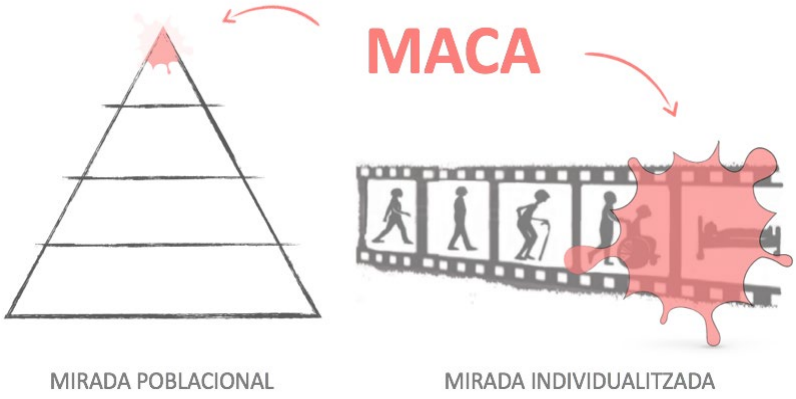


Figura 4. MACA: Mirada poblacional i mirada individualitzada. Font: Elaboració pròpia.

Aquest grup de persones tenen en comú la presència –en diferents intensitats– de **necessitats d'atenció pal·liativa**, així com un pronòstic de vida limitat i/o situació de proximitat al **final de la vida** –entesa com l'última fase del cicle vital, que pot oscil·lar entre uns quants dies i molts mesos o algun any.

Per fer una identificació precoç o cribratge de persones amb malalties avançades i necessitats d'atenció pal·liativa (MACA), a Catalunya es recomana fer servir l'**instrument NECPAL.**[11] La figura 5 mostra la darrera versió (4.0) de l'instrument NECPAL.

Figura 5. Instrument NECPAL. Font: Elaboració pròpia.

3. Objectius del document

Aquest document té bàsicament **dos objectius**:

- Promoure la identificació proactiva de persones amb cronicitat complexa i/o avançada (PCC o MACA), incorporant la possibilitat que els professionals de l'àmbit hospitalari (aguts i atenció intermèdia) puguin suggerir la identificació als professionals d'atenció primària.
- Afavorir la continuïtat assistencial i l'harmonització del model d'atenció individualitzat, creant escenaris de pràctica col·laborativa i promovent la **compartició d'informació** de valor **de forma estructurada** entre professionals i equips de diferents àmbits assistencials.

4. Plantejament operatiu

4.1 Quines unitats o recursos d'atenció hospitalària poden suggerir la identificació de persones considerades PPC o MACA?

Si bé qualsevol professional o equip pot ser partícip aquest procés (identificació suggerida de PCC o MACA), inicialment es prioritzen els següents:

- Professionals d'**ATENCIÓ INTERMÈDIA.** A causa del gran volum de persones de perfil PCC o MACA ateses, es planteja que els professionals d'aquest àmbit tinguin un paper especialment proactiu a l'hora de suggerir la identificació, així com a l'hora de compartir propostes de valor respecte del diagnòstic situacional i el pla d'atenció.
- Als hospitals d'**AGUTS, especialment els professionals** dels serveis més transversals i de visió «generalista» (**geriatria, medicina interna i cures pal·liatives) –ateses les seves competències** en valoració multidimensional–, així com de la resta de serveis on hi hagi una prevalença alta de persones amb cronicitat complexa.

En el cas de persones ja prèviament identificades com a PCC, es pot recomanar la identificació com a persona amb MACA si hi ha criteris objectius que així ho justifiquin.

4.2 Quins professionals poden suggerir la identificació de persones considerades PPC o MACA?

La identificació hauria de partir del consens per part de l'**equip interdisciplinari** que atén la persona, fruit de l'anàlisi en profunditat de cada cas. Així, els professionals de medicina, infermeria o treball social dels serveis mencionats anteriorment poden proposar aquesta identificació.

4.3 Més enllà de suggerir la identificació com a PCC o MACA, quina altra informació es proposa compartir?

De la mateixa manera que és essencial que, en el moment de l'ingrés o de la derivació a la consulta, la informació prèvia respecte de la identificació, el diagnòstic situacional i pla d'atenció arribi als professionals d'atenció hospitalària, també és important que en el moment de l'alta aquesta informació retorni degudament actualitzada als professionals d'atenció primària.

Més enllà de suggerir la identificació com a PCC o MACA, doncs, seria desitjable que els professionals de l'atenció hospitalària especialitzada comparteixin amb els professionals d'atenció primària informació rellevant de la resta d'etapes del model d'atenció individualitzada:

- Etapa 2: si hi ha algun aspecte destacable relacionat amb el **diagnòstic situacional** (valoració multidimensional i de necessitats), especialment en el cas de **canvis significatius** respecte de la situació basal de la persona i/o l'**aparició de necessitats noves** derivades de la situació que ha portat la persona a ser hospitalitzada.
- Etapa 3: sobre les propostes que els professionals d'atenció hospitalària puguin fer als professionals d'atenció primària en relació amb el **pla d'atenció**, cal fer èmfasi en aspectes relacionats amb:
    - La **proposta** d'**objectius generals**, d'acord amb el diagnòstic situacional de la persona, els seus valors i les seves preferències.
    - La **proposta** d'**accions o intervencions específiques**, especialment centrades en l'empoderament i autocura de la persona, l'adequació de la prescripció farmacèutica i/o els canvis en la provisió de serveis (socials o sanitaris).
- Etapa 4: si hi ha aspectes relacionats amb el **Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)** o amb la planificació de decisions anticipades, així com amb la coordinació de l'atenció. Per exemple:
    - **Recomanacions** en cas de crisi o descompensació i/o preferències de la persona sobre lloc d'atenció.
    - Adequació de la **intensitat terapèutica**.[12]

Amb l'objectiu de facilitar que els professionals d'atenció hospitalària comparteixin informació, es proposa el **formulari estructurat** següent (taula 2):

NOM DE LA PERSONA	
CIP	

Etapa 1: **IDENTIFICACIÓ**	*Es proposa **identificar la persona com a***	**PCC** *(criteris PCC)*		**MACA** *(criteris NECPAL 4.0)*			
	***Criteris** que indueixen a proposar la identificació de la persona*	**Complexitat clínica** *(Multimorbiditat, evolució dinàmica, GMA d'alt risc…)*		Pregunta sorpresa			
				Necessitats pal·liatives			
		Complexitat social *(Situació social de risc o disfuncional)*		Pèrdua funcional			
				Pèrdua nutricional			
		Complexitat de sistema *(Intervenció de múltiples equips/professionals. Benefici de maneig interdisciplinari/atenció integrada)*		Multimorbiditat			
				Ús de recursos			
				Malaltia avançada			
	*S'ha **consensuat** de la **identificació**? Se n'ha **informat**?*	Amb el pacient Al pacient		Amb la família A la família		Pendent de fer	

INFORMACIÓ ADDICIONAL (opcional):

Etapa 2: **DIAGNÒSTIC SITUACIONAL**	Hi ha hagut algun **canvi significatiu** respecte de la **situació basal**?		En l'àmbit GLOBAL (increment de grau de fragilitat) (…)					
			En l'àmbit de les MALALTIES		En l'àmbit FUNCIONAL		En l'àmbit MENTAL		En l'àmbit SOCIAL
		(…)		(…)		(…)		(…)
	Hi ha **necessitats noves**?	(…)						

Etapa 3: **PLA D'ATENCIÓ**	**Objectius generals** proposats *(d'acord amb situació global del pacient, els seus valors i preferències)*		Millora de la SUPERVIVÈNCIA
			Millora o manteniment de la FUNCIONALITAT
			BENESTAR i control SIMPTOMÀTIC
		Altres aspectes que cal destacar d'acord amb els valors i les preferències de la persona	
	Proposta d'**accions específiques**	*En relació amb* ▪ *Accions d'**empoderament i autocura** proposades* ▪ *Adeauació de la **prescripció** farmacèutica* ▪ *Proposta de canvis en la **provisió de serveis** (socials o sanitaris)* ▪ *…*	

Etapa 4: **PIIC**	**Recomanacions** en cas de **crisi o descompensació**		Candidat a derivació a HOSPITAL D'AGUTS (i UCI, si cal)		
			Candidat a derivació a HOSPITAL D'AGUTS (NO UCI)		
			Preferentment, maneig a HOSPITAL D'AT. INTERMÈDIA		
			Preferentment, a maneig DOMICILIARI		
	S'ha consensuat l'**adequació de la intensitat terapèutica?**	Amb el pacient		Pendent de consensuar	
		Amb la família			

Taula 2. Formulari estructurat per a la compartició d'informació. Font: Elaboració pròpia.

4.4 Com s'ha de vehicular la compartició del formulari?

Actualment, els sistemes d'informació que permeten registrar la identificació PCC o MACA són els que es fan servir en l'atenció primària. Per registrar el suggeriment d'identificació des de l'àmbit hospitalari, avui dia hi ha **dos sistemes** per fer-ho:

- Compartint el **formulari estructurat** mitjançant els sistemes de missatgeria (IS3). L'equip d'atenció primària rep una alerta en el seu sistema de missatgeria.
    - L'avantatge principal d'aquest sistema és que permet fer una traçabilitat bidireccional de la informació entre diferents àmbits assistencials.
    - Si bé progressivament l'han anat incorporant la major part de proveïdors del sistema sanitari, a dia d'avui encara no tots en disposen. Cal seguir avançant, doncs, en la implementació d'aquest sistema de compartició d'informació –atès que, en un futur pròxim, tots els proveïdors haurien de disposar de missatgeria IS3, que també serà el canal de missatgeria entre proveïdors de la futura història electrònica de salut (HES) de Catalunya.
- Compartint el **formulari estructurat** a través dels **informes elaborats en l'àmbit hospitalari** (per exemple, en informes d'alta hospitalària). Això es pot fer adjuntant el formulari estructurat com un **informe annex** als informes del centre.

Aquesta **reciprocitat en el flux d'informació** té com a objectiu afavorir la continuïtat assistencial, així com l'harmonització i actualització del pla d'atenció, incorporant els possibles nous diagnòstics i/o propostes d'intervenció específiques al Pla d'atenció individualitzat i/o al PIIC.

Especialment pensat per a situacions de més complexitat, pot ser recomanable establir dinàmiques col·laboratives entre els professionals dels diferents àmbits assistencials que vagin més enllà de l'intercanvi d'informació. Un exemple seria la metodologia de conferència de cas, com a proposta que facilita que tots els professionals que participen de forma significativa en l'atenció de la persona elaborin col·laborativament el Pla d'atenció o PIIC.

5. Bibliografia

1. Salvà A, Rivero S, Roqué M. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. 2007. Madrid: Fundación Pfizer; 2007: 3-4.
2. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: How many lives can we save? Lancet 2005; 366(9496): 1578–82.
3. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. Arch Intern Med 2002; 162(20): 2269.
4. Morabia A, Abel T. The WHO report "Preventing chronic diseases: A vital investment" and us. Soz Präventivmed. 2006; 51(2): 74.
5. Anderson G. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. Robert Wood Johnson Found 2010; 1–43.
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. Nota Prensa 2009; 2009: 1–6.
7. Lehnert T, Heider D, Leicht H, *et al*. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. Med Care Res Rev [Internet] 2011; 68(4): 387–420.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, *et al*. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med 2014; 28(4): 302–11.
9. Kuipers P, Kendall E, Ehrlich C, McIntyre M, Barber L, Amsters D, Kendall M. Complexity and Health care: health practicioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011. Available from: http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf
10. Monterde D, Vela E, Clèries M, Grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. Atención Primaria 2016; 48 (10): 674-682.
11. Gómez Batiste X, Turrillas P, Tebé C, Calsina Berna A, Amblàs Novellas J. NECPAL tool prognostication in advanced chronic illness: A rapid review and expert consensus. BMJ Support Palliat Care 2020 Apr 2:bmjspcare-2019-002126.
12. Fontecha Gómez BJ, Amblàs Novellas J, Betancor Santana É, *et al*. Regional protocol for adjusting the therapeutic intensity. Southern Metropolitan Area of Barcelona. Rev Esp Geriatr Geronto. Jul-Aug 2018; 53(4): 217-222.

6. Annexos

Annex 1. Recomanacions sobre el maneig de la informació sobre la identificació de persones considerades PCC o MACA

Com en qualsevol altre diagnòstic, si bé els **equips d'atenció primària** són els responsables de la identificació definitiva i registre com a PCC o MACA, així com la coordinació de l'atenció a aquestes persones, els **professionals de l'àmbit hospitalari poden explicitar a les persones i/o a l'entorn cuidador que faran el suggeriment d'identificació**, amb l'objectiu de millorar-ne l'atenció i la coordinació.

A continuació, es descriuen les **recomanacions que es fan als equips d'atenció primària** a l'hora de gestionar la informació a les persones sobre la identificació, per si pot ser també d'**ajuda als professionals de l'entorn hospitalari** a l'hora de **comunicar el suggeriment d'identificació** a les persones i/o entorn cuidador:

- Cal tenir present que **la persona ha de ser capaç i competent** per entendre el que li esteu explicant. Si la persona és capaç i competent, i si ho vol, podeu informar també la família o l'entorn. Si no és així, cal informar directament la família, entorn o representant.
- **Informeu amb naturalitat i normalitat**. Assegureu-vos que ho feu sense alarmismes, amb terminologia neutra i evitant paraules amb un contingut emocional alt.
- Expliqueu-li que **«PCC» o «MACA» són les sigles que fem servir per identificar** persones de les seves característiques, i que, a partir de la identificació, intentarem que rebi una atenció excel·lent. Confirmeu que la persona entén la relativitat del resultat. Tot i que ens esforçarem perquè estigui ben atesa, que passi el que hauria de passar i que no passi el que seria indesitjable no depèn totalment ni de nosaltres ni de la persona mateix.
- Expliciteu que **és el seu equip d'atenció primària qui ha de confirmar** finalment aquest «diagnòstic», així com el responsable de desenvolupar el Pla d'atenció individualitzat i la coordinació de l'atenció.
- Expliqueu que aquesta **identificació** ha de ser vista com una **oportunitat per a la millora de l'atenció i personalització de les intervencions**, més que no pas com la simple comunicació d'una, suposada, mala notícia. Argumenteu la identificació com el que és: una proposta de millora en l'atenció integral, sobretot extramurs i fora d'hores (quan ho feu, us heu d'haver assegurat que el territori s'hagi

reorganitzat realment a tal fi.) Podeu plantejar la proposta d'identificació a partir del coneixement que té la persona de la pròpia complexitat. Això permet que el pacient reconegui la seva singularitat i la necessitat d'un enfocament centrat en la millora, en les seves necessitats i preferències. Per exemple, parlar de l'experiència viscuda en l'última descompensació pot ajudar a plantejar la condició de complexitat com a argument per prevenir més descompensacions o millorar l'experiència en el futur.

Annex 2. Preguntes freqüents respecte de la identificació de persones considerades PCC o MACA

Qui pot proposar la identificació de persones considerades PCC o MACA?	Les persones amb necessitats complexes són ateses per diversos professionals d'àmbits, estaments i dependències funcionals variades. De la sospita i de la identificació de la complexitat, se'n poden fer càrrec els professionals de medicina, infermeria o treball social que atenen aquestes persones i que tenen un coneixement prou profund del cas. Cal promoure-la de manera sistèmica i col·laborativa i, preferiblement, interdiciplinàriament. Aquest document obre la possibilitat de **suggerir la identificació i de compartir informació rellevant** respecte del model d'atenció individualitzat des de l'**atenció hospitalària** –especialment de l'àmbit de l'**atenció intermèdia**. A partir d'aquesta visió, cada territori, en el si de la seva **ruta d'atenció a la cronicitat** (RAC), pot acordar recomanacions locals sobre el procés d'identificació.
Com i quan es pren la decisió d'identificar una persona considerada PCC o MACA?	En general, el detonant més habitual de la sospita clínica és la descompensació o crisi. Així, per als professionals assistencials, un moment idoni per plantejar-se una condició de complexitat és després d'una crisi o una transició assistencial, especialment si són reiterades en el temps.
Tota persona que identifiquem com a PCC o MACA, n'ha de ser informada?	Per descomptat, tota persona identificada amb la condició de complexitat n'ha de ser informada, idealment per part del seu equip d'atenció primària. Com en qualsevol altre diagnòstic, implica compartir amb la persona la identificació com a PCC o MACA i també la manera com, a partir d'aquí, s'ha d'adaptar el procés d'atenció. És important, doncs, un procés d'informació i comunicació, adaptat a la persona, amb preguntes obertes i que promogui les decisions compartides relatives a la mateixa identificació i al procés d'atenció que implica. Tot i que no hi ha unes pautes estàndard per a aquest procés d'informació, sí que es disposa d'unes recomanacions mínimes (annex

	1). Pel que fa a la informació relativa al pronòstic vital, especialment en pacients MACA, es pot tractar separadament i es pot posposar si no hi ha hagut un procés d'acceptació de la malaltia, o bé provoca negativisme o una por excessiva.
Per quins pacients complexos s'ha de començar a treballar?	Les persones identificades han de ser **les que més es beneficiïn del model d'atenció individualitzat**. Globalment, el que té més sentit és començar per les més vulnerables a tenir una situació de crisi, les que necessiten atenció fora d'horari ordinari, hospitalitzacions o les que fan servir més els serveis d'urgències o emergències, ja que són les que poden sortir més beneficiades de la planificació de l'atenció. També es pot donar una certa prioritat als pacients que presenten crisis poc freqüents, però especialment complexes de tractar (per exemple, en aquelles malalties greus de baixa prevalença), i a les persones ateses per diversos professionals amb risc de discrepància de criteri. Alhora, es consideren prioritàries les persones amb necessitats complexes que presenten alhora necessitats de salut i necessitats complexes vinculades a l'àmbit psicosocial.
És possible retirar la identificació de PCC o MACA?	Encara que la cronicitat tendeix a ser evolutiva i, conseqüentment, condueix a una trajectòria de final de vida, fins que no s'arriba a aquest punt, les persones poden canviar de condició si els contextos clínics o psicosocials canvien i, fins i tot, passar a una situació menys complexa, cosa que coincidiria amb el concepte de recuperació.(55) Una millora en les condicions socials, la millora d'una malaltia greu però possiblement reversible o els canvis en el context d'empoderament personal són algunes de les situacions que poden fer que una condició de complexitat, de PPC o MACA, reverteixi a estadis sense complexitat, i podrien obligar a revisar la identificació de la persona. Aquesta decisió depèn sempre del context en el qual podem garantir la millor atenció. Tanmateix, cal tenir en compte la voluntat expressa de la persona perquè li retirin la condició amb què ha estat identificada.