

Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)



ppac | pdss | deap

programa de prevenció i atenció
a la cronicitat pla director
socio-sanitari

direcció estratègica d'atenció primària

Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)

Barcelona, 2020



Generalitat
de Catalunya

/Salut

Alguns drets reservats

© 2020. 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

Disseny gràfic

Víctor Oliva

Edició

Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut

1a edició

Barcelona, febrer de 2020

Assessorament lingüístic

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Revisió corporativa

Oficina de Comunicació

Núm. de registre

81476

Direcció

- Santaeugènia, Sebastià. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC). Pla Director Sociosanitari (PDSS). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
- Ruiz, Rafael. Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària (DEAPiC). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Coordinació i edició

- Amblàs, Jordi. PPAC. PDSS. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Autoria (per ordre alfabètic)

- Amblàs, Jordi. Metge geriatre. PPAC. PDSS. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Amil, Paloma. Infermera d'atenció primària. PPAC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Bocanegra, Ignasi. Secretaria del PPAC i del PDSS.
- Bullich, Íngrid. Infermera especialista en Geriatria. PDSS. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Contel, Joan Carles. Infermer d'atenció primària. PPAC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Gil, Esther. Infermera d'atenció primària. PPAC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Giráldez, Gemma. Secretaria del PPAC i del PDSS.
- González, Assumpció. Infermera d'atenció primària. PPAC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Melendo, Eva Maria. Infermera especialista en Geriatria. PDSS. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Mir, Victòria. Treballadora social sanitària. PPAC. PDSS. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Ruiz, Rafael. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. DEAPiC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Santaeugènia, Sebastià. Metge internista. PPAC. PDSS. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Índex

Resum executiu	8
Resum visual	10
1. Introducció	11
1.1 Justificació	11
1.2 Fonaments i objectius del model	12
1.2.1 L'ACP com a fil conductor del model	13
1.2.2 L'ACP com a palanca de canvi del sistema	14
1.3 En quina població es focalitza aquest model?	16
1.4 Quines garanties propugna aquest model?	16
1.4.1 A les persones	16
1.4.2 Als professionals i a les organitzacions	17
2. El context epidemiològic i la doble mirada (individualitzada i poblacional)	19
2.1 Context epidemiològic	
2.1.1 Envelliment demogràfic i transicions	19
2.1.2 Epidemiologia de la cronicitat	21
2.2 Des de la mirada individualitzada fins a la visió poblacional	23
2.2.1 Mirada individualitzada	23
2.2.2 Mirada poblacional	24
3. Metodologia utilitzada en l'elaboració d'aquest model	27
3.1 Experiència acumulada en les etapes anteriors	27
3.2 Participació de les persones	28
3.3 Participació dels professionals i les organitzacions	29

4. Bases conceptuals	31
4.1 La multimorbiditat com a realitat heterogènia i prevalent	31
4.2 La fragilitat com a concepte transversal en la valoració de les persones grans i/o amb problemes de salut crònics	35
4.2.1 Utilitat del concepte de fragilitat en la pràctica assistencial	35
4.2.2 La fragilitat com a realitat dinàmica	40
4.2.3 Fragilitat, capacitat funcional i capacitat intrínseca	41
4.2.4 Relació conceptual entre fragilitat i complexitat	42
4.3 Persones amb necessitats complexes d'atenció o amb cronicitat complexa (PCC)	43
4.3.1 Criteris per a la identificació de PCC	45
4.3.2 Estratificació de la complexitat a partir dels sistemes d'informació	46
4.4 Persones amb necessitats pal·liatives o amb cronicitat avançada (MACA)	47
4.4.1 Bases de l'atenció pal·liativa al segle XXI	48
4.4.2 Identificació precoç de la situació de final de vida	49
4.4.3 Complexitat i final de vida	52
4.4.4 Atenció pal·liativa pediàtrica	52
5. Model d'atenció per a persones amb fragilitat inicial, cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	55
Etapa 1: Identificació/cribratge poblacional	57
Etapa 2: Diagnòstic situacional	59
5.2.1 Valoració multidimensional	60
5.2.2 Identificació de necessitats	62
Etapa 3: Pla d'atenció	65
5.3.1 Objectius assistencials	66
5.3.2 Propostes d'intervenció	71
5.3.3 Especificitats per a persones amb fragilitat inicial, PCC i MACA	74
Etapa 4: Compartició del pla o pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)	75

6. Elements facilitadors del model d'atenció	77
6.1 Treball en equip i pràctiques col·laboratives	77
6.1.1 Treball en equip i interdisciplinarietat	77
6.1.2 Pràctiques col·laboratives i treball en xarxa	78
6.2 Rutes assistencials i a atenció a les transicions	79
6.3 Integració de l'atenció	80
6.4 Sistemes d'informació i història clínica compartida	83
6.5 Avaluació de resultats i redireccionament	85
6.6 Formació, recerca i innovació	88
6.6.1 Formació i transferència de coneixement	88
6.6.2 Recerca i innovació	89
7. Properes passes	91
8. Apèndix: Implicacions del model en context de la pandèmia de COVID-19	92
9. Bibliografia	96

Resum executiu

Què vol promoure aquest model?

Vol promoure un **model d'atenció més individualitzat**, que s'hauria de focalitzar en els resultats que són importants per a les persones. Aquest model hauria de servir tan de **palanca de canvi** cap a un sistema més humanitzat, com a **fil conductor de l'atenció**-especialment per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa i/o avançada,

Vol facilitar el treball i el **lideratge dels professionals**, com a **garants d'aquest model** d'atenció i responsables de la personalització de les intervencions.

Des d'una visió inclusiva, vol ajudar a fomentar les **pràctiques col·laboratives** en tots els àmbits, a **tots els nivells assistencials**, des d'una perspectiva d'integració vertical i horitzontal.

Per què és important?

Perquè, a partir d'un model pragmàtic, aporta **respostes concretes** al repte de la cronicitat, la complexitat i el final de vida.

Aquestes respostes s'elaboren des d'una **triple visió**: la de les **persones** —que són el centre del model d'atenció—, la dels **professionals i els equips** —com a garants de les bones pràctiques i la qualitat assistencial—, i amb la **mirada poblacional**—com a element necessari per a la planificació, per garantir l'equitat i la qualitat de l'atenció, així com el monitoratge de resultats.

Com es vehicularà?

Aportant quès (**model d'atenció centrat en la persona**), basats en l'evidència, amb vocació pragmàtica i de manera consensuada amb professionals i organitzacions, als qui es vol dotar d'un **relat** tangible, d'una **visió compartida** i d'**eines** concretes.

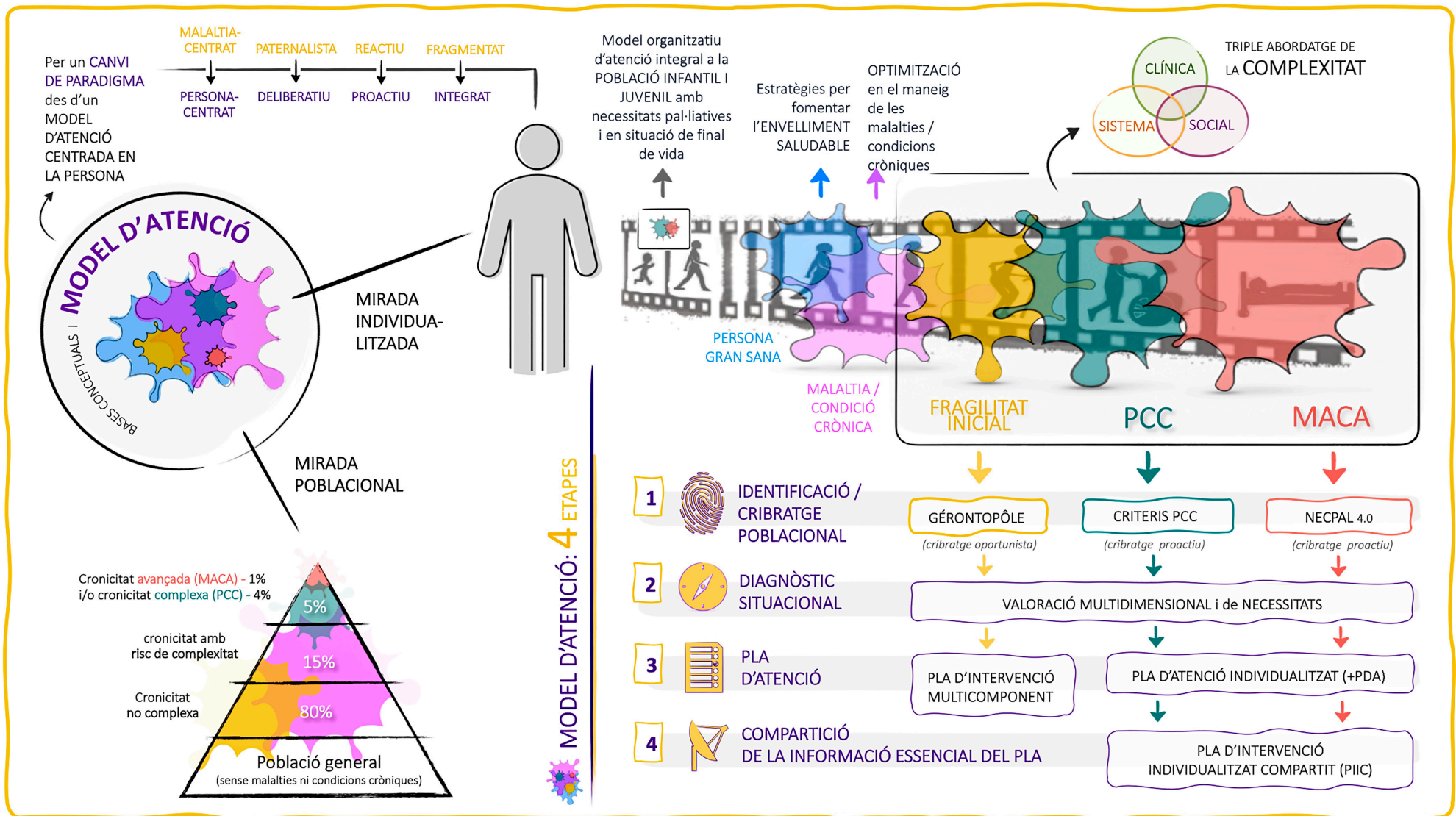
Promovent **coms** (**propostes** volgudament **territorials**), adaptats a les característiques i les necessitats de cada territori, potenciant els lideratges de proximitat.

Quin és l'impacte esperable?

La **millora dels resultats** d'atenció des d'una perspectiva quàdruple:¹

- De **salut i benestar** de les persones ateses.
- D'**experiència** d'atenció rebuda per part de les **persones** i les **famílies i/o l'entorn cuidador**.
- D'**experiència** d'atenció prestada per part dels **professionals**.
- D'adequació de la **utilització de recursos i d'eficiència**.

Resum visual



1. Introducció

1.1 Justificació

Estem davant de l'eclosió epidemiològica d'un grup de **persones grans**, moltes amb bon estat de salut, d'altres amb **problemes de salut crònics** i multimorbiditat;²⁻⁴ algunes de les quals —també en persones més joves i infants— amb necessitats d'atenció complexes i necessitats pal·liatives.⁵ Al llarg dels propers anys, aquest fet representarà un dels **reptes** més importants per als sistemes de salut:^{6,7} tant per a les **organitzacions** i les **polítiques** —que hauran de fer front al desafiament de la complexitat derivada de l'heterogeneïtat d'aquesta població, així com per la dificultat per donar resposta a les seves necessitats i els costos d'atenció que se'n puguin derivar— com també per als **professionals**, que hauran d'excel·lir en l'abordatge de les necessitats d'aquestes persones, respondre a la necessitat de la personalització de l'atenció i fer-se càrrec de la complexitat derivada de la dificultat per a la presa de decisions, sobre elles i amb elles.

Una de les **barreres** que caldrà superar per oferir una atenció d'excel·lència a aquestes persones són les percepcions estereotipades que sovint es tenen de les persones grans i/o amb problemes de salut crònics,⁸ fet que pot induir a discriminacions i iniquitats: és possible que actualment aquesta discriminació per motius d'edat i de condició de salut sigui una forma encara més generalitzada de discriminació que el sexisme o el racisme.^{9,10}

En el marc de la **política europea de salut 2020**, l'any 2012 s'aprovaren unes **directrius** amb l'objectiu de “donar suport a les accions del govern i la societat per millorar significativament la salut i el benestar de les persones, reduir les desigualtats en salut, reforçar la salut pública i assegurar que els sistemes de salut siguin centrats en les persones, universals, equitatius, sostenibles i d'alta qualitat”.¹¹ Aquestes directrius orienten els sistemes de salut sobre la manera com han d'afrontar els principals reptes relacionats amb les malalties cròniques: la inversió en salut des d'una perspectiva àmplia —que inclogui tot el curs de vida—, l'apoderament dels ciutadans, la creació d'entorns generadors de salut i comunitats resilients, la prioritització de la salut pública i de l'**atenció centrada en la persona (ACP)**.

Paral·lelament, l'**Organització Mundial de la Salut (OMS)** ha publicat recentment l'estratègia sobre envelliment i salut (*Global strategy and action plan on ageing and health*),¹² on es fa un èmfasi especial en la necessitat de promoure un envelliment saludable de la població, així com la necessitat d'adaptar els sistemes de salut a les característiques de les persones grans i/o amb problemes de salut crònics. En aquest sentit, la mateixa OMS ha dissenyat una estratègia global de serveis integrats de salut centrats en les persones (*Global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*),¹³ que tenen com a ele-

ments clau potenciar les persones, evitar la fragmentació de serveis i potenciar la col·laboració entre proveïdors. Així doncs, **en primer lloc**, cal situar les persones i les comunitats —i no les malalties— al centre del sistema de salut, i apoderar-les perquè es facin càrrec de la salut pròpia (en lloc de ser destinataris passius de serveis); la prestació de serveis ha d'adoptar la perspectiva de les persones, les famílies i les comunitats, a qui es considera participants i beneficiaris, fet que requereix que les persones tinguin l'educació i el suport que necessitin per prendre decisions i participar en la seva pròpia cura. **En segon lloc**, cal un canvi de model en l'organització sanitària, que s'ha de redissenyar per passar d'un model centrat en les malalties a un model centrat en les necessitats i els resultats de salut que importen a les persones. **En tercer lloc**, cal garantir que les persones rebin un continuïum de serveis de promoció de la salut, prevenció de malalties, diagnòstic, tractament, gestió de la malaltia, rehabilitació i serveis de cures pal·liatives, en diferents nivells d'atenció del sistema sanitari, i segons les seves necessitats al llarg de tota la vida.

Hi ha un ampli consens internacional en el fet que l'**atenció integral, integrada i centrada en la persona** és el millor enfocament en aquest context.^{14,15} L'evidència actual avala que l'atenció integrada contribueix a millorar l'accés als serveis i a disminuir hospitalitzacions i readmissions innecessàries, millora l'adherència al tractament,¹⁶⁻¹⁸ incrementa la satisfacció de les persones ateses, incrementa l'alfabetització i l'autocura, millora la satisfacció laboral dels professionals i millora els resultats en salut.^{19,20} També hi ha una evidència creixent de l'eficàcia dels serveis sanitaris integrats, especialment per a la gestió de persones amb problemes de salut crònics.^{21,22}

1.2 Fonaments i objectius del model

Al llarg de la darrera dècada s'ha posat de manifest un interès creixent per adaptar els serveis a les necessitats de les persones, fomentant la seva implicació i participació en la cura del seu benestar i la seva salut. Aquest fet ha significat un gir en l'orientació del model d'atenció i ha posat la persona com a eix del sistema de salut, promovent el respecte per la seva dignitat i autonomia, com a pilars ètics fonamentals.

L'apoderament de les persones i els models d'atenció personalitzats són dos exemples on, des d'aquesta proposta estratègica, es vol fer tangible l'**atenció centrada en la persona** d'acord amb els tres pilars que la sustenten: l'evidència científica, les necessitats de la persona i les prioritats individuals.

L'atenció a les persones grans i a les persones amb problemes de salut crònics requereix un **enfocament ampli** que va des de l'envelliment saludable, passant per la prevenció de la discapacitat, l'optimització de l'abordatge de les patologies cròniques o les situacions de complexitat, fins a les persones en situació de final de vida i les necessitats d'atenció pal·liativa. La identificació de cada

una d'aquestes etapes està justificada pel benefici que ha demostrat l'atenció basada en **models d'atenció específics** i adaptats a les característiques i les necessitats de **cada etapa**.

1.2.1 L'ACP com a fil conductor del model

L'any 2008 l'**OMS** va definir l'ACP com "l'atenció que s'aconsegueix quan es posa la persona en l'eix on interactuen la resta de dimensions relacionades amb: la intervenció basada en l'evidència científica, organització del servei, l'equip, la interdisciplinarietat i l'ambient".

Tot i que no hi ha una definició universal consensuada d'ACP, una de les més referenciades és la dels documents elaborats per la coalició **National Voices**: "Puc planificar la meua cura amb les persones que treballen per entendre'm a mi i al meu cuidador o cuidadors, donant-me el control i facilitant-me els serveis per assolir els objectius que són importants per a mi".²³

En l'actualitat —i trenta anys després de la Carta d'Ottawa—, d'acord amb la **Declaració de Shanghai** sobre la promoció de la salut, s'identifiquen com a imprescindibles tres pilars bàsics: una bona governança, les ciutats saludables i el coneixement sobre la salut. En aquesta línia, el canvi de paradigma cap a un model d'atenció centrada en la persona pot ajudar a millorar la qualitat de l'atenció i els resultats, reduir la càrrega assistencial o fer un ús més eficient dels serveis sanitaris i socials. Per aquest motiu, la legislació i els documents en polítiques sanitàries del benestar cerquen, cada cop més, allunyar-se del model paternalista i afavorir la veu de la ciutadania.

Finalment, l'abril de 2016, en la 69a assemblea mundial de la salut de l'OMS, es presentà el marc sobre serveis de salut integrats i centrats en la persona on s'exposen **cinc estratègies** amb les intervencions consegüents per al desenvolupament de sistemes d'atenció més integrats i centrats en la persona.²⁴

Actualment, a Catalunya s'està consensuant un **marc avaluatiu** que permeti guiar les diferents organitzacions i professionals per a la implementació del model d'atenció centrada en la persona, basat en els vuit principis de l'Institut Picker²⁵ (figura 1).



Figura 1. Els vuit principis de l'atenció centrada en la persona de l'Institut Picker.

Font: elaboració pròpia.

1.2.2 L'ACP com a palanca de canvi del sistema

El model d'**atenció centrada en la persona** ha de ser el motor de canvi d'un sistema de salut "clàssic" —tal com l'hem conegut els darrers anys— a un sistema de salut adaptat a les necessitats de les persones grans i/o amb problemes de salut crònics (taula 1):

D'un sistema... A un sistema...

Centrat en la malaltia i estereotipat.

Històricament, el centre de gravetat del coneixement mèdic han estat les malalties i el seu abordatge. Per exemple: l'organització dels centres hospitalaris, encara avui en dia, es fa basant-se en les patologies o per sistemes. L'increment progressiu de persones amb multimorbiditat (amb múltiples problemes de salut crònics) està posant en qüestió aquest sistema organitzatiu, que cada vegada esdevé menys orientat a les necessitats reals de la persona.

Centrat en la persona i individualitzable,

amb possibilitat d'una atenció integral, individualitzada i personalitzada, que identifiqui els trets característics de cada persona i que respecti els seus valors, creences i preferències. Totes les persones, especialment les que són grans o estan en situació de complexitat, han de tenir dret a rebre una atenció basada en l'evidència científica, individual, basada en les seves necessitats, i personalitzada, basada en les seves preferències.

Paternalista

Sovint s'ha assumit que els professionals eren els únics coneixedors —i, per tant, els garants— de la salut de les persones i els encarregats de la presa de decisions, en què es dona als pacients una informació orientada cap allò que el professional ha pensat que era millor per a la persona. En aquest sentit, no sempre s'ha valorat la possibilitat de crear espais de debat que permetessin analitzar altres opcions d'abordatge (per exemple, fins fa pocs anys no s'ha inclòs la possibilitat d'oferir una segona opinió respecte a això).

Deliberatiu,

on es garanteixi que la persona pugui disposar d'una informació accessible i entenedora. Aquest ha de ser el punt de partida necessari per a un procés de presa de decisions compartida que ha de combinar l'expertesa dels professionals (en el diagnòstic situacional, pronòstic, opcions de tractament...) amb la de les persones (en la seva experiència de la malaltia, actitud davant el risc, objectius, valors i preferències).

Reactiu

Els sistemes de salut, sovint, han estat més enfocats a donar resposta a les descompensacions o els problemes aguts més que no pas a la proactivitat (mesures de promoció de la salut o mesures preventives), ja sigui en relació amb malalties o per a la resta de problemes de salut crònics (discapacitat, fragilitat...).

Proactiu i amb capacitat de resposta,

on, malgrat la presència de malalties i/o problemes de salut crònics (sovint avançats), l'atenció tingui una vocació molt més preventiva i anticipatòria. Aquest enfocament, ha de preveure tant les mesures enfocades a alentir la progressió de les malalties, evitar-ne les descompensacions, o bé en l'atenció de les conseqüències; com en l'abordatge precoç de les necessitats d'atenció que se'n puguin derivar i en la planificació avançada o la presa de decisions anticipades.

Fragmentat

Fins fa pocs anys, els diferents actors i àmbits del sistema s'han caracteritzat per tenir objectius diferents i una interrelació escassa. Això ha generat allunyament o tensions que han condicionat negativament l'atenció a les persones, ja sigui en relació amb els resultats de salut, els processos (transicions mal fetes, increment d'ingressos hospitalaris...), o la mala experiència d'atenció per part de les persones ateses.

Integrat,

on es doni un veritable alineament dels objectius entre els diferents àmbits assistencials, amb l'objectiu de garantir una veritable atenció centrada en la persona per part del sistema de salut. L'atenció integrada és un dels elements clau en l'atenció a persones amb necessitats complexes i pal·liatives (PCC i MACA). Alguns elements clau són: objectius assistencials consensuats i plans d'atenció compartits, l'atenció exquisida de les transicions, el treball col·laboratiu dels àmbits sanitari i social o bé la transferència mútua de coneixement, superant la fragmentació de l'atenció en àmbits assistencials per promoure una corresponsabilització en l'atenció i resultats a la població.

Taula 1. Canvi de paradigma en l'atenció a la cronicitat i a les persones grans.

Font: elaboració pròpia.

1.3 En quina població es focalitza aquest model?

Si bé qualsevol persona es pot beneficiar d'un model d'ACP, la personalització de les intervencions resulta **especialment necessari** en aquelles que majoritàriament requereixen un enfocament integral i integrat, que són sobretot **les persones amb problemes de salut crònics** -especialment quan aquesta cronicitat és complexa i/o avançada-, així com les **persones grans** -especialment quan hi ha una situació de fragilitat-. (figura 2)

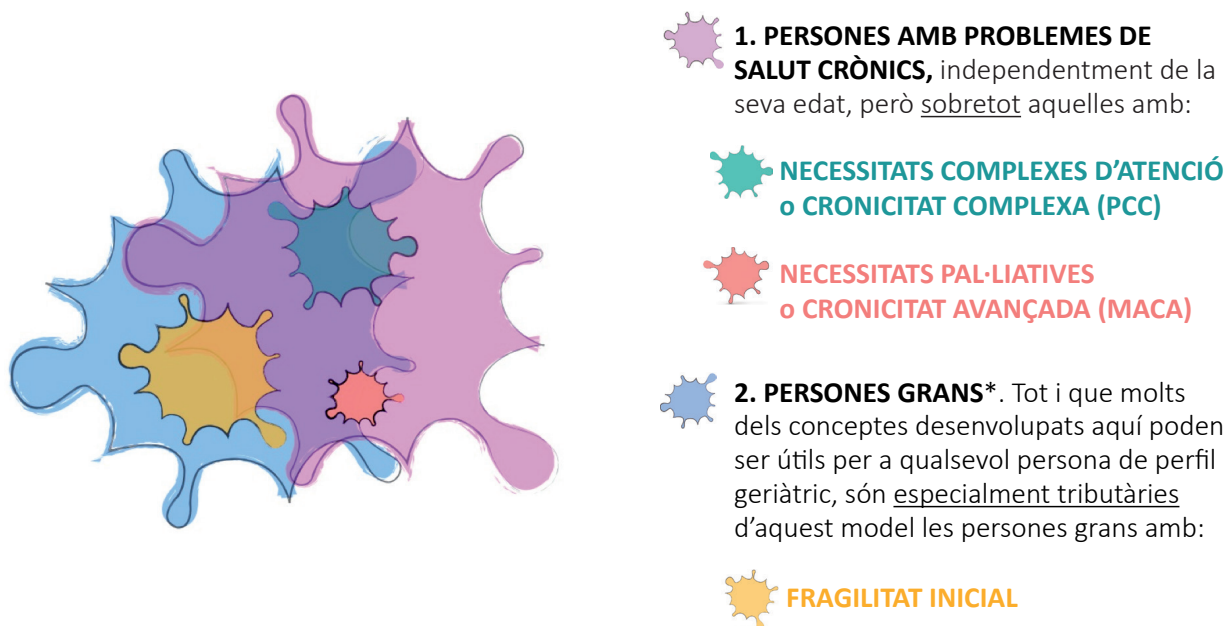


Figura 2. Població en què es focalitza aquest document.

Font: elaboració pròpia.

*El TERMCAT defineix gent gran com les "persones que es troben en el període vital en què han cessat les activitats professionals o persones a partir dels seixanta-cinc anys".²⁶

1.4 Quines garanties propugna aquest model?

Aquest document té com a objectiu ajudar a fer un pas endavant en el model d'atenció a aquestes persones, on els professionals i les organitzacions han de ser els garants de proporcionar una atenció autènticament centrada en la persona.

1.4.1 A les persones

A les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa i/o avançada, se'ls hauria de garantir un model d'**atenció centrada en la persona**, d'acord amb les esmentades dimensions de l'Institut Picker²⁵ —recollides en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya—,²⁷ així com en la Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària.²⁸ De forma resumida podem esmentar:

- El dret que es respectin els **valors** i les **preferències, les creences i les prioritats** de la persona.
- El dret a la **informació, l'apoderament i la participació** de les persones, les famílies, l'entorn cuidador i les comunitats —entès com la facilitació d'oportunitats, capacitats i recursos que les persones necessiten per prendre decisions efectives sobre la salut pròpia. Això implica:
 - Que les persones puguin participar en la presa de decisions, per mitjà d'un procés de **presa de decisions compartida**, com a element clau de l'atenció centrada en la persona.
 - La incorporació de la **família i/o l'entorn cuidador** que vulgui la persona atesa, com a elements clau de la xarxa de suport.
- El dret a ser atès amb un **model d'atenció integral** i amb **visió multidimensional**, que incorpori:

Un **sistema de detecció** proactiu de persones que es puguin beneficiar d'un model d'atenció específic, i que sigui visible per a tots els agents que intervinguin en el procés d'atenció.

Una **valoració multidimensional**, amb una mirada holística de totes les dimensions i les necessitats de les persones.

Un **pla d'atenció personalitzat**, que sigui integral, interprofessional i únic, i consensuat amb la persona i/o les famílies i/o l'entorn cuidador. Aquest pla ha d'incloure elements relacionats amb el benestar de la persona, el suport psicoemocional i les propostes assistencials específiques per dur-lo a terme.

La **compartició de la informació essencial** del pla d'atenció integral, assegurant-ne l'accessibilitat tant a tots els professionals que les atenen com a les persones mateix.

Rebre una **resposta consensuada o compartida** —des d'una perspectiva tant sanitària com social— d'acord amb les seves necessitats.
- El dret a rebre una **atenció coordinada i/o integrada**, una atenció de continuïtat i coherent amb el pla d'atenció en les transicions dins (per exemple: en l'etapa de jove a adult) i entre àmbits d'atenció (per exemple: entre l'àmbit hospitalari i el comunitari).

1.4.2 Als professionals i a les organitzacions

PROFESSIONALS

- Amb l'objectiu que els professionals puguin actuar com a garants del model d'atenció centrat en la persona, haurien de poder:
- Disposar de les **eines** i els **recursos** necessaris.

- **Participar** de forma activa en el **lideratge clínic** i el **codisseny de projectes** vinculats a la planificació estratègica, així com en la seva implementació i seguiment posteriors.
- Accedir a la **formació** necessària per donar la millor resposta possible a aquestes persones, de forma homogènia a tots els territoris de Catalunya i de tots els serveis sanitaris.
- Disposar d'espais, temps i recursos per poder **participar en el procés de millora i innovació** en l'atenció a aquestes persones.

ORGANITZACIONS

Aquest model vol:

- Proporcionar a les organitzacions un **marc conceptual** concret, que els permeti enfocar els seus serveis assistencials a les persones grans i/o amb problemes de salut crònics i altes necessitats, des d'una perspectiva de visió centrada en la persona.
- Promoure **iniciatives de bones pràctiques** (*right care*), de pràctiques col·laboratives i d'atenció integrada en l'atenció a les persones grans i/o amb problemes de salut crònics, basades en la millor evidència disponible.

2. El context epidemiològic i la doble mirada (individualitzada i poblacional)

2.1 Context epidemiològic

L'envelliment de la població i les transicions epidemiològica, demogràfica i de la salut són el punt de partida d'una realitat ràpidament canviant, que ens ha portat a un canvi de paradigma sense precedents.

2.1.1 Envelliment demogràfic i transicions

Al llarg de les darreres dècades, la suma de diferents transicions (epidemiològica, demogràfica i de la salut) ha condicionat un procés d'**envelliment** de la població —entès com l'increment de la proporció de persones de més de 65 anys respecte al total de la població— i representa, juntament amb el fenomen migratori, el fet social i sociològic més important d'aquest principi de segle XXI.²⁹ L'envelliment demogràfic és un fenomen d'abast mundial. Segons dades de l'OMS:¹²

- Entre els anys 2015 i 2050, el percentatge d'habitants del planeta de més de 60 anys gairebé es duplicarà, i passarà del 12% al 22%.
- El 2020, el nombre de persones de 60 anys o més serà superior al d'infants de menys de cinc anys.
- L'any 2050, el 80% de la gent gran viurà en països d'ingressos baixos i mitjans.
- La pauta d'envelliment de la població és molt més ràpida que en el passat.
- Tots els països s'enfronten a reptes importants per garantir que els seus sistemes sanitaris i socials estiguin preparats per afrontar aquest canvi demogràfic.

El concepte de **transició epidemiològica**³⁰ fa referència al canvi d'una preponderància de les malalties infeccioses com a causa de mort, cap a un predomini de malalties degeneratives, cardiovasculars i oncològiques, i és fruit de la modificació de la mortalitat associada a aquestes malalties, assolida pels avenços en la medicina i la milloria de les condicions socials. Aquesta visió més àmplia ens

porta al concepte de **transició de la salut**,³¹ en al·lusió a un conjunt molt més ampli de condicionants de salut: socials, econòmics, tecnològics i polítics, però també ambientals i laborals. La suma d'aquestes dues transicions ha condicionat la **transició demogràfica**:³² el procés de ruptura en la continuïtat del curs del moviment de la població, on, en un moment donat, es passa de nivells alts de mortalitat i natalitat a nivells baixos d'aquestes variables —fenomen que, en el cas de Catalunya i Espanya està ja molt avançat, amb un creixement total gairebé de zero.³³



A Catalunya, en el transcurs de les darreres dècades, la població ha envellit de forma considerable:³⁴ no tan sols està augmentant el percentatge de persones de més de 65 anys en la població, sinó que també ho fa l'índex d'envelliment —nombre de persones de més de 65 anys respecte al nombre de persones de menys de 15 anys. Les estadístiques de població de l'IDESCAT³⁵ mostren que el percentatge de persones de més de 65 anys es va incrementar un 23% de l'any 1991 al 2011, i que l'índex d'envelliment va augmentar de 85 a 108. L'any 2020, el percentatge de persones de més de 65 anys, en el conjunt de la població de Catalunya, va augmentar fins al 18,94%, i l'índex de sobreenvelliment —persones de més de 85 anys— va ser del 17,1%.

Però això no és tot: totes les projeccions apunten que aquest envelliment serà cada vegada més notori³⁴ (figura 3):

- La població de més de 65 anys pràcticament es duplicarà —es passarà d'1,30 milions a 2,45 milions.
- Les persones de més de 80 anys es duplicaran —es passarà de 0,41 milions l'any 2013 a 0,94 milions l'any 2051.
- El nombre de persones centenàries passarà de les 1.700 persones de l'any 2013 a les 21.600 persones l'any 2051.
- L'esperança de vida en néixer s'incrementarà uns cinc anys d'ara fins al 2050, i passarà a ser de 85,33 anys, en el cas dels homes, i de 90,21 anys, en el cas de les dones.
- En relació amb això, l'esperança de vida als 65 anys s'incrementarà pràcticament quatre anys: en el cas dels homes, passarà de ser de 18,7 anys l'any 2012 a 22,6 anys l'any 2050; en el cas de les dones, passarà de 22,7 a 26,5 anys, respectivament.

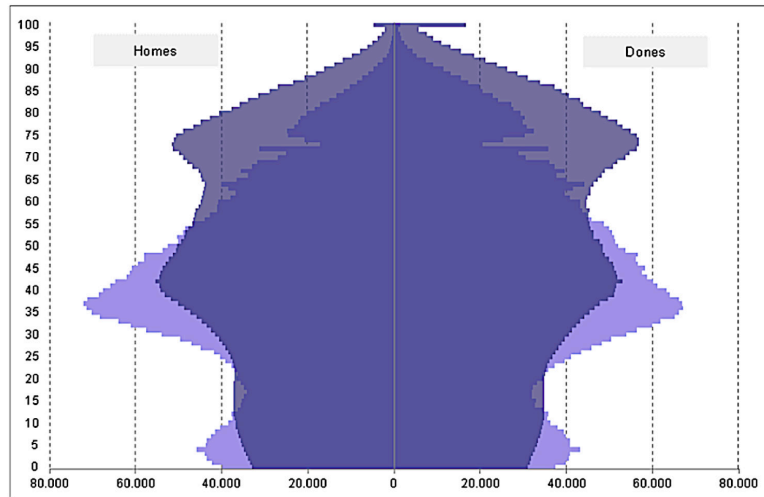


Figura 3. Projecció evolutiva i dinàmica de la piràmide poblacional de Catalunya per al període 2015-2050.

Font: IDESCAT. Nota: el 2015 s'indica amb el color clar i el 2050 amb el color fosc.

2.1.2 Epidemiologia de la cronicitat

Coneixedors d'aquest envelliment de la població i que la morbiditat d'aquesta es concentra en les edats avançades, constatem que en el nostre entorn es produeix un increment del nombre de persones que pateixen algun problema de salut crònic:

- **Una prevalença més elevada de problemes de salut crònics:** segons les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA),³⁶ el 34,3% de la població general té alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. Aquest percentatge és superior en les dones per a tots els grups d'edat (excepte en el cas dels menors de 15 anys), en persones que pertanyen a classes socials més desfavorides, en persones amb estudis primaris o sense estudis, i està estretament lligat a l'edat —passa del 12,3% en la població de 0 a 14 anys al 69,7% en la població a partir dels 75 anys—. Segons l'Enquesta nacional de salut de l'Estat espanyol de 2006 i l'Enquesta europea de salut de 2009, a Espanya, les persones d'entre 65 i 74 anys tenen una mitjana de 2,8 problemes o malalties cròniques, i passen a ser 3,23 entre les persones de més de 75 anys.^{37,38} Aquestes dades són coherents amb les publicades internacionalment, on també es constata que el nombre de comorbiditats augmenta amb l'edat i és més elevada en individus de més de 65 anys.³⁹



A **Catalunya**, al voltant de 2.579.000 persones pateixen un o més trastorns crònics, especialment malalties de l'aparell locomotor, de l'aparell circulatori i problemes de salut mental. La incidència augmenta amb l'edat i també és més elevada en dones. La proporció de persones amb alguna malaltia crònica per tram d'edat és la següent (taula 2):

GRUP D'EDAT	PREVALENCIA		
	Homes	Dones	Total
0-14	12,8	11,7	12,3
15-33	20,3	20,8	20,4
45-64	43,5	50	46,8
65-74	59,5	69,2	65,7
75 i més	67,5	71,1	69,7
TOTAL	31,7	36,8	34,3

Taula 2. Prevalença de població catalana amb alguna malaltia crònica per trams d'edat i sexe.

Font: ESCA 2015.

- **Més prevalença de discapacitat.** La prevalença de la discapacitat augmenta a mesura que augmenta l'edat. Per altra banda, però, la prevalença global de discapacitat de la població manté una certa tendència al descens (al voltant del 15,7% de la població de 15 anys o més —13,6% dels homes i el 17,7% de les dones—).
- **Mortalitat i malalties cròniques.** En un informe de l'OMS de l'any 2005 ja es va objectivar que el 60% de les morts que es produïen al món eren conseqüència de malalties cròniques.⁴⁰ Les malalties cardíaques, el càncer, les malalties respiratòries i la diabetis són les principals causes de mortalitat al món; són les responsables del 63% del total de les morts.⁴¹



A **Catalunya**, en el període 2010-2014, la mortalitat estandarditzada per edat s'ha reduït en un 8,5%. Les causes de mort principals són:

- **En homes:** càncer de pulmó, cardiopatia isquèmica i malalties respiratòries.
 - **En dones:** demència, malalties cerebrovasculars i malalties cardíaques.
- **Ús més elevat de recursos.** L'impacte d'aquests problemes de salut crònics va més enllà dels efectes directes sobre la persona: s'estima que més del 50% dels recursos del sistema sanitari estan dedicats al tractament de malalties cròniques o a les descompensacions associades.⁴²⁻⁴⁹ Aquesta proporció es pot incrementar fins a almenys dos terços de la despesa, si tenim en compte l'ús tant dels serveis sanitaris com dels socials⁴⁹ —en un estudi de l'any 2007 als Estats Units, les despeses derivades de l'atenció a pacients amb malalties cròniques representaven el 78% del cost sanitari.⁴⁷

Les persones amb malalties i problemes de salut crònics generen el 80% de les consultes en atenció primària i el 60% dels ingressos hospitalaris —que són més perllongats—, i en què es constata, també, una freqüentació més alta als sistemes d'urgències i els hospitals de dia.^{37,50,51}

- **Impacte en les polítiques i els sistemes de salut.** Aquest escenari ha impactat de forma substancial en les polítiques actuals i futures, tant en l'esfera sanitària com social, i és una font de gran preocupació,⁵² especialment, en un context en què els sistemes sanitaris i les organitzacions han estat, històricament, orientats cap a l'atenció i la resolució de problemes de salut aguts i en persones d'edat més jove.⁵³ Davant d'aquesta realitat, les persones amb múltiples problemes de salut crònics i limitacions en les activitats de la vida diària tenen més dificultat per accedir als serveis sanitaris i circular-hi, atès que el model assistencial no fou dissenyat pensant en les seves necessitats⁵⁴ i reben, així, les conseqüències derivades d'uns sistemes sanitaris no adaptats.⁵⁵

2.2 Des de la mirada individualitzada fins a la visió poblacional

En l'atenció a les persones grans i/o amb problemes de salut crònics sovint se sobreposen **dues visions necessàriament complementàries**-que en realitat són vasos comunicants-: la dels sistemes de salut —per a qui l'atenció és sinònim de gestió de recursos i planificació sanitària— i la dels professionals —estretament lligada a l'atenció de necessitats multidimensionals de les persones. La clau de l'èxit rau en el fet d'harmonitzar el model d'atenció amb visió poblacional (models organitzatius) amb el model centrat en la persona (valoració multidimensional individualitzada i pla d'atenció integral personalitzat):

2.2.1 Mirada individualitzada

Per adequar l'atenció a les necessitats de la persones grans i/o amb problemes de salut crònics resulta imprescindible fer un abordatge “de precisió” o individualitzat, és a dir, d'acord amb les característiques específiques o singulars de la persona.

Aquesta **personalització de l'atenció** resulta clau per a aquestes persones, les característiques de les quals molt sovint sobrepassen els plantejaments assistencials basats en protocols i guies de pràctica clínica. Això requereix:

- 1) La **identificació** d'aquesta situació, *ja sigui tenint en compte la situació de fragilitat inicial, de cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)*
- 2) Un **diagnòstic situacional**, *fet que requereix d'una valoració multidimensional i l'avaluació de necessitats.*
- 3) Un **pla d'atenció** individualitzat, *en el context d'un procés de presa de decisions compartida entre els professionals i les persones, amb l'establiment d'objectius assistencials⁵⁶ amb adequació de la intensitat terapèutica,⁵⁷ facilitant una proporcionalitat de les actuacions d'acord amb la seva situació clínica i les seves voluntats.⁵⁸*

4) **Compartir** la informació entre tots els professionals i les diferents organitzacions i àmbits d'atenció que participin en l'atenció de cada persona, *especialment per a les situacions on hi hagi necessitats d'atenció complexes i/o necessitats d'atenció pal·liativa*.

Conceptualment podem distingir diferents moments en l'etapa vital d'una persona que caldria tenir en compte. Els mostrem de forma esquemàtica a la figura següent (figura 4):

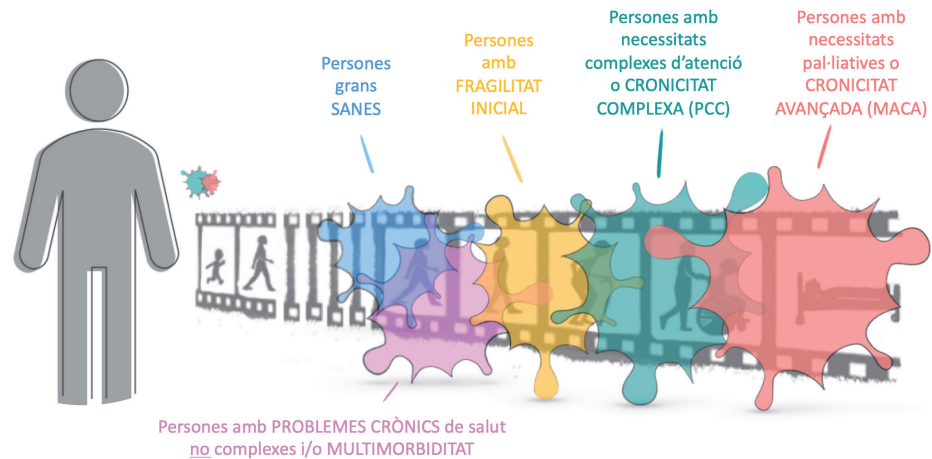


Figura 4. Representació visual/conceptual simplificada de les etapes vitals de les persones grans i amb problemes de salut crònics. Cal tenir en compte que no totes les persones segueixen cronològicament o seqüencialment totes i cadascuna d'aquestes etapes.

Font: elaboració pròpia.



Hi ha dues situacions que també seran motiu d'atenció especial que també es poden beneficiar d'aquest model: **l'atenció al final de la vida i la complexitat pediàtrica**, així com **altres situacions de complexitat** no relacionades amb l'edat (per exemple: situacions de salut mental complexa).

2.2.2 Mirada poblacional

Al llarg dels darrers anys, els sistemes de salut dels països desenvolupats han hagut de reorientar les seves estratègies per ajustar-se a la realitat creixent d'un gran nombre de persones amb risc de discapacitat, malalties cròniques, necessitats complexes d'atenció i/o necessitats pal·liatives.²

Malgrat les evidents àrees de solapament, podem identificar subgrups de poblacions amb problemes de salut crònics amb característiques específiques (figura 5):

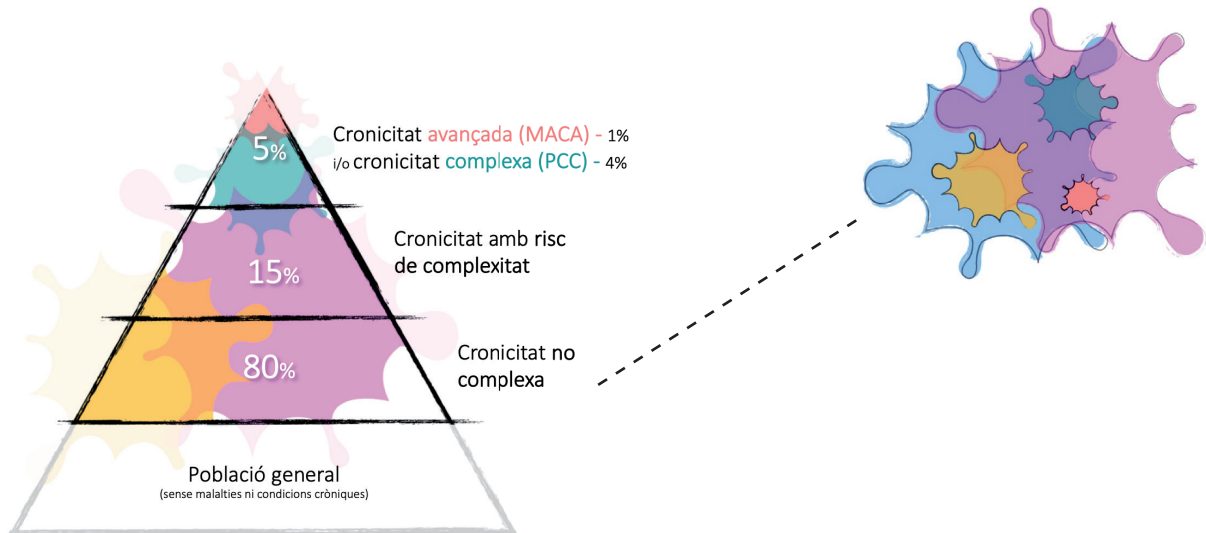


Figura 5. Adaptació de la piràmide de Kaiser; representació de la distribució poblacional (%) en relació amb el seu grau o risc de complexitat, en relació amb les persones amb malalties i/o problemes de salut crònics.

Font: elaboració pròpia.

Efectivament: des d'una mirada global/poblacional i amb l'objectiu de proporcionar una atenció específica a la realitat i les necessitats de cada grup, segons les seves característiques, la major part de països del nostre entorn han desenvolupat sistemes de cribratge i estratificació de persones amb fragilitat, necessitats complexes d'atenció i/o necessitats pal·liatives,⁵⁹⁻⁶² ja sigui per mitjà de sistemes predictius —que, utilitzats de forma aïllada, han demostrat una fiabilitat relativa—,⁶³ o bé sobre la base del coneixement clínic dels professionals, o utilitzant també una combinació d'ambdues circumstàncies.⁶⁴

Aquesta estratificació permet distingir diferents grups de persones amb diferents nivells de complexitat, amb l'objectiu de poder dur a terme abordatges diferenciats i específics. En aquest sentit destaca la proposta de Kaiser Permanente⁶⁵ (figura 5), que és un model piramidal on es poden distingir quatre segments de població, sobre els quals es duen a terme abordatges diferenciats:

- **A la base de la piràmide** es troben les persones a les quals s'han d'implementar estratègies de prevenció i promoció de la salut dirigides a població sana.
- El **80%** de les persones amb **problemes de salut crònics** són capaços de cuidar-se de la seva malaltia, en el context d'una bona estratègia de **foment de l'autocura**.
- Un altre grup, **prop del 15%**, requerirà **models de gestió de** la seva **malaltia**, que impliquin interaccions d'atenció, entre proveïdors de diferents àmbits assistencials: rutes assistencials, trajectòries clíniques transversals.

- Finalment, **un 5%** de la població es trobaria en una situació o presentaria un perfil de cronicitat complexa (4%) i/o cronicitat avançada. Aquesta població es beneficia d'estratègies de **gestió de cas** proactiva i de **contextos assistencials integrats**.

3. Metodologia utilitzada en l'elaboració d'aquest model

La construcció i l'elaboració dels continguts d'aquest document s'ha dut a terme partint de l'experiència acumulada en les etapes anteriors, de l'evidència bibliogràfica, així com a partir de l'opinió dels professionals i les persones que se'n beneficiaran. Tot i així, aquest **només vol ser un punt de partida en el codisseny d'una planificació estratègica que volgudament és i haurà de ser compartida amb totes les parts**. Caldrà, doncs, seguir treballant conjuntament per acordar les línies estratègiques, objectius i accions concretes que hauran de conformar una futura proposta estratègica.

3.1 Experiència acumulada en les etapes anteriors

Aquest model es nodreix intensament del coneixement, del treball dut a terme i dels aprenentatges del **Pla director sociosanitari** (PDSS) —amb més de trenta anys d'experiència—, el **Programa de prevenció i atenció a la cronicitat** (PPAC) —nascut en el si del Pla de salut 2011-2015—, i l'**Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària** (ENAPISC) —creat el 2017 en el marc de la Direcció Estratègica d'Atenció Primària. L'experiència absolutament enriquidora d'aquestes propostes (vegeu la taula 3) ha estat fonamental per poder plantejar la proposta unificada actual.

PLA	Documents
PDSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Pla director sociosanitari. Estratègies 2017-2019</i> ▪ <i>Adequació de la xarxa sociosanitària en l'atenció a la cronicitat</i> ▪ <i>Cartera de serveis sociosanitaris</i> ▪ <i>Propostes per a l'hospital de dia sociosanitari</i> ▪ <i>Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població adulta amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida</i> ▪ <i>Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida</i> ▪ <i>Recursos específics de cures pal·liatives. DirCat-CP2019</i>

PLA	Documents
PPAC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes</i> ▪ <i>El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya</i> ▪ <i>Resultats de l'avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat</i> ▪ <i>Fites 2015-2018</i>
ENAPISC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Document conceptual ENAPISC</i> ▪ <i>Procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària</i>

Taula 3. Documents de resum del PDSS, el PPAC i l'ENAPISC.

Per altra banda, els darrers dos **plans de salut** (2011-2015 i 2016-2020) han esdevingut un catalitzador fonamental per millorar l'atenció a les persones amb problemes crònics de salut a Catalunya, fomentant l'alineació dels plans, programes i estratègies departamentals i interdepartamentals. De la mateixa manera que el model que es descriu en aquest document es nodreix d'aquests dos plans, també vol contribuir a assentar les bases de l'atenció a les persones grans i amb problemes crònics de salut del proper pla (2021-2025).

3.2 Participació de les persones

Davant l'evidència dels beneficis que té la participació de les persones en el disseny de les polítiques sanitàries —encapçalats per l'experiència de la coalició anglesa National Voices—,^{66,67} i seguint la línia iniciada pel Departament de Salut en la promoció de la participació de les persones en les polítiques sanitàries, els professionals que han dissenyat aquest document han vist la necessitat d'**incorporar la perspectiva de persones**, tant de les sanes com de les que tenen problemes de salut crònics, per contrastar-ne els punts més importants. Com diu Angela Coulter, “la millor manera que hi ha de saber què és el que preocupa les persones és preguntar-los el seu parer”.⁶⁸

Amb la premissa de desenvolupar un document des de la perspectiva d'una visió centrada en la persona, i de forma conjunta amb el Pla de salut i la Secretària d'Atenció Sanitària i Participació, s'organitzaren **grups de discussió** per conèixer la visió de les persones sobre l'atenció a la cronicitat. A partir d'una metodologia qualitativa d'exploració i recollida de dades, que parteix de la conversa i la interacció entre els participants, ens ha permès conèixer les seves experiències, vivències, opinions i valors.

Els grups de discussió es dissenyaren tenint en compte dues característiques:

- **L'homogeneïtat**, agrupant les persones d'acord amb un denominador comú (en aquest cas en relació amb la malaltia crònica, ja sigui com a persones afectades, com a cuidadors o cuidadores o bé com a persones sanes).

- **L'heterogeneïtat**, vetllant perquè cada grup comptés amb persones de diferent edat i sexe, que haguessin estat ateses en diferents nivells assistencials, de diferent procedència geogràfica, i amb diversa situació socioeconòmica.

Els resultats d'aquests grups focals es poden consultar al document *“La visió de les persones sobre l'atenció a la gent gran i a la cronicitat: estudi qualitatiu per construir un nou model d'atenció”*; han estat clau per incorporar noves perspectives i reforçar els aspectes que valoren les persones usuàries del sistema de salut.

Per als projectes i les accions que es derivin d'aquesta proposta estratègica, caldrà seguir incorporant-hi les persones com a veritables **cocreadors** dels futurs projectes, com a element clau de la construcció d'una narrativa compartida en els futurs projectes.

3.3 Participació dels professionals i les organitzacions

Com no podia ser d'altra manera, i atès que són els **professionals** els que coneixen més bé la realitat assistencial i territorial, aquest document s'ha nodrit també en bona part de les múltiples aportacions, propostes i valoracions, que s'han obtingut a partir de diferents metodologies.

Així, per exemple, en la **reformulació del constructe i el relat** referent a les persones amb necessitats complexes d'atenció i necessitats pal·liatives (**PCC i MACA**), ha resultat d'especial interès la *valoració qualitativa del procés d'identificació i atenció als pacients amb necessitats complexes i malaltia avançada a l'atenció primària*, feta mitjançant grups de discussió amb diferents perfils professionals i d'atenció (professionals assistencials, referents d'àrees relacionades amb la cronicitat, gestors de casos, professionals d'unitats funcionals específiques, equips directius).

Per altra banda, ha resultat especialment inspirador i de cabdal importància el **treball de consens** realitzat en l'elaboració del document *“Procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària”*. En l'elaboració d'aquest document, promogut per l'ENAPISC, hi participaren una trentena de professionals de l'atenció primària, així com professionals com d'altres àmbits del sistema assistencial -especialment de l'àmbit de la geriatria i les cures pal·liatives-. El seu contingut finalment fou validat finalment en un procés participatiu amb més de 500 professionals.

També ha partit d'un procés col·laboratiu i de consens la incorporació de la **fragilitat** com a concepte d'utilitat per a la pràctica assistencial de l'atenció a les persones grans i/o amb problemes de salut crònics. Aquest procés es dugué a terme —mitjançant la metodologia de metafòrum— entre múltiples professionals de diferents àmbits, societats científiques i representants ins-

titucionals. Si bé en l'apartat 4.2 d'aquest document s'exposa una síntesi del consens sobre la conceptualització de la fragilitat, properament se'n publicarà el document complet.

Amb l'objectiu d'incorporar l'expertesa dels professionals en el codisseny tant del **model d'atenció** com de les **eines** que poden ser d'ajuda per portar-lo a terme, s'han organitzat diferents processos participatius —una vegada més, des de la perspectiva interdisciplinària, interinstitucional i interterritorial. Alguns exemples d'aquest treball són el consens d'un sistema de valoració geriàtrica/multidimensional ràpid o bé el model català de conferència de cas per a la presa de decisions compartides.

Finalment, del **recent informe de l'OMS** sobre el sistema de salut de Catalunya **"Thirty-year retrospective of Catalan health planning"**,⁶⁹ recollim les recomanacions de fomentar pràctiques de valor i centrades en la persona, la participació de la ciutadania en el codisseny de les estratègies, el lideratge dels professionals, la mirada sistèmica i integradora, i la necessitat d'avaluació i d'innovació.

4. Bases conceptuals

La planificació de l'atenció a les persones grans i/o amb problemes de salut crònics requereix, en primer lloc, que els professionals i organitzacions comparteixin una mateixa **visió** i un mateix **relat**. En aquest sentit cal fer èmfasi en la necessitat d'un **consens conceptual** que permeti que tots els actors que intervinguin en l'atenció d'aquestes persones comparteixin la mirada. En aquest apartat, doncs, es revisen de forma breu i amb vocació pragmàtica els conceptes de multimorbiditat, *fragilitat*, *complexitat* i *final de vida*. Per a cada un d'aquests tòpics, es desenvolupen els apartats següents:



Conceptualització, on es revisen els elements clau per a cada àrea de coneixement.



Eines d'utilitat per aplicar el model.



Recomanacions derivades de l'evidència disponible en cada àrea de coneixement.

En segon lloc, esdevé necessari de consensuar un **model d'atenció únic i compartit**, amb l'objectiu de garantir que, independentment del lloc on la persona sigui atesa, es preservi un enfocament centrat en la persona —que inclou els seus valors i preferències, però també les seves necessitats. Això requereix un coneixement compartit i eines comunes, així com un marc de pràctiques col·laboratives entre organitzacions, equips i professionals.

4.1 La multimorbiditat com a realitat heterogènia i prevalent



Els sistemes de salut han estat orientats a donar respostes reactives des d'una perspectiva enfocada a donar respostes úniques a malalties úniques.⁷⁰ Aquesta realitat està quedant caduca davant la realitat epidemiològica cada vegada més freqüent de persones que conviuen amb dos o més problemes de salut crònics; és a dir: persones amb **multimorbiditat** —entesa com “qualsevol combinació d'una malaltia crònica amb almenys una altra malaltia (aguda o crònica) o un factor biopsicosocial (associat o no) o un factor de risc”.⁷¹

Des d'aquesta perspectiva, qualsevol determinant biopsicosocial, qualsevol factor de risc, la xarxa social, la càrrega produïda per les malalties, l'ús de recursos sanitaris, la presència concurrent o no de problemàtica social i les estratègies

d'afrontament de la persona poden actuar com a modificadors dels efectes de la multimorbiditat, i conduir, així, a més discapacitat o fragilitat o a menys qualitat de vida. Hi ha una relació estreta entre **fragilitat i multimorbiditat**: habitualment els individus més fràgils tenen multimorbiditat, si bé no totes les persones amb multimorbiditat tenen fragilitat.⁷² (Figura 6)

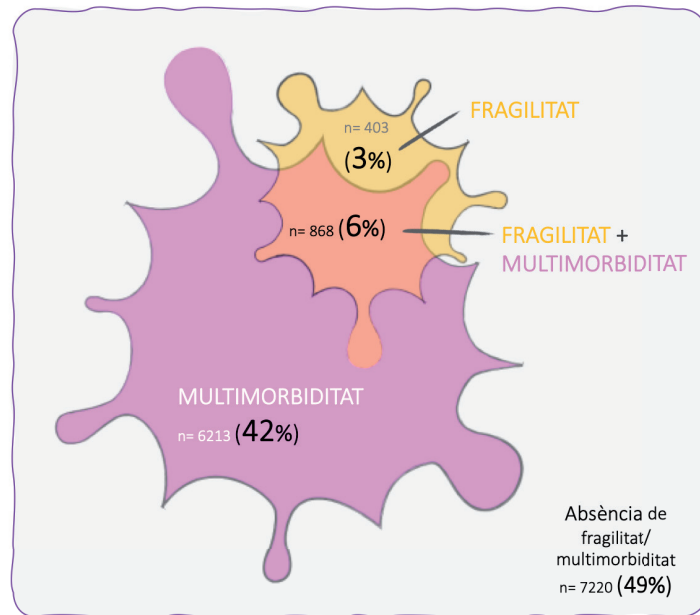


Figura 6: Intersecció entre fragilitat i multimorbiditat (dades combinades de 9 estudis de persones que viuen a la comunitat; n = 14704).

Font: elaboració pròpia, basat en *Vetrano et al.*⁷²

Les persones amb multimorbiditat són els protagonistes de més de la meitat d'ingressos hospitalaris i del 75% de les prescripcions farmacèutiques. Però aquesta és una realitat encara incipient: estudis recents apunten que seguirà creixent el nombre de persones amb multimorbiditat. La xifra de persones amb quatre o més problemes de salut crònics es doblarà d'aquí a l'any 2035 —i dues tercers parts d'aquestes persones tindran problemes mentals (deteriorament cognitiu, demència i/o depressió).⁷³



A Catalunya és possible monitorar el grau de multimorbiditat de la població, per mitjà dels mòduls per al seguiment d'indicadors de qualitat (MSIQ). Entre molta altra informació disponible, resulten especialment útils els **grups de morbiditat ajustats** (GMA), que aporten 3 tipus d'informació (figura 7):

- Permeten **classificar la població** en grups de morbiditat únics (població sana, embaràs i part, malaltia aguda, malaltia crònica en 1, 2-3, o 4 sistemes, o persones amb neoplàsia activa), que alhora es divideixen en 5 nivells de gravetat.
- Permeten **estratificar la població**, assignant un valor únic de complexitat a cada individu. Aquest valor reflecteix les necessitats assistencials que poden tenir les persones, a partir dels problemes de salut que pateixen.
- Finalment, permeten **identificar les persones** que pateixen determinats problemes de salut rellevants (per exemple, diabetis II, neoplàsies, hipertensió arterial, artritis o depressió), fet que facilita el seguiment de les persones que tenen una major complexitat assistencial.

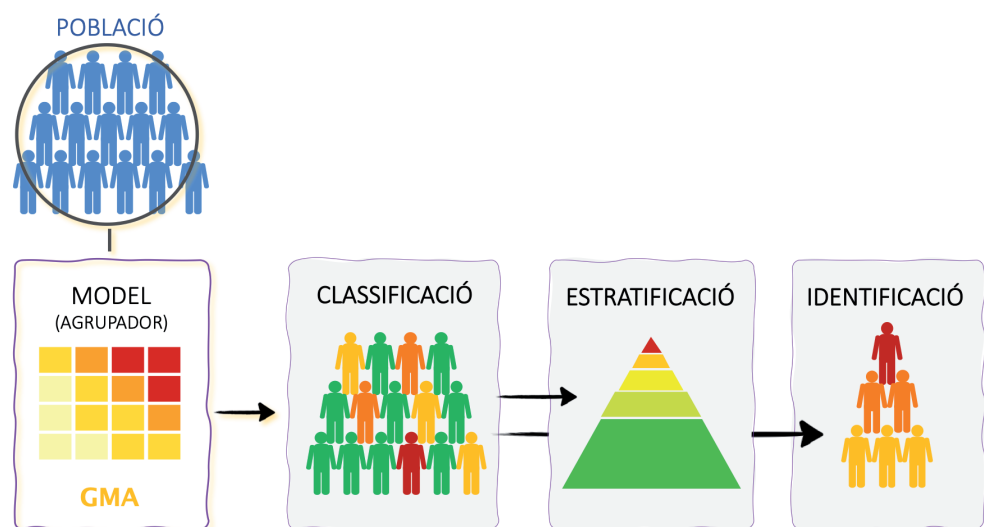


Figura 7: Utilitats dels GMA.

Font: Emili Vela

Si bé la identificació d'una persona requereix necessàriament de la validació / valoració per part dels professionals, els sistemes d'informació poden ser de gran ajuda com a element de suport en aquest procés. En aquest sentit, alguns escenaris de **cribratge en 2 etapes** (proposta d'identificació a partir dels sistemes d'informació i validació posterior per part dels professionals) poden ser d'utilitat.



- La **guia sobre multimorbiditat** de l'Institut Nacional per a la Salut i l'Excel·lència en la Cura del Regne Unit (**NICE**) fa èmfasi en la necessitat de⁷⁴:
 - Identificar les persones en situació de multimorbiditat.
 - Valorar la seva condició de fragilitat.
 - Elaborar un pla individual d'atenció d'acord amb els valors, les preferències i els objectius de la persona.
 - Revisar la pauta farmacològica i l'adherència.
 - Fomentar la coordinació de l'atenció entre serveis per a aquestes persones.
- Des d'una **perspectiva individualitzada**, el concepte de fragilitat (identificació, avaluació i abordatge) pot esdevenir una forma tangible i útil per a la pràctica assistencial dels professionals per donar resposta a les persones amb multimorbiditat.⁷⁵
- Des d'un punt de **vista poblacional**, és necessari comprendre millor l'epidemiologia de la multimorbiditat, així com seguir avançant en la segmentació de la població segons les seves necessitats d'atenció, amb l'objectiu de desenvolupar intervencions per prevenir-la, reduir-ne la càrrega i alinear els serveis d'atenció sanitària més estretament amb les necessitats dels pacients.⁷⁶ En aquest sentit, la utilització de bases de dades sanitàries i socials per examinar la distribució de la multimorbiditat en relació amb l'edat i la privació socioeconòmica i la relació entre comorbiditat de trastorns físics i psíquics i privacions és un element de vital importància en la planificació estratègica de com cal afrontar aquest repte.⁷⁷

4.2 La fragilitat com a concepte transversal en la valoració de les persones grans i/o amb problemes de salut crònics



La fragilitat és una **entitat multidimensional**, que es defineix com un estat de “vulnerabilitat” davant factors estressants. Està condicionada per la limitació dels mecanismes compensadors que situa l'individu en una situació d'alt risc de mals resultats de salut, com ara: discapacitat, institucionalització, hospitalització, estades hospitalàries perllongades, reingressos, caigudes, resultats adversos davant algunes intervencions específiques (per exemple, quimioteràpia o intervencions quirúrgiques) i, especialment, increment de mortalitat. La fragilitat pot ser considerada també un **problema de salut crònic**, ja que, es pot millorar, però no es pot curar; és progressiva, encara que hi pot haver crisis episòdiques; impacta negativament en l'experiència del pacient, i condiciona costos, tant a escala individual com per a les organitzacions.

Malgrat que hi ha un cert consens que la **prevalença poblacional** de fragilitat en persones de més de 65 anys és propera al 10%, no hi ha unanimitat en les dades respecte de les taxes de prevalença de fragilitat en la població, probablement, a causa de diferències en la conceptualització i la mesura de la fragilitat.⁷⁸⁻⁸¹

4.2.1 Utilitat del concepte de *fragilitat* en la pràctica assistencial

Malgrat que entre els experts hi ha un ampli consens sobre la **necessitat de valorar la fragilitat** d'una persona, impera encara certa controvèrsia sobre el seu abordatge operatiu atesa l'amplitud del concepte.⁸²⁻⁸⁵ Així, la fragilitat es pot plantejar com una realitat dicotòmica (“*és o no és fràgil, aquella persona?*” -Figura 8a-), o com a una realitat contínua (“*quant de fràgil és aquella persona?*” -Figura 8b-).

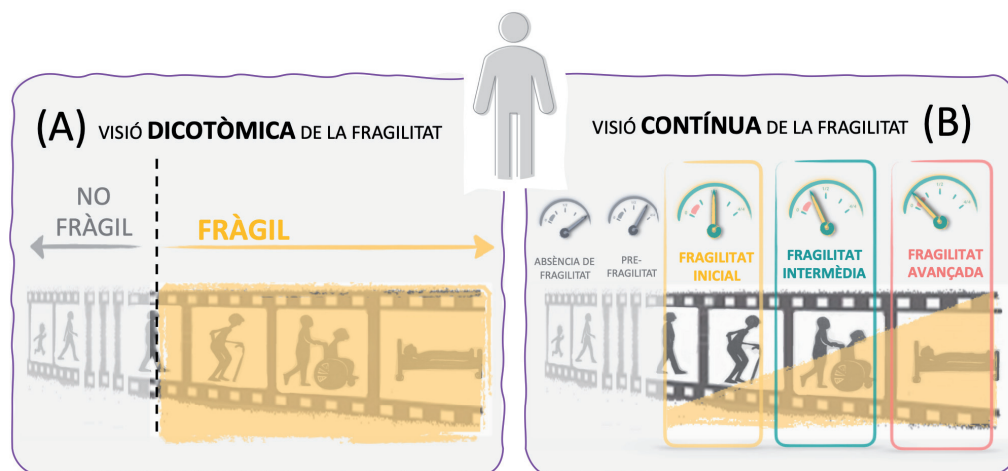


Figura 8. Espectre de la fragilitat: (A) Visió dicotòmica-sindròmica, (B) Visió contínua.

Font: elaboració pròpia.

És plausible pensar, doncs, que depenent dels objectius de l'avaluació de la fragilitat, siguin necessàries eines diferents, ja que no totes les eines serveixen per a totes les situacions:

A. Cribratge de persones en situació de risc de desenvolupar discapacitat

La **fragilitat** —especialment quan aquesta està en una **fase inicial**— és **potencialment reversible**. Té sentit, per tant, intentar **identificar a les persones** amb prefragilitat o fragilitat inicial en situació de risc de desenvolupar discapacitat per tal que que es puguin beneficiar potencialment d'**accions preventives** (figura 9). En aquest sentit, hi ha múltiples evidències (algunes desenvolupades en el nostre entorn)^{86,87} sobre els beneficis de programes d'intervenció —especialment quan aquests es fan des d'un **abordatge integral** i una **intervenció multicomponent**.⁸⁸

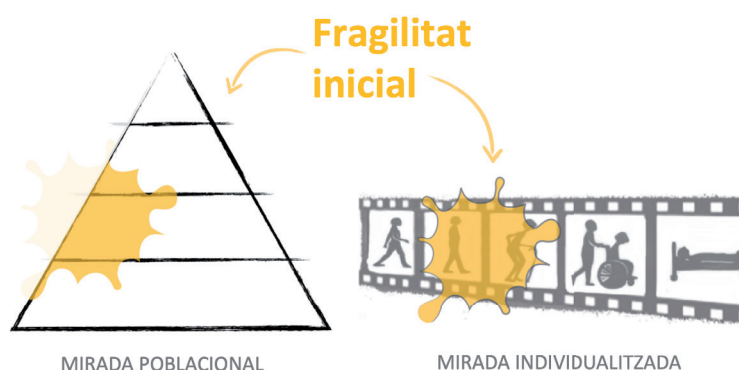


Figura 9. Àmbit poblacional d'interès del cribratge de persones amb fragilitat inicial.

Font: elaboració pròpia.

Per aquest motiu, actualment a Catalunya s'està desenvolupant **una proposta de prevenció de discapacitat i promoció de l'autonomia personal**, de forma compartida entre els Departaments de Salut i el de Treball, Afers Socials i Famílies (DTASF), que a més es correspon a una de les línies del Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS). Aquest projecte, que actualment s'ha iniciat a 5 territoris pilot i que s'hauria d'anar implementant progressivament al llarg dels propers anys a tot Catalunya, s'emmarca també en el [projecte europeu APTITUDE](#).



Aquesta aproximació, basada en l'enfocament sindròmic clàssic de fragilitat de Fried⁸⁹, requereix d'eines de cribatge poblacional (habitualment dicotòmiques) que permetin identificar precoçment aquestes persones. Algunes eines útils per aquest objectiu són: els tests funcionals (el [Timed Up and Go](#), la [velocitat de la marxa](#) o la mesura coneguda com [Short Physical Performance Battery](#) —SPPB— per exemple), l'escala [FRAIL](#) o l'eina de cribatge de fragilitat del Gérontopôle o [Gérontopôle Frailty Screening Tool \(GFST\)](#)-taula 4-⁹⁰⁻⁹⁵

Persona de 65 i més anys , autònoms (AVD $\geq 5/6$ o Barthel ≥ 90), sense cap malaltia aguda actual.			
	Sí	No	No ho sé
El seu pacient viu sol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacient ha perdut pes de manera involuntària en els darrers 3 mesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacient es troba més cansat en aquest darrers 3 mesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacient té més dificultats de mobilitat en aquests darrers 3 mesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacient es queixa de problemes de memòria ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacient té una velocitat de marxa lenta (més de 4 segons per recórrer 4 metres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha contestat Sí a una o més d'aquestes preguntes:			
A vostè li sembla que el seu pacient és fràgil?			
SI <input type="checkbox"/>			
NO <input type="checkbox"/>			

Taula 4: Gérontopôle Frailty Screening Tool.

Font: Adaptat de <http://frailty.net/frailty-toolkit/diagnostic-tools/looking-for-frailty-in-community-dwelling-older-persons-the-gerontopole-frailty-screening-tool-gfst-2/>

Finalment, al llarg d'aquests últims anys, s'han fet propostes de cribratge poblacional de fragilitat mitjançant la utilització de les dades emmagatzemades en els **sistemes d'informació**, on l'índex de fragilitat electrònic (**eFI**, per la sigla anglesa) és el test amb més evidència.⁹⁶

A Catalunya s'està treballant per desenvolupar una adaptació de l'eFI (eFragicap).



La major part de programes d'atenció a les **persones amb fragilitat inicial i prevenció de discapacitat** i de **risc de caigudes** recomanen incorporar els aspectes següents:^{82,91,173-177}

- El **cribratge** (proactiu o oportunista) d'aquestes persones.
- Una **valoració multidimensional** de la persona.
- **Un pla d'atenció individualitzat o intervenció multicomponent**, que tingui en compte els elements següents:
 - Intervenció sobre els problemes de salut, les síndromes geriàtriques i revisió de la medicació.
 - Exercici físic. En aquest sentit, el programa amb més evidència publicada i avalat per la OMS és el **Vivifrail**.¹⁰²
 - Intervencions nutricionals. En el document "Document de consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica" es poden trobar algunes de les claus.
 - Relacions socials i participació.
- **Avaluació de resultats** assolits i establiment de plans de millora.

B. Avaluació del grau de reserva de les persones

Si l'objectiu és **valorar el grau de reserva d'una persona o diagnòstic situacional** caldrà fer un abordatge multidimensional que valori tant el grau de fragilitat de la persona com la seva evolució en el temps. Dit d'una altra manera: si al néixer habitualment disposem d'un "dipòsit de salut" ple, a mesura que s'acumulen malalties i condicions cròniques, aquest dipòsit es va buidant-esdevenint progressivament més vulnerables. El grau de fragilitat proporciona, doncs, una aproximació a "l'edat biològica" d'una persona, que no sempre és equivalent a la seva "edat cronològica" (edat en anys)-donat que no totes les persones acumulem els mateixos problemes de salut ni a la mateixa velocitat (figura 10).

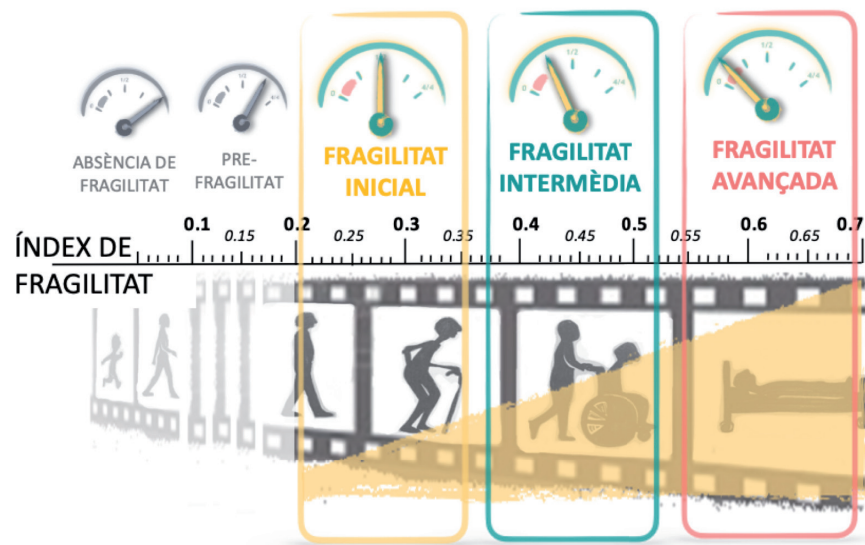


Figura 10. Grau de fragilitat, índex de fragilitat i diagnòstic situacional.

Font: elaboració pròpia.



En la pràctica clínica, l'estàndard de referència de l'aproximació als pacients complexos i amb fragilitat és la **valoració geriàtrica integral (VGI)**,¹⁰³ tot i que, tant les **escales clíniques de fragilitat** com els índexs de fragilitat (figura 10) poden ser útils en la mesura del grau de reserva de les persones.

A Catalunya s'ha desenvolupat un índex de fragilitat basat en la VGI (**Índex Fràgil-VIG**),^{104,105} que ha demostrat ser una eina senzilla (pel que fa al contingut), ràpida (en el temps d'administració), amb una bona capacitat discriminatòria (amb relació als diferents graus de fragilitat) i predictiva (amb elevada correlació amb la mortalitat).

Aquests **dos enfocaments del concepte de fragilitat** no solament no són incompatibles, sinó que són absolutament complementaris. Així, per exemple, en la pràctica assistencial, es podria plantejar una proposta seqüencial en la utilització de la fragilitat: 1) cribratge poblacional de persones fràgils, i 2) valoració multidimensional per conèixer el grau de fragilitat (figura 11):

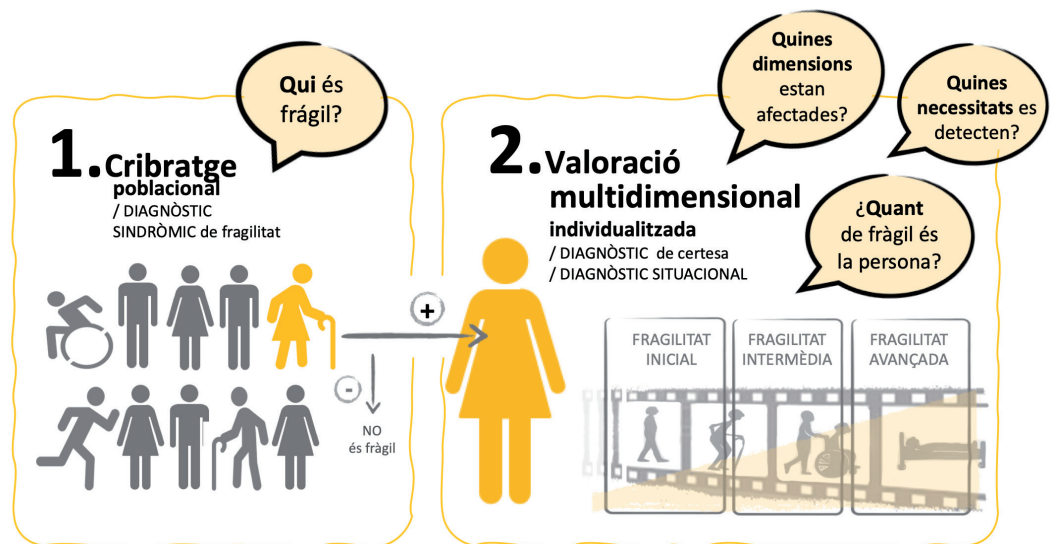


Figura 11. Exemple de les utilitats del concepte de *fragilitat* en la pràctica assistencial.

Font: elaboració pròpia.

4.2.2 La fragilitat com a realitat dinàmica

La condició de fragilitat dista molt de ser una realitat estàtica: al llarg de la vida de les persones, es fan **múltiples transicions** entre la no fragilitat i la fragilitat, així com entre els diferents estadis de fragilitat (figura 12).

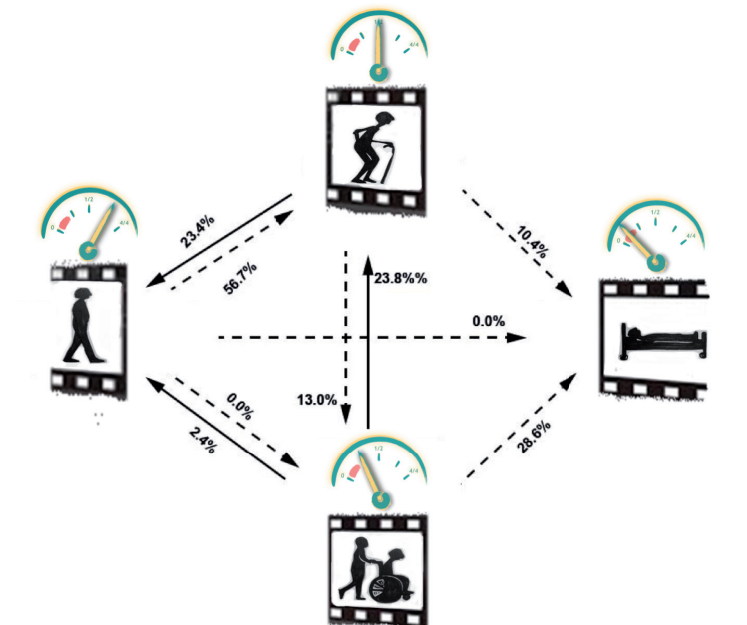


Figura 12. Transicions entre diferents graus de fragilitat en una cohort de persones fràgils seguides al llarg d'un any.

Adaptat de Marchiori GF *et al.*¹⁰⁶, on es pot constatar els percentatges de persones que han passat d'un grau de fragilitat a un altre al llarg del període de seguiment.

Aquest fet resulta especialment rellevant, ja que justifica plenament les intervencions assistencials destinades a revertir la situació de fragilitat —o si més no, per mirar d’alentir el procés de “fragilització”.

4.2.3 Fragilitat, capacitat funcional i capacitat intrínseca

L’informe mundial de 2015 sobre l’envelliment i la salut de l’OMS,¹² esmentat abans, posa damunt la taula la necessitat de promocionar un envelliment saludable per a la població, mitjançant la incentivació, el desenvolupament i el manteniment de la capacitat funcional, com a element clau per facilitar el benestar de les persones.

En aquell document defineix **capacitat funcional** com els atributs relacionats amb la salut que permeten a una persona ser i fer el que és important per a aquesta persona. La capacitat funcional consisteix en la capacitat intrínseca de la persona, les característiques de l’entorn que afecten aquesta capacitat i les interaccions entre la persona i aquestes característiques. Es defineix **capacitat intrínseca** com la combinació de totes les capacitats físiques i mentals que un individu pot assolir (figura 13).

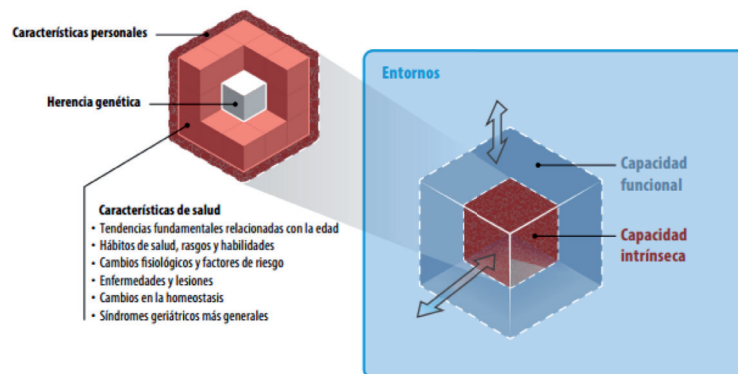


Figura 13. Representació esquemàtica dels conceptes de capacitat funcional i capacitat intrínseca.

Font: OMS.¹²

Així, **per exemple** podríem dir que una persona amb hipoacússia té disminuïdes les capacitats intrínseques a nivell auditiu; això condiona també les seves capacitats funcionals, ja que limita la seva habilitat per relacionar-se amb l’entorn. La utilització d’un audífon, si bé no modificaria la seva capacitat intrínseca, sí que milloraria la seva capacitat funcional per interaccionar amb el medi.

A la pràctica es pot definir la capacitat intrínseca com l’“altra cara de la moneda” de la fragilitat (figura 14): si la fragilitat representa els dèficits acumulats, la capacitat intrínseca representa el “grau de reserva” d’una persona. En parlar de capacitat intrínseca, l’OMS pretén fer més èmfasi en el concepte de preservació de capacitats que en les pèrdues o els dèficits adquirits.¹⁰⁷

CAPACITAT INTRÍNSECA



FRAGILITAT

Figura 14. Visions complementàries dels conceptes de *fragilitat* i de *capacitat intrínseca*.

Font: elaboració pròpia.

4.2.4 Relació conceptual entre fragilitat i complexitat

Si bé conceptes com fragilitat, multimorbiditat, complexitat, PCC o MACA són sovint conceptes entrelaçats-que ja formen part de la realitat diària dels professionals de Catalunya-, no són conceptes sinònims, tampoc són realitats excloents.

Així, **des de l'òptica de la persona** i atenent la seva vulnerabilitat, el contínuum va des de la persona robusta a la persona amb fragilitat avançada. Des d'una **òptica sistèmica** el contínuum progressa des de l'estat propi d'una persona sana a la seva possible identificació com a MACA, tot passant per estadis de cronicitat amb diferent nivell de complexitat -tenint en compte que la situació de complexitat sol estar relacionada amb les dificultats per gestionar la resposta a les necessitats de les persones, ja siguin aquestes per part de la pròpia persona, de l'entorn o del sistema (Figura 15).¹⁰⁸

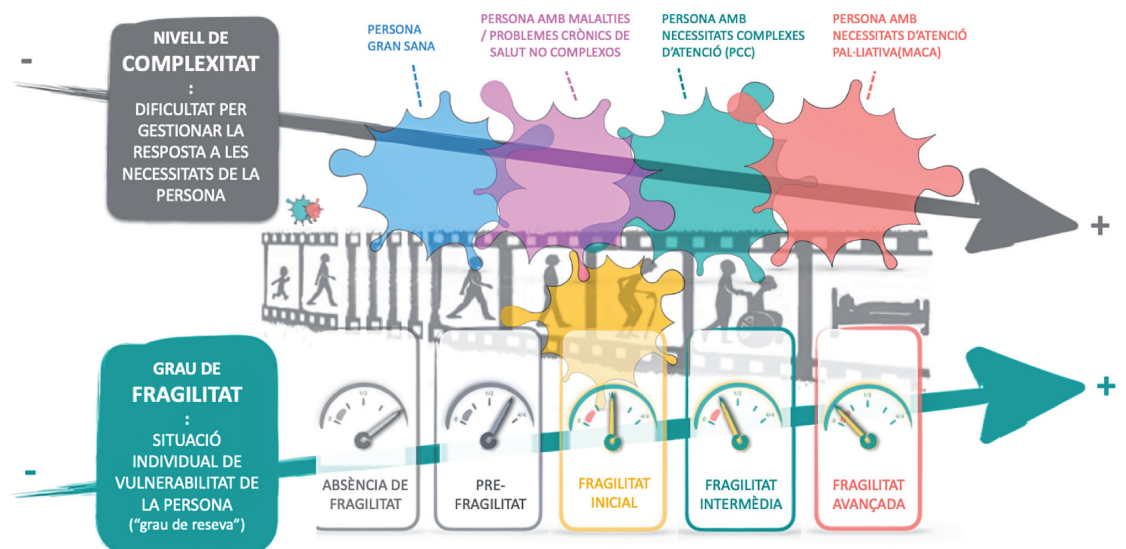


Figura 15. Continuum de la fragilitat i la complexitat.

Adaptat de Limón E, *et al.*¹⁰⁸



- Hi ha consens en les oportunitats que ofereix la **fragilitat com a element nuclear** de la pràctica clínica, la recerca i la planificació assistencial en l'atenció a les persones grans.^{85,109,110}
- S'advoca, doncs, per incorporar la fragilitat com a **concepte transversal** que cal tenir present en qualsevol pla, programa i intervenció dirigit a les persones grans, que van des de la prevenció de discapacitat fins a les persones amb necessitats complexes d'atenció i necessitats paliatives.^{97,111,112}

4.3 Persones amb necessitats complexes d'atenció o cronicitat complexa (PCC)



La **complexitat** en salut és tan difícil d'abordar com d'acotar, i està condicionada per múltiples capes o dimensions que responen a diferents circumstàncies, com les seves característiques de multimorbiditat, la incertesa clínica o la dificultat en la presa de decisions. D'altra banda, es presenten altres qüestions no sanitàries, que, tanmateix, estan directament relacionades amb la persona i el seu entorn (condicions socials, xarxa comunitària, dependència, etc.). Això permet distingir **tres dimensions de complexitat** (figura 16): la complexitat clínica, la complexitat contextual i la complexitat del mateix sistema assistencial.



Figura 16. Dimensions de la complexitat en l'atenció de salut.

Adaptat de Kuipers *et al.*¹¹³

La complexitat clínica



Fa referència a la interacció entre una multitud de factors relacionats amb la malaltia; per exemple: el diagnòstic, la gravetat de l'afecció, la presència de símptomes de difícil control, la multimorbiditat i el grau de discapacitat que se'n pugui derivar.^{114,115} Per als professionals de la salut, aquests factors solen condicionar la complexitat clínica, en relació amb dues circumstàncies que estan íntimament relacionades entre si:⁵⁸ la dificultat per al diagnòstic de precisió i la dificultat per a la presa de decisions.

La complexitat contextual (social, psicosocial i familiar)



Fa referència a les necessitats socials i al malestar psicosocial generat per la malaltia que poden agreujar o dificultar la gestió de la complexitat sanitària, així com la funcionalitat social de risc (o disfuncional) per atendre les necessitats de salut amb/en la mateixa xarxa de suport social per l'impacte de factors de risc social i psicosocial presents en una o més de les àrees següents:

- Àrea d'organització de la cura
- Àrea de la unitat familiar i/o entorn cuidador
- Àrea de la cohesió familiar i clima afectiu
- Àrea de les condicions estructurals, seguretat, confortabilitat i privacitat
- Àrea de la xarxa relacional
- Àrea de l'entorn (comunitat i accés al domicili)

Complexitat relacionada amb el sistema assistencial



Paradoxalment, i ateses les múltiples respostes possibles al repte de la complexitat,^{116–118} el sistema mateix pot acabar convertint-se en una font de complexitat —no necessàriament resoluble amb una dotació més gran de serveis;¹¹⁹ de fet: sovint, un increment de serveis i professionals pot acabar generant complexitat, per la creació de múltiples vies confuses, respostes no coordinades, duplicitats i llacunes en el contínuum assistencial.¹¹³ Afrontar aquesta complexitat no és factible a partir de models estàndard, i requereix solucions creatives, flexibilitat, versatilitat, capacitat d'innovació i una base comuna de coneixement compartit.¹²⁰ A partir d'aquesta realitat multidimensional de la complexitat, es fa evident que la resposta a les necessitats d'atenció a aquestes persones requereixi —en coherència, i en més o menys grau— aquest triple enfocament.

D'alguna manera, constatem, doncs, que la complexitat no és només una realitat limitada i inherent a l'individu, sinó que també és un fenomen conjuntural i fins a cert punt perceptiu: quelcom que és “viscut com a complex”, tant per dificultat de la persona mateix —o el seu entorn— per poder gestionar les necessitats pròpies, com per les dificultats per garantir la resposta per part dels professionals i els sistemes de salut¹²¹.

Segons el consens d'experts recollit al **TERMCAT** (el centre de terminologia de la llengua catalana),¹²² el **concepte de complexitat** respon a aquella situació que reflecteix la dificultat de gestió de l'atenció d'una persona i la necessitat d'aplicar-li 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 nexa comú d'aquest grup de persones —que s'estima que són aproximadament el 4% de la població— a les quals es proposa l'identificador **PCC**. Figura 17.

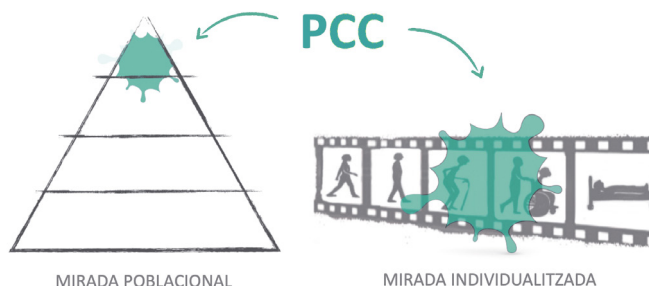


Figura 17. PCC: mirada poblacional i mirada individualitzada.

Font: elaboració pròpia.

4.3.1 Criteris per a la identificació de PCC



No hi ha un instrument específic per al cribatge poblacional de pacients crònics complexos (PCC). La identificació es fonamenta en la **presència de criteris** —basats en el consens d'experts i els resultats d'estudis epidemiològics previs—,²⁷ en alguna de les tres dimensions de la complexitat, que es resumeixen a la taula 5.

<p>Problemes relacionats amb la situació clínica de la persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multimorbiditat. Patologia crònica única greu o progressiva. Malalties minoritàries. ▪ Evolució dinàmica. ▪ Aparició de síndromes geriàtriques amb criteris de gravetat/progressió (polifarmàcia, determinant cognitiu, fragilitat...). ▪ Síntomes persistents intensos i refractaris. ▪ Alta utilització de serveis o consum de recursos. Alta probabilitat de patir descompensacions. ▪ Classificació dins del grup de 5% de més risc segons el grup de morbiditat agrupada.
<p>Criteris de l'àmbit social/contextual</p>	<p>Situació social de risc o disfuncional per atendre les necessitats en una o més de les àrees següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organització de la cura. ▪ Unitat familiar i/o entorn cuidador. ▪ Cohesió familiar i clima afectiu. ▪ Condicions estructurals, seguretat, confort o privacitat. ▪ Xarxa relacional i d'entorn.
<p>Relacionats amb professionals i el sistema assistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benefici de gestió multidisciplinària. Necessitat d'accés a diferents dispositius. ▪ Incertesa en les decisions i els dubtes de gestió. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la seva gestió clínica. ▪ Benefici d'estratègies d'atenció integrada.

Taula 5. Criteris per a la identificació dels PCC, agrupats per dominis de complexitat.

Font: elaboració pròpia.

No hi ha cap **pauta inequívoca** sobre quants o quins criteris o la combinació de quins d'aquests cal complir per ser considerat un PCC. Cal complir prou criteris perquè el professional referent consideri que la gestió del cas és especialment difícil, i, per tant, vàlida de forma clínica i identifiqui, d'acord amb la persona, que és un PCC. Una persona que no tingui cap d'aquests criteris és realment difícil que pugui presentar necessitats complexes d'atenció.

4.3.2 Estratificació de la complexitat a partir dels sistemes d'informació

Els treballs epidemiològics que s'han dut a terme permeten calcular que aproximadament un 3-5% de la població està en situació de complexitat. En aquest sentit, és especialment remarcable l'aportació que fan els **models d'estratificació** basats en **agrupadors de morbiditat** que permeten identificar subpoblacions d'alt interès pel que fa a alta mortalitat, hospitalització, freqüentació d'atenció primària i consum de farmàcia. Són persones que presenten, doncs, altes necessitats d'atenció i també de cost, motiu pel qual foren anomenats *High Needs High Cost* ('altes necessitats i alt cost').

És evident que la utilització aïllada de l'estratificació té limitacions pel gran nombre de variables —algunes de les quals no disposem actualment als sistemes d'informació (per exemple: moltes variables socials)— que es relacionen amb una situació de complexitat. Tot i així, poden ser d'utilitat per als professionals, atesa la seva fiabilitat en relació amb la dimensió de complexitat clínica.¹²³

Així, per exemple, existeix una alta **correlació entre els GMA d'alt risc i la identificació com a PCC**: quasi dos terços de les persones identificades com a PCC estarien en el grup de GMA de més risc (figura 18).

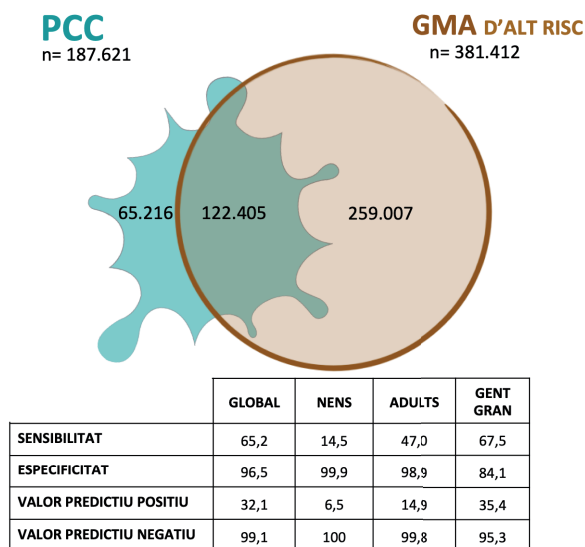


Figura 18. Relació de la població en situació de complexitat i la població amb GMA d'alt risc.

Font: CatSalut.



Qualsevol proposta específica d'atenció a les persones en situació de complexitat requerirà incorporar aquesta **triple mirada de la complexitat** (clínica, social i de sistema), així com la necessitat d'individualitzar l'enfocament assistencial.

El **model d'atenció** a aquestes persones ha d'incorporar necessàriament **quatre elements** clau per garantir una atenció de qualitat^{58,113,123,124} (vegeu l'apartat 5 d'aquest mateix document): identificació o cribratge proactiu, diagnòstic situacional o valoració multidimensional, elaboració d'un pla d'atenció individualitzat i compartició d'aquesta informació amb els equips que atendran aquestes persones.

Un dels elements claus en aquest grup poblacional és l'abordatge nutricional. Algunes de les claus sobre aquest aspecte es poden trobar al "Document de consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica.

4.4 Persones amb necessitats pal·liatives o cronicitat avançada (MACA)



El **procés cap al final de vida**, entès com l'última fase del cicle vital, que pot oscil·lar entre pocs dies fins a molts mesos o algun any, també està condicionat per múltiples variables, és estrictament individual i presenta un paradigma de la complexitat tal com l'hem descrit: en aquestes persones, la complexitat està també determinada tant per factors personals (atesa la coexistència de múltiples problemes de salut crònics, necessitats de salut, i pel comportament dinàmic d'aquestes necessitats), com per factors contextuais (l'impacte emocional de tot el procés, el suport familiar i social) i assistencials (pel que fa a organització i ús de recursos tals com l'existència de suport psicològic o altres).

Aproximadament tres quartes parts de la població en el nostre entorn morirà a conseqüència d'una o diverses **malalties cròniques avançades i progressives**, després d'un període evolutiu amb crisis freqüents, alta necessitat de demanda d'atenció i decisions freqüents de caràcter clínic i ètic, així com també alta freqüentació de serveis sanitaris i socials.¹⁸⁵⁻¹⁹² Aquesta estreta relació entre final de vida i malaltia avançada va portar a anomenar aquestes persones—que s'estima que són aproximadament l'1% de la població— com a **MACA** (malaltia crònica avançada). Figura 19.

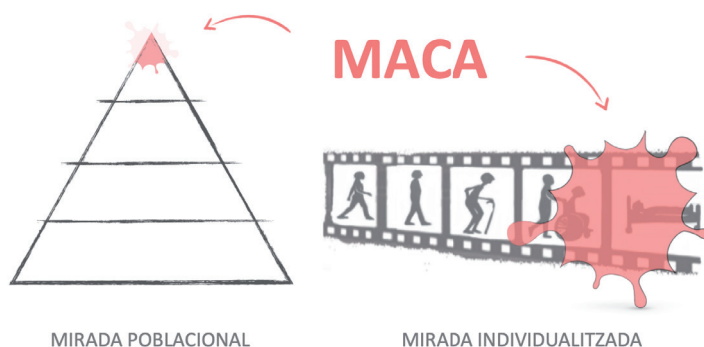


Figura 19. MACA: mirada poblacional i mirada individualitzada.

Font: elaboració pròpia.

Les persones MACA tenen en comú la presència —en diferents intensitats— de **necessitats pal·liatives**, així com un pronòstic de vida limitat i/o de situació de proximitat al **final de la vida**, entès aquest com l'última fase del cicle vital, que pot oscil·lar des de pocs dies fins a molts mesos o algun any.

4.4.1 Bases de l'atenció pal·liativa al segle XXI

L'atenció a les persones amb problemes de salut crònics avançats està experimentant un **canvi de paradigma**,^{133,134} i passa d'un enfocament bàsicament centrat en persones amb càncer, en situació de darreres setmanes o dies i amb visió dicotòmica (tractament curatiu en oposició a pal·liatiu), a la identificació precoç de persones amb necessitats pal·liatives, amb un enfocament progressiu i sincrònic, i per a qualsevol malaltia o problema de salut crònic avançat. Els elements clau d'aquest canvi de paradigma es resumeixen a la taula 6.¹³⁴

Canvi de...	A...
-	Malalties cròniques avançades i progressives
Identificació tardana i basada en pronòstic (pronòstic de setmanes o mesos)	Identificació precoç (identificació de persones amb necessitats d'atenció pal·liativa i pronòstic de vida limitat)
Malaltia terminal (habitualment, càncer)	Tots els problemes de salut crònics avançats i progressius
Curs progressiu	Curs progressiu amb crisis, necessitats i demandes freqüents
Dicotomia curatiu-pal·liatiu (tractament específic <u>o</u> curatiu)	Aproximació combinada, sincrònica i progressiva de l'enfocament curatiu i pal·liatiu (tractament específic i curatiu segons el moment i les necessitats)

Canvi de...	A...
El pronòstic com a intervenció d'equips específics	La complexitat com a criteri d'intervenció d'aquests equips
Intervenció rígida i unidireccional	Intervenció flexible i compartida
Rol passiu de les persones	Planificació de decisions anticipades
Serveis especialitzats de cures pal·liatives	Atenció pal·liativa en tots els àmbits del sistema sanitari i social
Atenció fragmentada	Atenció integrada

Taula 6. Transicions conceptuals de les cures pal·liatives al segle XXI.

Adaptat de Gómez-Batiste *et al.*¹³⁴

4.4.2 Identificació precoç de la situació de final de vida

Un dels elements clau d'aquest canvi de paradigma rau en la **identificació precoç** de persones amb necessitats pal·liatives, fet que ha demostrat que té múltiples beneficis: permet conèixer les preferències i els valors dels pacients, amb la qual cosa s'acoten millor els objectius i es facilita el procés de planificació de decisions avançades.¹³⁵ També permet millorar la qualitat de vida i el control de símptomes, redueix l'angoixa, permet rebre una cura menys agressiva, redueix les despeses d'atenció, i inclús pot augmentar la supervivència de la persona.¹³⁶⁻¹³⁸

D'altra banda, aquesta identificació precoç de persones amb necessitats pal·liatives (siguin quines siguin les seves malalties o problemes crònics de salut de base), ha obert el ventall de les característiques de les persones que es poden beneficiar d'aquest plantejament. Amb l'objectiu de facilitar l'abordatge progressiu, no dicotòmic, de l'atenció al final de la vida ajustat a les necessitats dinàmiques de cada pacient, s'han definit **dues transicions** al final de la vida¹³³ (figura 20):

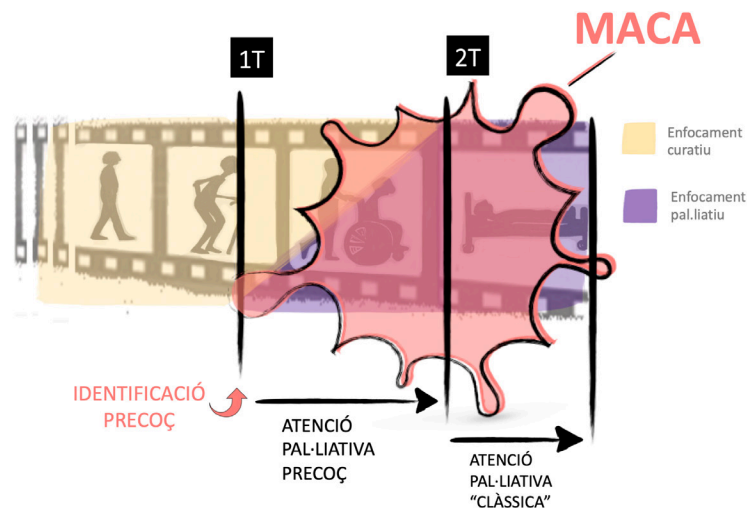


Figura 20. Dues transicions (1T i 2T) al final de la vida i model progressiu d'atenció segons les necessitats.

Font: elaboració pròpia.

- Una **primera transició (1T)**, que respon a la qüestió “és possible que la persona mori en els propers mesos o anys?”, i que s’inicia en el moment del diagnòstic de situació de malaltia avançada, sovint uns quants mesos o algun any abans de la seva mort. Aquesta identificació hauria de fer-se de forma proactiva, precoç i universal, per mitjà d’instruments específics dissenyats per al cribratge poblacional, amb l’objectiu de respondre a les preguntes següents: realment estem davant d’una situació irreversible?, està optimitzat el tractament de les seves patologies de base?, l’entorn de suport és suficient?, pot començar a beneficiar-se de l’aproximació pal·liativa?
- Una **segona transició (2T)**, que respon a la qüestió “està la persona prou malalta per poder morir els propers dies o setmanes?”, i correspon, doncs, a la situació de darrers dies o setmanes de vida de la persona, és a dir, la situació de “**terminalitat**”. És important que els professionals estiguin alerta davant la possibilitat que un pacient hagi pogut entrar en aquesta segona transició, ja que significa el punt d’inflexió en el qual decidirem que cal anar prioritzant estrictament l’aproximació pal·liativa.

La **identificació precoç** d’aquestes persones és el punt de partida necessari per a un enfocament progressiu^{133,139,140}, on les cures pal·liatives s’ofereixen a mesura que es van desenvolupant les necessitats, ja estiguin relacionades amb les malalties, amb les característiques individuals de cada persona o amb l’entorn familiar o cuidador.



Davant la gran evidència sobre els beneficis d'aquest enfocament,^{136,137,140} alguns països han desenvolupat estratègies específiques i diferents **instruments** per aquesta identificació precoç, com les guies *Prognostic Indicator Guidance* (PIG) del programa Gold Standards Framework (GSF) a Anglaterra,¹⁴¹ *Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)* a Escòcia¹⁴² o *Radboud Indicators for Palliative Care Needs (RADPAC)* a Holanda.¹⁴³

A Catalunya, per a la identificació precoç o el cribratge de persones amb cronicitat avançada i necessitats pal·liatives (MACA) s'utilitza l'**instrument NECPAL CCOMS-ICO**[®].^{134,144,145} Aquest instrument es basa en la resposta negativa ("no em sorprendria") a la **pregunta sorpresa** "Us sorprendria que aquesta persona morís al llarg del proper any?", **associada** a la detecció de **criteris** de necessitats pal·liatives, pèrdua funcional i/o nutricional, multimorbiditat, ús de recursos i/o criteris de gravetat i progressió de malalties avançades (a la figura 21 es pot veure la versió 4.0 de l'instrument NECPAL CCOMS-ICO®).



Figura 21. Versió 4.0 de l'instrument NECPAL.

Font: Càtedra de Cures Pal·liatives UVic-UCC

La versió 4.0 del NECPAL permetrà distingir entre diferents graus d'afectació de les persones amb cronicitat avançada i necessitats pal·liatives, en base al nombre de criteris acumulats. Basat en el mateix concepte d'acumulació de dèficits dels índexs de fragilitat, existeix una relació directament proporcional entre el nombre de criteris positius i el pronòstic de mortalitat de la persona. Així, per exemple, una persona amb un test NECPAL positiu amb només 1-2 criteris és probable que estigui en situació de primera transició de final de vida; mentre que una persona amb 5-6 criteris probablement estarà en situació de segona

transició o terminalitat. Evidenment això haurà de ser corroborat amb la realització d'una valoració multidimensional en profunditat

Els treballs epidemiològics de **prevalença** fets en el nostre entorn⁵ mostren que entre un **1% i un 1,5%** de la població de Catalunya pot tenir necessitats pal·liatives i un pronòstic de vida limitat, dels quals pràcticament un 90% estan a la comunitat (un 20% en l'àmbit residencial). La major part d'aquestes persones hi estan en relació amb demència i fragilitat avançada (55%), seguit per les malalties d'òrgan (32%) i càncer (13%).

La situació de final de vida no és, no obstant això, aliena a l'àmbit hospitalari: fins a un 70% de les persones dels centres socio-sanitaris poden estar en situació de final de vida, respecte a un 37% de les persones ingressades als hospitals d'aguts.

4.4.3 Complexitat i final de vida

El procés cap al final de la vida està condicionat per múltiples variables i és estrictament individual,⁵⁸ i no totes les persones arriben a la situació de final de vida amb i per les mateixes circumstàncies, ni amb les mateixes necessitats, ni amb la mateixa complexitat d'atenció per part dels professionals.^{113,146} Si bé no totes les persones que arriben al final de la seva vida presenten complexitat associada, molt sovint cronicitat avançada i complexitat van de la mà.



En aquest sentit, a Catalunya s'ha desenvolupat l'**Hexàgon de la Complexitat** (HexCom®2018), que és una eina facilitadora de l'aplicació del model de cures —interdisciplinari i integral, centrat en la persona i la seva família i/o l'entorn cuidador— per a l'atenció domiciliària de persones en situació de malaltia avançada i/o final de vida. Aquesta eina ha estat validada per diferents nivells assistencials¹⁴⁷⁻¹⁴⁹ i disposa de tres instruments diferenciats: un d'extens (HexCom-Clin®2018), orientat a l'aplicació clínica; un de reduït (HexCom-Red®2018), pensat per **facilitar la gestió / derivació entre nivells assistencials segons el nivell de complexitat** -i que s'adoptarà a Catalunya amb aquest mateix objectiu-, i un de detecció/derivació ràpida (HexCom-Det®2018).

4.4.4 Atenció pal·liativa pediàtrica

D'acord amb l'**OMS**, les cures pal·liatives per a infants consisteixen en la cura total activa del cos, la ment i l'esperit de l'infant, i en la prestació de suport a la família. Comencen quan es diagnostica la malaltia i prossegueixen al marge de si l'infant rep tractament contra la malaltia o no.

L'**Associació de Cures Pal·liatives per a Infants del Regne Unit** (ACT) defineix les cures pal·liatives per a infants i joves amb problemes de salut que limiten o amenacen la vida o que presenten risc de mort com l'enfocament actiu i total orientat a cuidar l'infant des del moment del diagnòstic o el reconeixement del

problema de salut i al llarg de tota la seva vida i la seva mort. Comprèn emocions físiques, emocionals, elements socials i espirituals i enfocaments per a la millora de la qualitat de vida de l'infant o el jove i el suport per a la família. Inclou la gestió de símptomes angoixants, la provisió de descansos breus i l'atenció durant la mort i el procés de dol (figura 22).

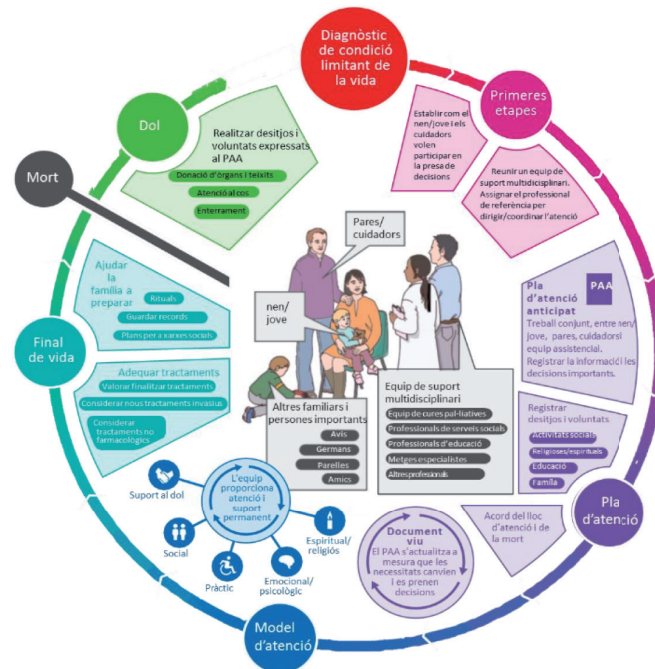


Figura 22. Atenció al final de la vida en la població infantil i juvenil.

Font: traduït i adaptat de la guia: *End of life care for infants, children and young people with life limiting conditions: summary of NICE guidance*, BMJ 2016; 355, doi.org/10.1136/bmj.i6385. BMJ Publishing Group Ltd. no té cap responsabilitat sobre l'exactitud de la traducció des de l'original anglès i no és responsable dels errors que s'hagin pogut produir.



Tenint en compte el document *Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida* que va publicar el Departament de Salut l'any 2018, a Catalunya s'ha desenvolupat el document "*Model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida*" que es publicarà properament, on s'especifica l'organització assistencial de l'atenció a la població infantil i juvenil amb necessitats complexes, pal·liati ves i en situació de final de vida.

El treball en xarxa, d'acord amb el grau de complexitat de cada cas, contribueix al repte de l'eficiència i la sostenibilitat del sistema sanitari públic, a la millor racionalització i a la utilització adequada de recursos. També ha de facilitar la millora en la transferència de coneixement i la millora de la innovació.



Les propostes d'èxit en l'atenció a les persones amb necessitats pal·liatives i cronicitat avançada tenen en comú els aspectes següents:^{122,194-196}

- La **identificació precoç** de persones amb necessitats pal·liatives. Aquesta identificació precoç ha demostrat múltiples beneficis: permet conèixer les preferències i els valors dels pacients, acotant millor els objectius i facilitant el procés de **planificació de decisions avançades** (PDA).¹³⁵ També permet millorar la qualitat de vida i el control de símptomes, redueix l'angoixa, permet rebre una cura menys agressiva, redueix les despeses d'atenció i inclús pot augmentar la supervivència.^{136,137,13}
- Va més enllà de quina sigui la **patologia i/o els problemes de salut crònics** que condicionin les necessitats pal·liatives.
- Parteix de l'**aproximació comunitària** a aquestes persones, amb intervenció d'equips especialitzats segons la complexitat de necessitats.
- Garanteix l'**accessibilitat** als professionals de referència.
- La **planificació avançada**, la presa de decisions compartida i centrada en resultats que importen a les persones.
- En un **context assistencial integrat**, amb treball col·laboratiu entre els professionals d'atenció primària i especialitzada, de l'àmbit social (incloent-hi el tercer sector) i sanitari i amb vocació interdisciplinària.
- **Suport** a les famílies i/o l'entorn cuidador.
- El **model d'atenció** a aquestes persones ha d'incorporar necessàriament, també, **quatre elements** clau per garantir una atenció de qualitat^{58,113,123,124} (vegeu l'apartat 5 d'aquest mateix document): identificació o cribratge proactiu, diagnòstic situacional o valoració multidimensional, elaboració d'un pla d'atenció individualitzat i compartició d'aquesta informació amb els equips que atendran aquestes persones.

5. Model d'atenció

Si bé totes les persones grans i/o amb problemes de salut crònics es beneficien d'un enfocament individualitzat i centrat en la persona, aquest document vol fer un èmfasi especial en **tres situacions específiques** que es beneficien del model d'atenció: les persones amb **fragilitat inicial i risc de discapacitat**, les persones amb **necessitats complexes d'atenció o cronicitat complexa (PCC)** i les persones amb **necessitats pal·liatives o cronicitat avançada (MACA)** —figura 23—, ateses les seves característiques específiques:

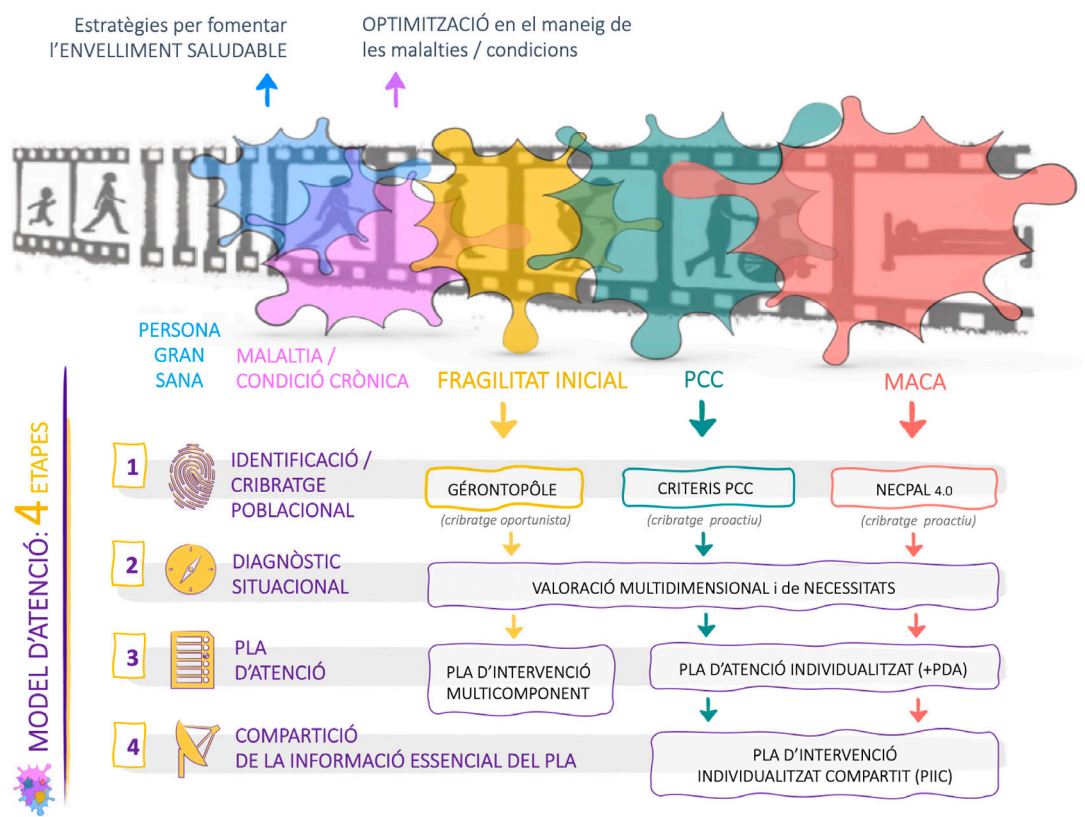


Figura 23. Resum de les propostes específiques per a persones amb fragilitat inicial, amb necessitats complexes d'atenció (PCC) o amb necessitats pal·liatives (MACA) per a cada una de les etapes del model d'atenció.

Font: elaboració pròpia.

Totes aquestes persones, i més especialment les persones necessitats complexes d'atenció (PCC) o necessitats pal·liatives (MACA), tenen en comú la necessitat d'una aproximació eminentment centrada en la persona, que transcendeixi l'aproximació estrictament protocol·litzada (figura 23).

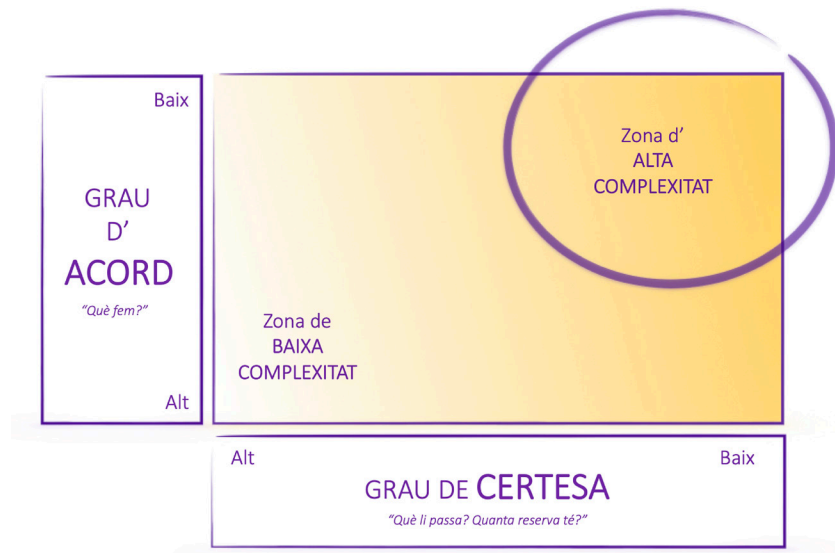


Figura 24. Gestió de la incertesa i la complexitat.

Adaptat d'Amblàs *et al.*¹⁵⁴

La mesura de la complexitat clínica ve condicionada pel grau d'evidència sobre “què li passa a la persona” i sobre el grau d'acord sobre com cal procedir davant aquella situació i la presa de decisions (“què fem?”):

Per exemple, davant d'una persona jove amb un infart agut de miocardi (A), el diagnòstic sol ser senzill i el protocol d'actuació és clar; tot i que potencialment pot ser una situació de molta gravetat, aquesta no és una situació d'alta complexitat respecte a la presa de decisions i és fàcil traçar una proposta d'actuació: en aquest àmbit les guies de pràctica clínica i les rutes assistencials són marc d'actuació que faciliten una bona praxis. Però en el cas d'una persona amb complexitat clínica (B), atesos els múltiples problemes de salut crònics i la tendència a presentar descompensació de múltiples sistemes davant d'un procés intercurrent, sovint amb presentacions clíniques imprecises —per exemple, davallada funcional o caigudes de repetició—, la incertesa diagnòstica sol ser elevada. Davant aquestes situacions, també la presa de decisions sol generar incertesa, ja que difícilment aquesta és protocolitzable. Aquest grup de persones es beneficien d'una proposta o un model d'atenció estrictament personalitzat i adaptable a la seva situació i necessitats.

Aquestes persones requereixen, doncs, d'un “vestit a mida” adaptat a les seves característiques: és a dir, d'un **model d'atenció** específic, que consta de quatre **etapes** (figura 25):



Figura 25. Model d'atenció facilitador d'atenció centrada en la persona.

Font: elaboració pròpia.



ETAPA 1

Identificació/cribratge poblacional



Si bé la major part de persones grans o amb malalties i problemes de salut crònics requereixen d'una certa personalització de les intervencions, des de la perspectiva poblacional cal **focalitzar-se** sobretot en aquelles persones que -per les seves característiques i circumstàncies- **més es puguin beneficiar d'aquest model** d'atenció individualitzat.

Tant per a les persones amb fragilitat inicial, com per aquelles amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) es proposen estratègies específiques de cribratge poblacional de persones amb necessitats específiques:



Persones amb **fragilitat inicial** o risc de discapacitat

En el marc del projecte de prevenció de discapacitat i promoció de l'autonomia personal del PAISS -actualment només en procés d'implementació en 5 territoris pilot-, es proposa utilitzar l'instrument **Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)** per al **cribratge oportunista** de persones amb fragilitat inicial o risc de discapacitat.⁹⁵

Una vegada identificada, **es registrarà** com a persona amb fragilitat inicial als sistemes d'informació, amb la codificació **R54**.



Persones amb necessitats complexes d'atenció o **cronicitat complexa (PCC)**

La identificació es fonamenta en la **presència de criteris** (vegeu l'apartat 4.3.1 d'aquest document), i es realitza en base a un **cribratge proactiu**.

Una vegada identificada, **es registra** com a **PCC** als sistemes d'informació.



Persones amb necessitats pal·liatives o **cronicitat avançada (MACA)**

Per a la identificació precoç o **cribratge proactiu** de persones amb malalties avançades i necessitats d'atenció pal·liativa (MACA) es recomana utilitzar l'**instrument NECPAL**^{135-138,153}

Una vegada identificada, **es registra** com a tal als sistemes d'informació. La identificació com a persona amb MACA és equivalent a la codificació internacional d'atenció pal·liativa (V66.7 a la CIM-9-MC, Z51.5 a la CIM-10-MC o A99.01 a la CIAP-2), tal com s'explica en el document *"Unificació de les codificacions de cronicitat avançada (MACA) i atenció pal·liativa (V66.7 CIE-9 /z51.5 CIE-10)"*.



- Tot i que l'evidència actual no avala la realització d'un cribratge universal i proactiu de persones amb fragilitat inicial, sí que existeix consens en els beneficis de cribratge oportunista de persones grans (amb algunes característiques associades) que es puguin beneficiar d'accions potencialment preventives de discapacitat.^{81,155-157}
- La identificació proactiva de persones amb necessitats complexes d'atenció resulta imprescindible com a punt de partida de la individualització del pla d'atenció.¹⁵⁸⁻¹⁶⁰
- La identificació precoç i proactiva de persones amb necessitats pal·liatives ha demostrat múltiples beneficis, com ja s'ha comentat prèviament a l'apartat 4.4.2.¹³⁵⁻¹³⁸



ETAPA 2

Diagnòstic situacional

Tot i que la identificació d'una persona com a persona amb fragilitat inicial, com a PCC o com a persona amb MACA ja implica una certa aproximació multidimensional prèvia, el diagnòstic situacional requereix una valoració multidimensional i de necessitats en més profunditat.



El concepte de *diagnòstic situacional*⁵⁸ fa referència al resultat del **procés de valoració multidimensional i de necessitats** que permet als professionals de determinar quin és el **grau de reserva** o fragilitat de la persona atesa (*com de vulnerable és?, en quin punt es troba de la seva trajectòria vital?*) —figura 27—, així com quins són els **dèficits o les dimensions** afectades i les **necessitats** a què cal donar resposta.

En aquest procés diagnòstic és important tenir en compte tant la situació en un moment del temps (*la “fotografia” de la situació; el grau de gravetat*) com la seva evolució dinàmica (*la “pel·lícula” o criteris de progressió*) (figura 25):



Figura 26. Elements clau del diagnòstic situacional.

Font: elaboració pròpia.

5.2.1 Valoració multidimensional

El diagnòstic situacional d'una persona amb fragilitat inicial, PCC o MACA requereix necessàriament una visió àmplia que tingui en compte les diferents dimensions o problemes de salut: clínics, funcionals, emocionals, cognitius, socials... Aquesta és una tasca complexa i que requereix temps. No ha de constituir un reguitzell d'escala acumulades, sinó la compilació d'informació substancial que ens aproximi al diagnòstic situacional de les persones.¹⁰⁸



Davant la necessitat de sistematitzar aquesta avaluació, hi ha essencialment dues aproximacions, que necessiten més o menys temps i expertesa, i que poden ser complementàries: la **valoració geriàtrica integral** i els **sistemes valoració multidimensional/geriàtrica ràpida**.

Valoració geriàtrica integral

La valoració geriàtrica integral (VGI) és l'**estàndard de referència** de la valoració multidimensional en persones de perfil geriàtric,¹⁰³ també en l'àmbit d'atenció primària.¹⁶¹ La VGI es defineix com un procés de diagnòstic i d'abordatge multidisciplinari que identifica les condicions mèdiques, psicològiques i funcionals en una persona gran i/o fràgil, amb l'objectiu de dissenyar i elaborar un pla d'atenció per maximitzar l'estat general de salut en un context d'envelliment. Per aquesta raó, es requereix l'avaluació de diferents àmbits de la salut, incloent els problemes clínics, l'estat funcional (activitats bàsiques i instrumentals), mental (cognitiu i emocional) i social.

Si bé no s'ha d'entendre la VGI com una simple administració acumulativa d'**escales**, per fer-se una idea global de la persona resulta imprescindible l'**avaluació de cada una de les dimensions**. (taula 7):

DIMENSÍO		INSTRUMENT DE VALORACIÓ PROPOSAT
FUNCIONAL	Activitats instrumentals de la vida diària (AIVDs)	<i>Escala de Lawton i Brody</i>
	Activitats bàsiques de la vida diària (ABVDs)	<i>Índex de Barthel (IB)</i>
MENTAL	Cognitiu	<i>Mini-Mental State Examination (MMSE) Test de Pfeiffer Mini-COG</i>
	Emocional	<i>Escala de depressió geriàtrica de Yesavage</i>

SOCIAL	Risc social	<i>Escala de Gijón</i>
	Complexitat social	<i>Self-Sufficiency Matrix</i>
	Recolzament social percebut	<i>Escala Oslo 3</i>
	Sobrecàrrega de cuidador	<i>Test Zarit</i>
NUTRICIONAL		<i>Mini-Nutritional Sassessment (MNA)</i>
SÍNDROMES GERIÀTRIQUES i SÍMPTOMES	Delirium	<i>Confusional Assessment Method (CAM)</i>
	Úlceres per pressió	<i>Escala de Braden</i> <i>Escala de Norton</i>
	Disfàgia	<i>Test de volum-viscositat</i>
	Caigudes/marxa	<i>Escala de Tinetti</i>
	Símtomes	<i>Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS)</i>
QUALITAT DE VIDA		<i>Euroqol 5D</i>

Taula 7. Exemples d'escala per a la valoració de les diferents dimensions.

Font: elaboració pròpia.

Si bé la VGI és l'estàndard de referència, també té **algunes limitacions** a l'hora de promoure la seva utilització generalitzada per part dels professionals dels sistemes de salut i social:¹⁷

- Requereix **coneixement expert**.
- Una VGI en profunditat **requereix bastant temps**: prop d'1 hora o més.
- Aquest procés de valoració és realitzat per part de **tot l'equip interdisciplinari**.
- Té una **naturalesa més aviat "qualitativa"**, la qual cosa sovint limita la comunicació interprofessional en un context assistencial familiaritzat en l'ús de *scores* i algorismes.

Sistemes ràpids de valoració multidimensional

Per aquests motius, en la literatura recent s'està proposant el desenvolupament d'**eines de valoració multidimensional/geriàtrica ràpides** (*rapid geriatric assessment*).¹⁸⁻²⁴ Aquestes propostes permeten una **aproximació multidimensional àmplia**, encara que limitada en la profunditat de cadascuna de les dimensions, amb un **temps limitat** (*aproximadament 10 minuts*), i són habitualment administrades per **un sol professional** en qualsevol dels àmbits del sistema de

salut. Aquests darrers anys han proliferat diferents d'aquestes eines, com el Saint Louis University Rapid Geriatric Assessment tool (RGA)¹⁶² l'abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA)¹⁶³, el 10-min Targeted Geriatric Assessment¹⁶⁴, el Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set (RAI-MDS)¹⁶⁵ o el G8 screening tool¹⁶⁶.

També a Catalunya hi ha exemples, com l'*Índex fràgil-VIG*,^{104,105} un índex de fragilitat pensat específicament per facilitar una valoració geriàtrica ràpida i quantificada—; i la valoració pensada per a urgències *3D/3D+*. Finalment, impulsat pel PPAC, el PDSS, i avalat PAISS, s'ha promogut el **consens** d'una eina de valoració multidimensional/geriàtrica ràpida (**VIG-express**), com a sistema compartit i universal de valoració multidimensional inicial, per ser posada a disposició de tots els professionals del sistema de salut i social de Catalunya. Aquesta eina actualment està en procés de validació

Un dels objectius essencials, doncs, del diagnòstic situacional -independentment de si s'utilitza una aproximació més "qualitativa (per exemple, utilitzant una VIG), o quantificada (per exemple, utilitzant un índex de fragilitat), és determinar quin és el **grau de reserva** o fragilitat de la persona atesa (figura 27)

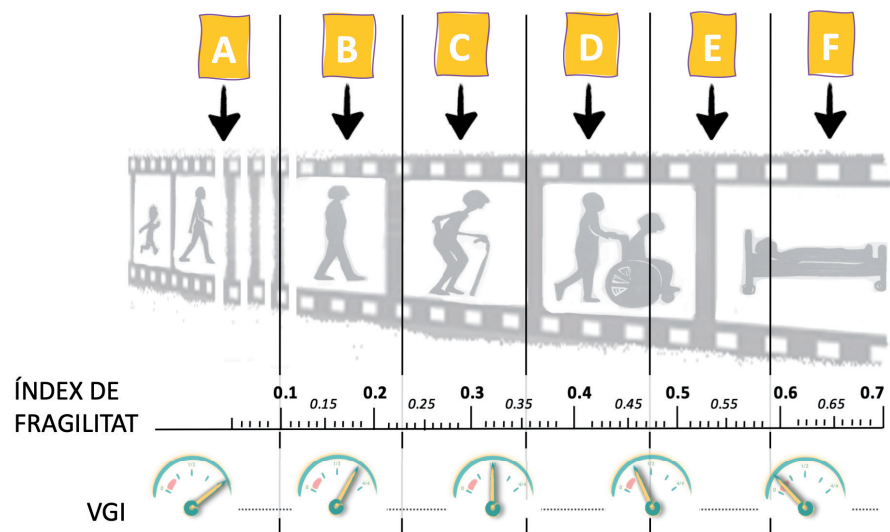


Figura 27. Diagnòstic situacional i grau de reserva de la persona: *com de vulnerable és?, en quin punt es troba de la seva trajectòria vital? A? B? C? D? E? F? .*

Font: elaboració pròpia.

5.2.2 Identificació de necessitats

L'atenció a les **necessitats de salut de les persones** haurien de ser un objectiu central de la resposta assistencial dels professionals, els equips, les organitzacions i els sistemes de salut. Especialment en les situacions de més complexitat, les persones requereixen respostes integrals, integrades i adequades als diferents moments de la seva trajectòria vital. Aquestes necessitats no solament han de preveure les necessitats derivades de la malaltia, sinó que també han

d'incloure la capacitat de la persona mateix per a l'autocura i la gestió de la seva vida en el seu entorn social més proper. El ventall de necessitats que cal tenir en compte és molt ampli i va de les més bàsiques a les més complexes.¹⁶⁷

Aquesta identificació de necessitats forma part del procés de diagnòstic situacional i és un **objectiu fonamental** en l'atenció a aquestes persones. En aquest sentit cal determinar els problemes que presenten més complexitat, les seves causes, els factors que contribueixen a la seva aparició i les capacitats i els recursos de què disposa la persona per trobar-hi solucions i tenir-ho en compte a l'hora d'elaborar el pla terapèutic.

Hi ha **diferents models** per valorar les necessitats; els més coneguts són les 14 necessitats bàsiques de Virginia Henderson,¹⁶⁸ on s'emfatitza la importància de la independència de les persones, particularment en el procés de presa de decisions; els 11 patrons funcionals de salut de Marjory Gordon,¹⁶⁹ que avaluen la funcionalitat i la disfuncionalitat en cadascun, o la piràmide de necessitats de Maslow,¹⁷⁰ que és una piràmide de cinc nivells on les necessitats superiors depenen de les inferiors.



Especialment pensat per a persones amb cronicitat avançada, a Catalunya es va desenvolupar el **model de necessitats essencials de l'Institut Català d'Oncologia** (figura 28).¹⁷¹



Figura 28. Resum de les necessitats de les persones amb malalties avançades. Adaptat de Maté-Méndez *et al.*¹⁷¹

Les **necessitats essencials** són aquelles inherents i específiques de la condició humana i intrínseques a la pròpia persona, resulten especialment rellevants en situacions de vulnerabilitat i / o malaltia avançada¹⁷²⁻¹⁷⁵. Les definim de forma breu:

- **Espiritualitat:** és l'experiència individual i íntima de la persona. Inclou la transcendència, el sentit de la vida, les creences, els valors, les pràctiques, el perdó i assumptes pendents.
- **Dignitat:** es refereix a el respecte i reconeixement que mereix una persona pels seus valors, trajectòria social i història de vida.
- **Autonomia:** es refereix a la participació lliure en la presa de decisions, als desitjos i als objectius de l'atenció, tant a nivell físic com espiritual.
- **Esperança,** que inclou les expectatives ajustades, realistes, flexibles i raonables.
- **Afecte / relacions familiars i personals,** que inclou el suport emocional, l'estima i l'ajuda proporcionada per l'entorn de la persona.



- Cal fer una **valoració integral o holística** tenint en compte les necessitats assistencials, personals, bàsiques i essencials de la persona,¹⁷¹ així com un **pla d'atenció** que les incorpori.¹⁷⁶
- Més enllà del model de detecció de necessitats utilitzat, aquesta valoració ha d'incloure la **persona, el seu entorn i el context assistencial.**¹⁷⁷
- En aquest sentit, l'atenció sanitària i social s'ha de **focalitzar en l'atenció a les necessitats detectades,** i les **preferències i els valors** de les persones ateses, més que no pas solament basant-se en la seva malaltia.¹⁷⁸



ETAPA 3

Pla d'atenció



Una vegada fet el diagnòstic situacional s'ha d'elaborar el **pla d'atenció**. En aquest pla s'ha de definir el pla terapèutic* per a cadascun dels problemes de salut, així com la proposta d'atenció a les necessitats detectades.

*El **pla terapèutic** és el conjunt de recursos (farmacològics, tècniques, pautes d'actuació) recomanats que els professionals sanitaris proposen de manera gradual i planificada amb l'objectiu de mantenir, millorar, controlar i aconseguir el màxim potencial de salut en benefici individual o col·lectiu de les persones que atenen i d'acord amb aquestes persones.

Aquest pla d'atenció ha de partir del **diagnòstic situacional** que s'ha fet prèviament, i també de l'exploració dels **valors i les preferències** de la persona, amb la voluntat de (figura 29):

Consensuar quins són els **objectius assistencials** de la intervenció que es proposarà, que hauran d'estar centrats en els resultats que siguin importants per a la persona, que siguin proporcionats a la seva situació i consensuats amb aquesta.

Identificar les **dimensions** en les quals cal intervenir, així com les **necessitats** que cal atendre —molt habitualment associades als dèficits detectats durant la valoració multidimensional.

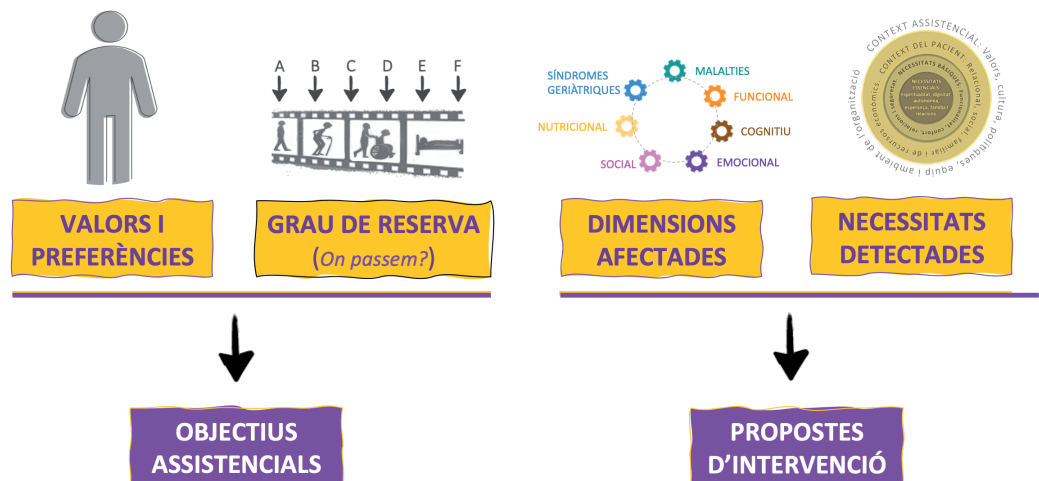


Figura 29. Objectius assistencials i propostes d'intervenció com a elements clau per elaborar un pla d'atenció centrat en la persona.

Font: elaboració pròpia.

5.3.1 Objectius assistencials

Objectius generals i objectius específics

Si bé els objectius del pla d'atenció poden ser múltiples, dinàmics i amb múltiples matisos, des d'una perspectiva pragmàtica pot ser d'utilitat agrupar els **objectius generals** en tres grans categories (figura 30):

- Millora de la **supervivència**: tenen sentit estratègies per incrementar el temps de supervivència?
- Millora o manteniment de la **funcionalitat o estabilitat**: tenen sentit les estratègies orientades a l'estabilització o el manteniment de la situació actual, hi ha marge de millora funcional?
- Millora del **benestar** i la **qualitat de vida**: té sentit una aproximació centrada en la millora de la qualitat de vida de la persona, tan a nivell físic, com emocional, com espiritual? i en les situacions més avançades, eminentment enfocada al control de símptomes i necessitats essencials?

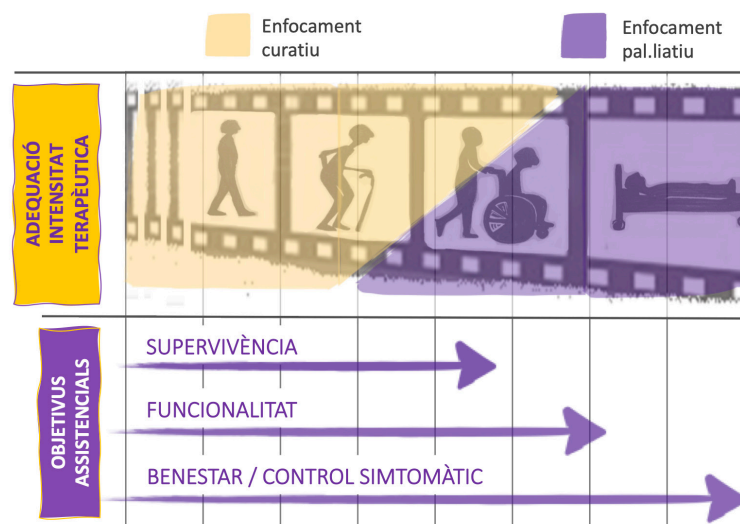


Figura 30: Proposta conceptual d'objectius assistencials i adequació de la intensitat terapèutica en funció del diagnòstic situacional de la persona.

Font: elaboració pròpia.

Establert l'objectiu general de consens, cal concretar les seves **implicacions en situacions específiques** que poden esdevenir en el context evolutiu i que tindrien la consideració de "bones pràctiques" en cada cas. Així, per exemple, caldria concretar què fer davant dels aspectes següents:

- Ús de medicació preventiva.
- Gestió d'infeccions i ús d'antibiòtics.
- Nutrició si apareixen problemes d'ingesta.

- Nivell assistencial d'actuació (domicili, intermedi, aguts).
- Proves complementàries.
- Indicació d'adequació de la intensitat terapèutica i del nivell assistencial.
- Suport per a activitats bàsiques i instrumentals en cas de pèrdua momentània/definitiva de l'autonomia.
- Relleu de la persona cuidadora principal per claudicació/incapacitat temporal
- ...

Diagnòstic situacional i adequació de la intensitat terapèutica

El diagnòstic situacional realitzat prèviament, així com el consens dels objectius assistencials esdevenen fonamentals en el procés d'**adequació de la intensitat terapèutica** (figura 26). Així per exemple, davant una persona amb fragilitat avançada i/o identificada com a MACA, caldrà ponderar el risc / benefici d'intervencions agressives que puguin resultar desproporcionades o agressives. En contraposició, en aquelles persones grans amb bon grau de reserva, el diagnòstic situacional ajuda a evitar que per criteri d'edat se'ls pogués privar d'un esforç diagnòstic addicional o d'una prova terapèutica específica potencialment beneficiosa.

Alguns elements que poden ajudar a la reflexió són:

- **Perspectiva evolutiva fins a l'actualitat:** considerar l'evolució de la persona en els darrers mesos des d'una perspectiva multidimensional (estabilitat, davallada, millora), la gravetat i la progressió dels problemes, la identificació com a persona PCC o MACA, l'evolució probable i la resolució fins a l'actualitat de l'atenció a les seves necessitats.
- **Reversibilitat o irreversibilitat** dels problemes detectats.
- **Cost-benefici de les intervencions.**
- **Perspectives evolutives de futur** en previsió de possibles escenaris evolutius i les implicacions assistencials corresponents i **anticipació de necessitats futures**, considerant les descompensacions o crisis que poden esdevenir, les seves característiques i com es gestionaran.
- **Capacitat de les persones i de l'entorn** per fer front a noves necessitats, atenció i problemes.
- **Valors i preferències de la persona.**
- **Anàlisi de la discrepància:** contradiccions entre les diverses valoracions professionals i/o entre objectius/preferències de la persona i objectius i accions proposades per l'equip.



A Catalunya existeixen diferents experiències específiques pensades per facilitar el **registre** del nivell d'intensitat terapèutica consensuat, tan a nivell hospitalari⁵⁷ com des d'una perspectiva territorial¹⁷⁹. La compartició del pla d'intervenció individual compartit (PIIC) té també com a objectiu facilitar la compartició d'indicacions sobre l'adequació de la intensitat terapèutica.

Valors i preferències, autonomia i apoderament de la persona

Si bé els objectius assistencials i la intensitat terapèutica han d'estar harmonitzats amb el diagnòstic situacional de la persona, és fonamental que aquests estiguin alineats amb els **valors i preferències de la persona**.

L'**autonomia** de les persones es defineix com la "capacitat de controlar, afrontar i prendre, per iniciativa pròpia, decisions personals sobre com cal viure d'acord amb les normes i les preferències pròpies, així com de desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària" i és cabdal per a la gestió del seu procés de salut, atès que ajuda a millorar la seva informació, formació i conscienciació en relació amb la seva malaltia i evolució.¹⁸⁰

L'**apoderament** es defineix com el procés mitjançant el qual les persones adquireixen més control sobre les decisions i les accions que afecten la seva salut,¹⁸¹ mentre que l'**autocura** fa referència al conjunt d'accions que, a partir de l'apoderament, duu a terme una persona per al seu benestar i la seva salut.¹²²

Presca de decisions compartides

La millor manera de garantir l'autonomia, l'apoderament i l'harmonització dels objectius amb els valors i preferències de la persona, és que aquest procés es realitzi de forma compartida. La presa de decisions compartida es considera l'**element clau de l'atenció centrada en la persona** i s'ha identificat com una de les palanques de canvi per millorar la qualitat i la seguretat en l'atenció sanitària¹⁸². La presa de decisions compartida s'ha d'entendre com una trobada entre experts: d'una banda el professional sanitari, expert en el maneig de les situacions clíniques i d'altra, la pròpia persona, experta en "ella mateixa", els seus valors, els seus desitjos i en el que "a ella realment li importa".

Aquest procés compartit requereix que les **persones** i els **professionals** estiguin **informats, motivats i compromesos i capacitats**. Aquesta capacitació està relacionada amb el nivell d'exigència de la presa de decisions: no és el mateix la decisió sobre quin fàrmac escollir per tractar la hipertensió, la decisió de realitzar un cribatge de patologia oncològica o un procés de planificació de decisions anticipada (PDA). A la taula 8 es descriuen algunes **recomanacions** específiques relacionades amb aquesta capacitació.¹⁸³

Recomanacions per als professionals sanitaris	Recomanacions per a les persones
<ol style="list-style-type: none"> 1) Fomenteu la complicitat i la implicació de la persona 2) Registreu les seves preferències i valors 3) Valoreu l'actitud de la persona davant els possibles riscos (grau de riscos assumibles per ella). 4) Identifiqueu les diferents opcions i la seva efectivitat. 5) Ajudeu a la persona a reflexionar sobre aquestes opcions 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Escolliu un equip que sigui de la vostra confiança i definiu el tipus de relació que hi voleu establir. 2) Estableixi allò que realment és important per vostè (sentiments, valors, creences i expectatives). 3) Comparteixi-ho de forma transparent i tranquil·la amb l'equip. Trobi el moment apropiat per fer-ho. 4) Accedixi a la informació rellevant sobre els seus problemes de salut. 5) Avaluï la informació rebuda. Reflexioni les diferents opcions conjuntament amb el seu equip
<p>6) Elaboreu un pla assistencial de forma conjunta, i valideu-lo de forma compartida. Si és precís, consensueu un "pla B".</p>	

Taula 8. Recomanacions per als professionals sanitaris i per a les persones en la presa de decisions.

Font: Modificat d'Angela Towle et al.¹⁸³

Els **beneficis** de realitzar aquest procés de forma compartida són múltiples¹⁸⁴⁻¹⁸⁷:

- **Millora la relació** entre les persones i els professionals, fet que a més facilita la implementació del model d'atenció.
- **Afavoreix la implicació dels individus** en la seva pròpia salut, amb resultats beneficiosos en aspectes de compliment terapèutic (major adherència).
- **Incrementa l'apoderament de la persona**, la seva implicació en l'autocura, la satisfacció en l'atenció i la millora de la comunicació amb els equips.
- Exerceix un **efecte corrector en el sobrediagnòstic i sobretractament**, ajudant a optimitzar els recursos i a la disminució de variabilitat en la pràctica clínica i l'equitat.
- Sembla que **millora els resultats de salut i el patró d'utilització de recursos** -encara que fan falta més estudis per poder-ho afirmar amb contundència-. Alguns estudis avalen que la presa de decisions compartida pot disminuir la pressió sobre el sistema de salut i social, especialment en contextos d'atenció integrada.

Finalment, existeixen diferents **eines** que poden ajudar en aquest procés de presa de decisions compartida en la pràctica diària, que van des de propostes passives (com la informació essencial a les persones) fins a propostes més actives (facilitadores de consens d'objectius i d'elaboració d'objectius i plans d'acció. Idealment s'haurien de poder combinar ambdós plantejaments.¹⁸⁸



A Catalunya s'han desenvolupat diferents propostes en aquest sentit, que es poden consultar a la pàgina web "[decisions compartides](#)".

Planificació de decisions anticipades

Un exemple paradigmàtic de metodologia de presa de decisions compartides és la planificació de decisions anticipades (PDA). La PDA és el procés que identifica els valors i les preferències d'una persona, o la seva família o entorn cuidador, si escau, per **preveure amb antelació els objectius d'atenció i els recursos** que es necessitaran per atendre-la.¹²² Constitueix el nucli dialèctic i conceptual del procés pel qual es promou que el pacient colideri, d'acord amb els valors, els desitjos i les preferències que li són propis, els determinants en qualsevol moment evolutiu dels problemes de salut que pateix, sobretot, quan aquests ocorrin en situacions de pronòstic de vida limitat. Això requereix de **6 passos** (figura 31):



Figura 31: Els 6 passos de la PDA.

Font: elaboració pròpia.



Existeix un **model català de PDA** que consti tueix una proposta innovadora que endreça l'ideari, la praxi i l'estratègia d'implementació en un àmbit en el qual l'estratègia de cronicitat avançada confl ueix amb les iniciati ves d'atenció cen-trada en les persones.¹⁸⁹

5.3.2 Propostes d'intervenció

Definir el pla d'atenció implica que, partint de la llista de problemes i necessitats de **cada dimensió o àrea** de valoració (clínica, funcional, emocional, cognitiva, social,...), i en base al diagnòstic situacional i els valors i preferències de la persona s'estableixin **accions concretes** per donar-hi resposta. Per exemple, una persona amb fragilitat inicial, el pla d'atenció probablement haurà d'estar més orientat a mesures preventives (per exemple, amb predomini de programes d'exercici físic i millora nutricional); mentre que per a una persona de perfil MACA, adquireixen més importància aspectes més orientats al suport psicosocial i de recolzament als cuidadors (figura 32).

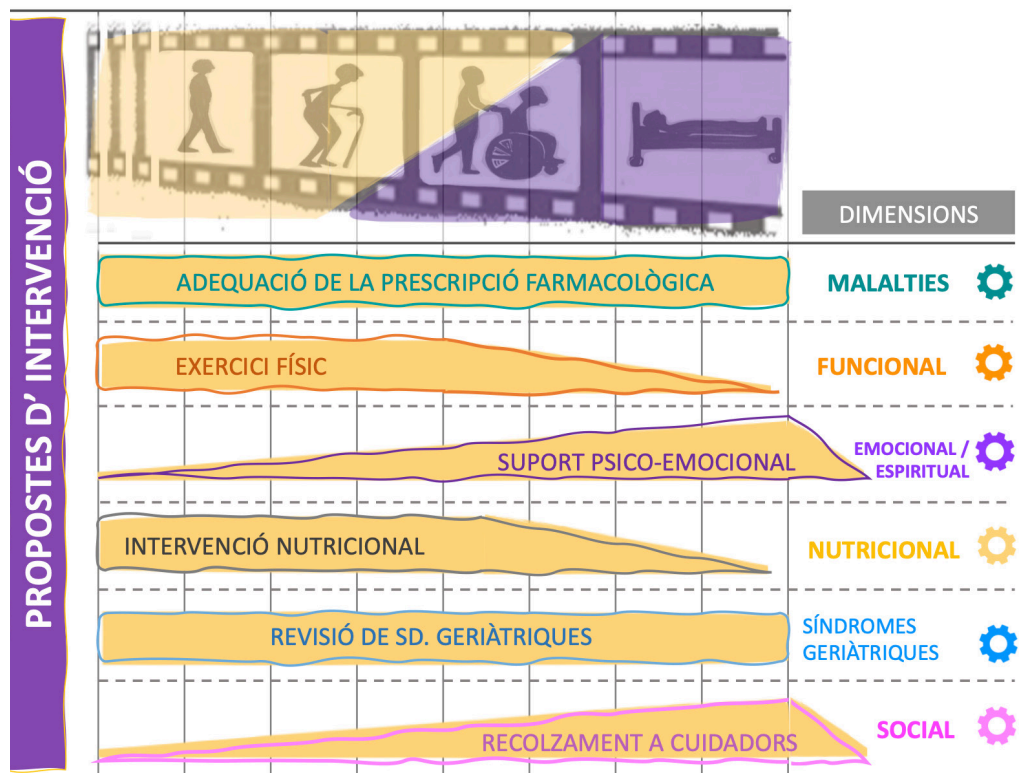


Figura 32: Representació conceptual d'algunes de les intervencions des d'una perspectiva multidimensional, i intensitat de les mateixes segons el diagnòstic situacional.

Font: elaboració pròpia.

De forma genèrica, aquestes les accions globals o relacionades amb alguna de les diferents dimensions es poden agrupar en quatre grans àrees:

- Intervencions d'**alfabetització, apoderament, autocura i suport**
- Intervencions **relacionals i de comunicació** (amb la persona i l'entorn cuidador)
- Canvis en la **prescripció farmacològica**
- Canvis en els **serveis** (sanitaris, socials i comunitaris)

Alfabetització per a la salut i suport

L'**alfabetització per a la salut** està relacionada amb els coneixements de les persones, la motivació i les competències per accedir a la informació sobre salut, i entendre-la, avaluar-la i aplicar-la amb la finalitat d'arribar a tenir una opinió personal verídica i així poder dur a terme judicis i prendre decisions respecte a la salut i els problemes de la vida diària envers aquesta, la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, per mantenir i promoure la qualitat de vida al llarg d'aquesta.¹⁹⁰

Una persona amb un problema de salut necessita un **suport** continuat més enllà del professional de salut de referència. En aquest cas, el seu cuidador més proper és una peça clau dins el seu procés.



Actualment, a Catalunya s'estan consolidant intervencions comunitàries d'aprenentatge entre iguals, com el *Programa Pacient Expert Catalunya*[®] i el *Programa Cuidador Expert Catalunya*[®], adreçades a persones amb condicions cròniques i a cuidadors informals, que fomenten l'autocura, l'autoresponsabilitat i l'apoderament, i que milloren l'alfabetització per a la salut i que faciliten la presa de decisions compartides. Aquests programes, que ja tenen una llarga tradició, s'han estructurat sobre la base de les necessitats de formació i de suport identificades per les persones a qui van adreçats i per els professionals de la salut que hi participen.

Intervencions relacionals i de comunicació

La **comunicació** proactiva entre els professionals de la salut i la població resulta essencial per a l'atenció centrada en la persona. Mitjançant una comunicació i una interacció directa, es promou que les persones obtinguin els coneixements que facilitin la presa de decisions sobre la seva pròpia salut de manera compartida, on l'individu mateix té un paper central. En aquest àmbit cal assenyalar el **paper** determinant dels **professionals de la salut** dins aquest àmbit d'actuació. La relació d'aquests professionals amb les persones ateses requereix tot un seguit d'elements clau dins el procés. Entre d'altres, destaquem l'escolta activa, la personalització de la relació, la mirada conjunta amb la persona i els familiars o l'entorn cuidador i les habilitats comunicatives i relacionals que han de tenir. Tot això forma part d'un conjunt d'ítems necessaris per aconseguir la implicació, la motivació, la capacitat i l'afrontament de les persones amb la seva malaltia.

Adequació de la prescripció

Aproximadament el 30% de les persones de més de 65 anys prenen cinc o més fàrmacs, tendència que ha anat augmentant progressivament al llarg dels darrers anys,¹⁹¹ i que es concentra en àmbits específics —en el cas de les residències geriàtriques supera el 90%. Molt freqüentment són més els perjudicis que els beneficis derivats de la polifarmàcia, en què els efectes secundaris dels fàrmacs i els problemes d'adherència són dos dels principals problemes associats.^{192–194}

En el procés d'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat, la **revisió** o l'**adequació de la prescripció farmacèutica**, així com l'**adherència** són de les accions específiques a realitzar amb una evidència més contundent.^{200–206}



Són múltiples les iniciatives per fer front a aquest problema de salut de primera magnitud (criteris de Beers, criteris STOPP-START, criteris MAI, criteris STOPP-frail,...)

A Catalunya, s'han realitzat treballs de consens específics per fomentar l'adequació de la prescripció, destacant el document "*Ús racional de medicaments. Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència*". També desenvolupat la metodologia de **prescripció centrada en la persona**^{200,201} on des d'una visió pragmàtica i centrada en la persona, es fa una proposta específica de revisió de la medicació, en 3 etapes (Figura 33):

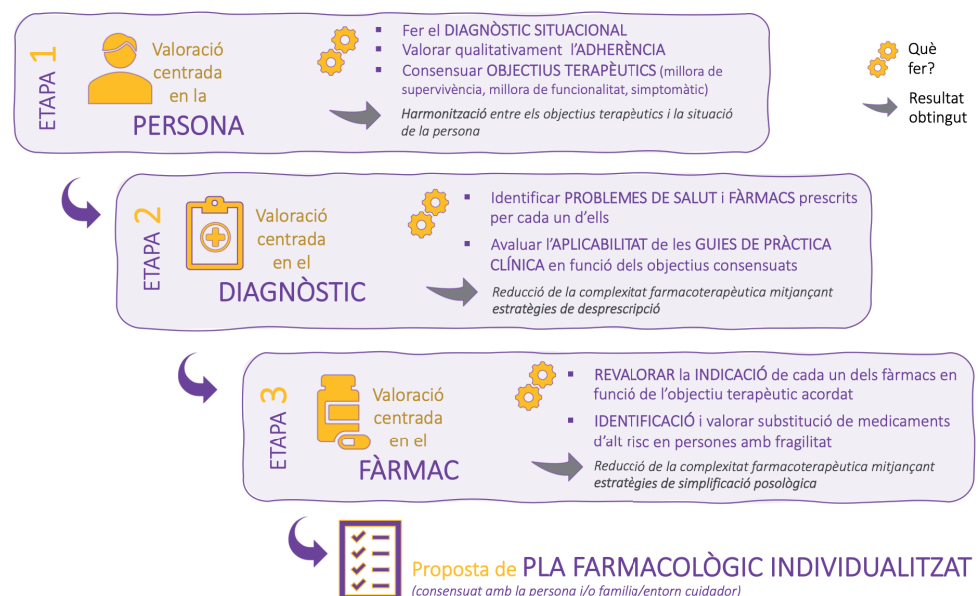


Figura 33: Esquema conceptual de les etapes del model de prescripció centrada en la persona.

Font: elaboració pròpia.

5.3.3 Especificitats per a persones amb fragilitat inicial, PCC i MACA



Persones amb **fragilitat inicial** o risc de discapacitat

Una vegada completat el procés diagnòstic, caldrà facilitar la informació del diagnòstic de la situació de fragilitat a la persona i, si s'escau, a la seva família o entorn cuidador, d'una manera comprensiva. La comunicació del diagnòstic haurà d'anar acompanyada de la discussió del **pla d'intervenció** o el tractament amb la persona i la seva família o entorn cuidador, si escau. El pla d'atenció a les persones amb fragilitat va encaminat a prevenir o retardar l'aparició i l'evolució de la fragilitat i de la discapacitat i dependència associada, en què és necessari un **enfocament multidimensional i multicomponent** de les intervencions que es plantegin (exercici físic, intervenció nutricional, tractament i gestió dels problemes de salut i les síndromes geriàtriques, etc.).



Persones amb **cronicitat complexa (PCC)** i **avançada (MACA)**

Les persones identificades com a PCC o persona amb MACA han d'acordar amb els professionals el seu pla d'atenció —*que té en el PIIC (etapa 4) una versió abreujada o “destil·lada” pensada per ser compartida*—, que es revisarà periòdicament (a les 8-12 setmanes de la seva elaboració, i almenys una vegada a l'any) i es conciliarà en cada transició assistencial. A demanda dels professionals de referència de l'equip d'atenció primària (EAP) i de les persones, es recomana l'adequació del pla terapèutic, especialment en les transicions, en les persones que es prioritzi i en els nous casos identificats com a PCC/MACA.



- Fomentar **l'autonomia, l'apoderament i l'autocura** de les persones hauria de ser una estratègia prioritària en l'atenció a les persones grans i aquelles amb problemes crònics de salut.^{122,180,181}
- L'evidència sobre la **incorporació de PROMs i PREMs** ha demostrat que millora la relació entre professionals i persones, la presa de decisions compartida i l'eficiència de treball.^{68,202-204}
- La **presa de decisions compartida** ha demostrat ser essencial per garantir que les persones no rebin més tractament del que desitgen ni menys tractament del que necessiten.²⁰⁵ La PDA n'és l'exemple més paradigmàtic.²⁰⁶
- Qualsevol pla d'atenció individualitzat ha d'incloure també la **revisió de la prescripció farmacèutica**, que ha de ser coherent amb els objectius consensuats.²⁰⁰⁻²⁰⁶
- Cal **avaluar o replantejar el pla d'atenció de forma continuada**, en funció de l'evolució de les necessitats i la situació de la persona, la família o entorn cuidador.¹⁷⁶



ETAPA 4

Compartició del pla o pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)



Totes les estratègies adreçades a les persones amb necessitats complexes d'atenció i necessitats pal·liatives, consideren la **compartició de la informació entre professionals** que les atenen com un **element cabdal** per generar respostes assistencials de qualitat òptima i efectiva, en tant que s'ajusten a les necessitats i preferències de la persona i, si s'escau, del seu entorn familiar.

En aquest context, la creació i publicació a la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3) dels **Plans d'intervenció individualitzats i compartits (PIIC)**, pot ser un instrument afavoridor d'una millor atenció a les persones amb complexitat clínica.

Es proposa compartir la informació més rellevant del pla d'atenció dels PCC i les persones amb MACA:



Persones amb **cronicitat complexa (PCC)** i **avançada (MACA)**

Un cop s'ha fet el pla d'atenció, els professionals elaboraran un PIIC, que serà un pla "**destil·lat**" de la informació més rellevant. El PIIC és un document dinàmic, que se sustenta en la història clínica compartida a Catalunya (HC3), i que recull les dades sanitàries i socials més importants d'una persona identificada com a PCC o com a persona amb MACA, i que està dipositat en un entorn compartit d'informació (HC3).

Representa, sobretot, una **eina de comunicació entre professionals**, en la qual les persones que millor coneixen la persona, sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas. D'aquesta manera, quan la persona és atesa per professionals no referents, aquests poden disposar, mitjançant el PIIC, de la informació essencial del cas, la qual cosa, afavoreix que puguin prendre millors decisions i més congruents amb les necessitats, els valors i les preferències de la persona.

El PIIC vol ajudar a garantir, doncs, la **continuitat assistencial** en contextos les 24 hores del dia els set dies de la setmana, en les transicions assistencials (ingressos hospitalaris i sociosanitaris). El PIIC representa una prolongació virtual en el temps i l'espai, del pacte terapèutic i dels criteris de bona pràctica, que des d'una òptica integral han acordat conjuntament l'equip assistencial de referència i les persones identificades com a PCC o com a persona amb MACA, així com amb la família o l'entorn cuidador.



A Catalunya hi ha un *document de recomanacions* i proposta de bones pràctiques en la redacció del PIIC.²⁰⁷ Actualment s'està realitzant una auditoria qualitativa dels PIIC, com a punt de partida de l'elaboració d'un nou model de PIIC (3.0), que es consensuarà amb els professionals

6. Elements facilitadors del model d'atenció

Les respostes assistencials orientades al model d'atenció descrit requereix tan de la **implicació dels professionals**-constituïts com l'actiu principal del sistema-, com del **compromís de les institucions i organitzacions**-com a garants de la qualitat i l'equitat.

En aquest sentit, s'identifiquen **sis elements** -que més enllà del finançament, sistemes de contractació i compra i la governança- resulten imprescindibles per poder fer efectiu el model d'atenció, i que es descriuren breument a continuació:

- 6.1 Treball en equip i pràctiques col·laboratives
- 6.2 Rutes assistencials i a atenció a les transicions
- 6.3 Integració de l'atenció
- 6.4 Sistemes d'informació i història clínica compartida
- 6.5 Avaluació de resultats i redireccionament
- 6.6 Formació, recerca i innovació

6.1 Treball en equip i pràctiques col·laboratives



L'atenció a les persones grans i a les persones amb problemes de salut crònics —i més especialment a les persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)— requereix de treball interdisciplinari i en equip, així com promoure **pràctiques col·laboratives** entre diferents professionals i equips.

6.1.1 Treball en equip i interdisciplinarietat

La complexitat en la gestió de la persona amb problemes de salut crònics i necessitats complexes d'atenció (PCC) o necessitats pal·liatives (MACA) —pel que fa a la diversitat i la interacció de diferents aspectes clínics, físics, funcionals, psicològics i socials— requereix una sèrie de coneixements, habilitats i aptituds que no solen estar a l'abast d'un únic professional.

La participació dels **diferents professionals** —tan de l'àmbit sanitari com social— en l'abordatge dels diferents aspectes de l'atenció a aquest tipus de perso-

nes, necessita el desenvolupament progressiu de la metodologia del treball en equip. Aquesta forma de treballar permet una atenció global dirigida a oferir una atenció integral, on tots els professionals treballen per assolir un objectiu comú per a la persona atesa.

6.1.2 Pràctiques col·laboratives i treball en xarxa

El **treball en xarxa** es basa en el **treball conjunt entre diferents professionals i equips per assolir un objectiu comú**, que en aquest cas és donar resposta conjunta a totes les necessitats de la persona i el seu entorn. Així doncs, no tan sols tenen un paper bàsic els professionals referents de la persona i els de continuïtat, sinó que també es necessita, en funció de la intensitat d'intervenció, un treball en xarxa dels professionals de l'hospital, dels centres i les unitats socio sanitàries i de les alternatives a l'hospitalització convencional que ofereixen aquests centres (hospitalització a domicili, hospitals de dia, EAIA, UFISS, etc.) i dels socials i del tercer sector del territori, amb els quals s'hauria de compartir la informació necessària per a una atenció integral correcta.

Aquest objectiu comú requereix pràctiques col·laboratives entre professionals i equips. Un exemple paradigmàtic de pràctiques col·laboratives és la conferència de cas.



La metodologia de **conferència de cas** facilita l'elaboració col·laborativa del pla d'atenció o PIIC amb tots els professionals que participen de forma significativa en l'atenció de la persona.^{208,209} Atesa l'evidència i les experiències positives en el nostre entorn, es proposa establir dinàmiques territorials de conferències de cas per aquelles situacions amb més complexitat, amb l'objectiu de compartir la informació i arribar a acords amb la persona o la família i l'entorn cuidador, necessaris per a l'elaboració del pla terapèutic de la persona i del PIIC.

Al llarg d'aquests darrers mesos, a Catalunya s'ha realitzat un treball amb professionals de diferents territoris amb experiència en dinàmiques de conferència de cas per consensuar un *Model català de conferència de cas*.



- L'**enfocament interdisciplinari** pot millorar tant els resultats com el resultats dels processos d'atenció, així com l'experiència d'atenció de la persona i dels professionals.²¹ També pot reduir les estades hospitalàries i evitar la duplicació de les avaluacions, fet que porta a registres holístics més complets.²¹¹
- Hi ha àmplia evidència sobre la **necessitat de consensuar pràctiques col·laboratives** entre els equips implicats en l'atenció a les persones, especialment per a les que tenen necessitats complexes d'atenció.²²⁷⁻²³⁰

6.2 Rutes assistencials i a atenció a les transicions



S'entén per **ruta assistencial** (RA) el pacte entre els professionals i les organitzacions dels diferents àmbits assistencials que operen en un mateix territori i atenen una mateixa població afectada d'un problema de salut crònic específic per aplicar els criteris de bona pràctica, optimitzar els circuits assistencials i planificar les respostes davant d'escenaris previsibles.¹²²

Un element clau de les rutes assistencials és el de garantir unes transicions excel·lents —entenenent per **transició assistencial** el procés de transferència d'una persona atesa entre ubicacions, serveis, nivells d'atenció o àmbits assistencials diferents.²¹⁶

Així doncs, l'**objectiu de les RA** és millorar el contínuum assistencial; però també millorar la qualitat d'atenció, optimitzar recursos, promoure la seguretat de les persones i la seva satisfacció, i millorar els resultats de salut, tot disminuint la variabilitat en l'atenció i reduint la fragmentació del sistema potenciant l'atenció integrada. En aquest sentit les RA són útils per monitorar els processos assistencials i mantenir o millorar la qualitat dins del concepte d'atenció centrada en la persona.

Idealment, qualsevol RA hauria de preveure:²¹⁷

- Una declaració explícita dels **objectius i els elements clau** de l'atenció, basats en l'evidència, les millors pràctiques i les expectatives dels pacients i les seves famílies.
- La facilitació de la **comunicació** entre els membres de l'equip i amb les persones i les seves famílies.
- La **coordinació** del procés d'atenció, l'establiment de les funcions i la seqüenciació de les activitats de l'equip interdisciplinari, de les persones i de les seves famílies.
- La **documentació, el monitoratge i l'avaluació** de la variabilitat i dels resultats de salut.
- La **identificació dels recursos** necessaris.



A Catalunya, i en el context de l'aterior Pla de Salut, el PPAC desenvolupà el *marc genèric per al disseny de RA* amb l'objectiu de millorar l'atenció a les persones amb determinats problemes de salut, per mitjà de la cooperació entre professionals, la coordinació entre proveïdors, l'establiment i l'optimització dels circuits assistencials, i la promoció de la bona pràctica, tot atorgant el recurs més adient a la situació evolutiva de cada persona.

Des d'aleshores s'han desenvolupat RA per a alguns dels processos més prevalents o de més impacte en el sistema de salut. Inicialment es van desenvolupar RA més centrades en malalties concretes (*insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica, diabetis mellitus, demència o depressió*), incorporant posteriorment RA centrades en condicions i situacions (*complexitat*).

Actualment s'està treballant en el redisseny /actualització d'algunes d'aquestes rutes.



- Hi ha evidència sobre l'**eficiència** que el desenvolupament i la implementació de RA té en el procés d'atenció a les persones amb problemes de salut crònics.²¹⁸

6.3 Integració de l'atenció



L'atenció a les persones amb problemes crònics de salut, especialment les persones amb necessitats complexes d'atenció (PCC) i les persones amb necessitats paliatives (MACA), requereixen entorns d'atenció que sovint superen les capacitats i l'abast de l'àmbit professional individual i de les organitzacions mateixes.

Malgrat que la persona pugui tenir un professional o equip referent, l'evolució del procés mateix implica la intervenció sovint d'un conjunt ampli i variable de professionals i dispositius que poden actuar de manera fragmentada, ocasionant un dany i perjudici en el mateix procés d'atenció. Per això esdevé imprescindible preveure una **visió territorial** amb un treball previ coordinat pels líders directius i clínics del territori que planifiqui un conjunt de respostes esperades per a diferents situacions i un escenari relacional efectiu perquè es pugui dur a terme un model d'atenció centrada en la persona, amb la participació dels professionals que intervinguin en el procés d'atenció.

Entenem per **atenció integrada** l'atenció que unifica la planificació, la gestió clínica i la provisió dels serveis socials i sanitaris i que garanteix la qualitat com a model de pràctica col·laborativa amb l'objectiu d'obtenir bons resultats en salut i una utilització adequada dels serveis, i de millorar la qualitat de vida i la satisfacció de l'usuari.¹²² L'atenció integrada és un dels elements clau en l'atenció a persones amb necessitats complexes i pal·liatives (PCC i MACA).

Podem diferenciar la integració vertical, la integració horitzontal i la triple integració (figura 34)²¹⁹.

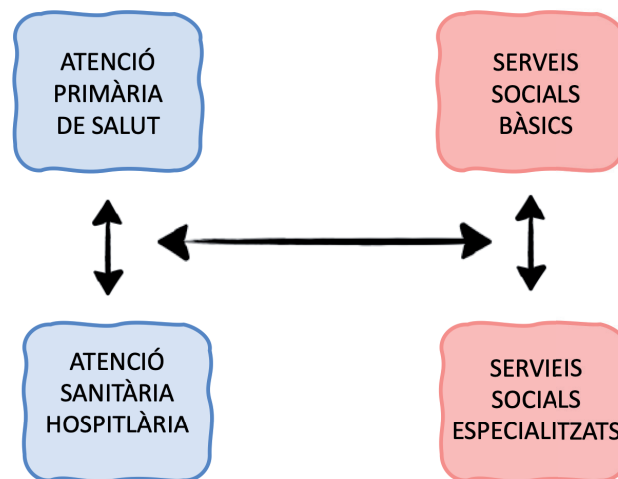




Figura 34: Integracions vertical, horitzontal i triple integració.

Font: elaboració pròpia

	<p>S'entén com a integració vertical el treball conjunt i/o la coordinació de serveis entre professionals i/o organitzacions que ofereixen atenció a diferents nivells d'intensitat segons la gravetat i la complexitat de les necessitats. El seu principal benefici és assegurar que els serveis es prestin en el moment adequat i en el lloc adequat, el més proper a la llar dels pacients possible. El repte és assegurar que els pacients amb múltiples condicions rebin una referència i gestió adequada.</p> <p>Aquesta integració vertical es pot produir en dos àmbits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre l'atenció primària i l'atenció sanitària hospitalària, objecte d'aquest document de bases estratègiques. • Entre els serveis socials especialitzats i els serveis socials bàsics
--	--

	<p>La integració horitzontal o transversal es refereix al treball conjunt i/o la coordinació de l'atenció en tots els serveis que rep la persona, tant siguin aquests sanitaris com socials. El benefici més important de la integració horitzontal és la seva capacitat d'abordar globalment la persona. És en aquest context on s'emmarca el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS)*.</p> <p><i>* El PAISS té com a objectiu promoure l'autonomia personal i facilitar la permanència en l'entorn habitual i la inclusió social d'aquestes persones, en què és necessari de reforçar el valor de l'atenció integral i integrada a les persones i el valor de l'eficiència i la qualitat del model de provisió, tot promovent l'encaix dels serveis sanitaris i socials. El desenvolupament de models d'atenció integrada en les diferents xarxes i dispositius ha de facilitar un coneixement compartit i la utilització òptima de les capacitats, els recursos i les dades dels sistemes de manera que es configurin, progressivament, com una xarxa interrelacionada i integrada de serveis als usuaris, sense perjudici de les competències de cada departament pròpies del seu àmbit, sanitari o social.</i></p>
	<p>Parlem de triple integració quan s'incorporen alhora tan la mirada horitzontal com vertical en el model d'atenció. Com més gran i multifactorial sigui la situació de complexitat -especialment per aquelles persones amb complexitat social i sanitària concurrent-, més necessària esdevindrà aquesta triple aproximació.</p>

És important ressaltar, però, la **integració horitzontal no es pot plantejar** com una **substitució de la integració vertical**. És més: són dos plantejaments complementaris i interdependents, en els que cal avançar de forma sincrònica si es vol orientar els sistemes a les necessitats de les persones grans i/o amb problemes de salut crònics.



L'evidència avala que l'atenció integrada impacta positivament sobre la satisfacció, l'accessibilitat i els resultats percebuts per les persones, en què els resultats són heterogenis encara en relació amb la utilització de serveis i costos. La variabilitat entre els diferents models d'integració en dificulta molt l'avaluació global.²²⁰

Els **elements clau** en el desenvolupament de les propostes d'atenció integrada requereixen un conjunt mínim d'elements crítics, tots ells sinèrgics entre si, amb efecte multipalanca, que facilitin la implementació efectiva d'un model d'atenció centrat en la persona amb capacitat de resposta i proactivitat en el procés d'atenció, en què es destaca la necessitat de comptar amb:²²¹

- Una governança territorial que incorpori totes les autoritats competents en el procés d'atenció.
- Un "microsistema local d'atenció" al territori, de base comunitària, amb pactes locals recollits en les RA i amb un bon desenvolupament de serveis dins de la comunitat.
- Cada persona ha de tenir un únic pla d'atenció compartit entre tots els agents que potencialment hi puguin intervenir, adoptant el principi d' "**una persona, un pla**".
- Model de gestió del cas per a les persones amb necessitats d'atenció complexes.
- S'han de desplegar elements facilitadors: sistemes d'informació compartits, marcs avaluatius comuns, un model de finançament que incentivi la intel·ligència artificial (IA) i que superin les barreres actualment existents en els sistemes de pagament per línies.

6.4 Sistemes d'informació i història clínica compartida



Les **tecnologies de la informació i la comunicació** (TIC) són el conjunt d'instruments utilitzats per processar, transmetre, emmagatzemar, difondre, compartir i generar coneixement i serveis en format digital.¹²² Les TIC són un element clau en la implementació de processos d'atenció integrada, que garanteixen:

- **En primera instància**, que tots els professionals implicats en el procés d'atenció tinguin accés a una informació mínima d'interès comú del procés d'atenció.
- **En segona instància**, que tots els professionals implicats puguin disposar d'un entorn tecnològic que permeti dur a terme un treball col·laboratiu a l'hora de fer la valoració integral conjunta, el pla d'atenció integral, el seguiment periò-

dic i la revaloració, així com la introducció de funcionalitats més avançades de suport en el procés d'atenció a les persones.



Actualment, Catalunya disposa d'una **història clínica compartida (HC3)** que conté dades, informació i valoracions clíniques sobre la situació i l'evolució d'una persona al llarg del seu procés assistencial, i que segueix un model de gestió descentralitzada que permet als professionals sanitaris accedir a tota la informació actualitzada i rellevant de les persones, independentment de l'àmbit assistencial o de la ubicació geogràfica.

L'HC3 ofereix la **traçabilitat** del pas de les persones pel sistema sanitari, permet incorporar serveis relacionats amb l'atenció proactiva requerida per alguns pacients (alertes, avisos, comunicació entre àmbits assistencials, organitzacions i professionals) i promou la continuïtat de l'atenció sanitària.

Davant aquest escenari, es fa imprescindible el **desenvolupament de funcionalitats** que donin suport en el procés d'atenció a les persones grans i en situació de complexitat. Actualment tots els desenvolupaments de TIC que s'estan duent a terme impliquen accions col·laboratives entre funcionalitats:

- Utilització intensiva de **La Meva Salut** per part de poblacions objecte del model d'atenció, també els cuidadors en persones en situació de complexitat o en atenció domiciliària (demències, etc.).
- Desenvolupament de solucions de TIC que permetin crear un únic pla d'atenció per a les persones que requereixin pràctica col·laborativa en un model d'atenció integrada, tant des de la vessant sanitària com de la social.
- Incorporació de solucions pròpies del projecte **IS3** pel que fa a missatgeria segura en entorns de pràctica col·laborativa: transicions segures i proactives, comunicació de situacions d'alerta entre àmbits d'atenció (informe posterior a l'atenció en unitats de cures intensives o el Sistema d'Emergències Mèdiques, etc.), interconsultes en entorns segurs entre atenció primària i atenció especialitzada.

A Catalunya, una de les funcionalitats més utilitzada ha estat la generació i la compartició de la identificació de situació de complexitat i PIIC.



Hi ha gran evidència que els models d'atenció a les persones amb problemes crònics de salut, cronicitat complexa o avançada es beneficien del **desenvolupament i incorporació de TIC**. Alguns exemples paradigmàtics són els de Kaiser Permanente i el de Veterans Health Administration.²²²

6.5 Avaluació de resultats i redireccionament



En els processos de modelització de l'atenció integrada, són necessaris **marcs avaluatius de base poblacional** que siguin **comuns i transversals** per a les organitzacions i els professionals que treballen en diferents àmbits d'atenció. Aquesta avaluació de resultats requereix un treball conjunt de totes les parts amb l'objectiu de disposar d'un **quadre de comandament únic**. L'**elecció dels indicadors** s'ha de basar en els principis d'objectivitat, validesa, sensibilitat, especificitat i consens.

Ja sigui a partir d'informes o bé per mitjà d'un paquet comú i congruent d'indicadors, la informació obtinguda ha de permetre **monitorar** el model d'atenció, **informar** amb transparència dels resultats obtinguts, contribuir a la identificació de marges de **millora** de l'atenció i suggerir als polítics, els gestors i els planificadors sanitaris noves iniciatives per a la compra i la provisió de serveis, **redireccionant**, si s'escau, l'enfocament dels sistemes de salut.

Així doncs, l'**objectiu de l'avaluació** de resultats és fer el seguiment de les polítiques de salut establertes des d'una perspectiva integral, de l'acompliment dels objectius i els acords establerts, amb la finalitat última d'avançar en la millora de la qualitat de l'atenció oferta a les persones amb malalties cròniques, necessitats complexes i pal·liatives.

Aquesta ha de ser una avaluació necessàriament compartida entre els diferents actors, amb un enfocament de **finalitat quàdruple** (*quadruple AIM*):¹

- **Millorar els resultats de salut i benestar de la població.** Això inclou indicadors d'impacte en morbiditat, el control d'algunes malalties cròniques i resultats esperats de bona atenció i de millora de la qualitat de vida en diferents moments evolutius de les persones ateses.
- **Millorar l'eficiència i garantir la sostenibilitat del sistema sanitari**, mitjançant l'adequació del cost de l'atenció i la utilització dels serveis —especialment, les hospitalitzacions no programades— de la població atesa.
- **Millorar l'experiència d'atenció de les persones** i les seves famílies.
- **Millorar l'experiència dels professionals** en la prestació de l'atenció.

Així doncs, més enllà dels resultats clàssics de procés o estructura, la tendència com a sistema de salut hauria de focalitzar-se en els objectius individuals de les persones (o "*resultats que importen a les persones*"), ja sigui en relació amb els **resultats de salut** (indicadors PROM o mesura de resultats declarats pel pacient) o **els resultats d'experiència d'atenció** (indicadors PREM o mesura d'experiències declarades pel pacient)⁶⁸ (taula 6). Perquè siguin útils, cal que aquestes mesures:

- Siguin **significatives** tant per a les persones com per al seu entorn cuidador, com per als professionals.
- **No siguin difícils d'obtenir** ni condicionin duplicitats.
- Siguin fàcilment **interpretables** i contextualitzables.
- Ajudin a donar suport al **treball col·laboratiu**.

Aquestes són mesures que van més enllà del concepte de *satisfacció*, i esdevenen un element clau per avaluar si l'atenció rebuda ha estat realment "centrada en la persona". De manera general —i més específicament en les persones amb problemes de salut crònics—, les persones tendeixen a prioritzar el manteniment de la seva independència, del seu rol social, la disminució de la càrrega de tractament i el control sobre la seva vida⁶⁸ (Taula 9).

	PROM	PREM
Què avaluen?	Capten la percepció de salut de les persones.	Capten l'experiència d'atenció de les persones en relació amb el sistema de salut i les cures rebudes.
Exemples	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntomes ▪ Necessitats no cobertes ▪ Qualitat de vida ▪ Independència funcional ▪ Autopercepció de l'estat de salut 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps d'espera ▪ Accessibilitat ▪ Participació en la presa de decisions ▪ Coneixement del pla de cures i les rutes ▪ Qualitat de la comunicació ▪ Suport en la gestió dels problemes de salut crònics

Taula 9. Avaluació i exemples de PROM i PREM.

Font: elaboració pròpia.



A Catalunya s'han fet **diverses iniciatives d'avaluació** de les polítiques orientades a millorar l'atenció de les persones grans i amb problemes de salut crònics. Tot i que aquestes iniciatives mostren encara un llarg camí per recórrer, les més destacades serien:

- La *Central de Resultats* del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya té la missió de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits, tan en l'àmbit de l'assistència sanitària, com per part dels diferents centres (hospitals, equips d'atenció primària, centres sociosanitaris, centres de salut mental i addiccions, centres de recerca i instituts d'investigació sanitària) del sistema sanitari públic.²²³
- L'**avaluació dels programes de cronicitat** planteja un repte per identificar els que presenten millors resultats assolits tenint en compte la perspectiva de professionals, pacients i cuidadors. En el marc del Pla de salut de Catalunya (2011-2015), l'**AQuAS** va desenvolupar una *avaluació dels models organitzatius o experiències d'atenció sanitària a la cronicitat* més coordinades i integrades a Catalunya mitjançant el desenvolupament d'indicadors i la seva implementació per avaluar aquests models.²²⁴
- En aquest mateix sentit, el **PPAC** va elaborar un seguit de treballs per donar a conèixer els resultats del programa:
 - *Valoració qualitativa del procés d'identificació i atenció als pacients amb necessitats complexes i malaltia avançada a l'atenció primària.*²²⁵
 - *Resultats de l'avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.*²²⁶
 - *Fites 2011-2014 del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya.*²²⁷



- Hi ha múltiples evidències de la necessitat de **marcs avaluatius amb visió integral i integrada**; en aquest sentit destaquen els models Triple Aim i NHS Outcome Frameworks del model sanitari anglès,^{228,229} o indicadors de les organitzacions integrades americanes i anomenades *accountable care organizations* (ACO).^{124,230}

6.6 Formació, recerca i innovació

6.6.1 Formació i transferència de coneixement



La formació és essencial per afrontar amb la **màxima competència professional** els problemes de salut relacionats amb l'envelliment i la cronicitat. Si bé és evident l'alta capacitat dels professionals de Catalunya en l'atenció a aquestes persones, la formació continuada és una eina imprescindible en la cerca de l'excel·lència assistencial.

Aquesta formació hauria de fer èmfasi en algunes **especificitats**:

- **Interdisciplinarietat**, promovent accions formatives conjuntes entre diferents professionals assistencials.
- **Enfocament pragmàtic i competencial**: és a dir, una formació molt dirigida a donar eines útils als professionals per al seu dia a dia assistencial, amb marcs conceptuals específics i enfocada a l'increment de les competències dels professionals.
- **Visió multidimensional** de l'atenció a les persones, que transcendeixi l'abordatge centrat en la malaltia.
- **Vocació integrativa**, fent un èmfasi especial en els elements d'interacció entre els diferents àmbits i nivells assistencials.
- **Enfocament reflexiu**, on, partint de l'anàlisi de situacions concretes, incorpori el debat constructiu amb els professionals.
- **Amplitud i profunditat**: amb capacitat per adaptar els continguts als nivells d'amplitud de difusió del coneixement i profunditat de coneixement que requereixin els objectius formatius de cada proposta docent (figura 35):

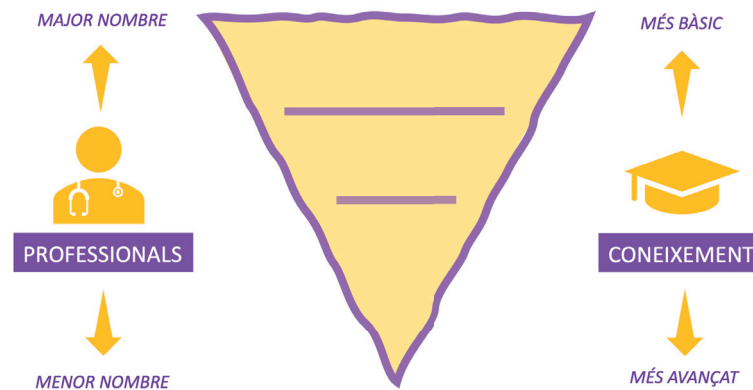


Figura 35. Resum conceptual de les propostes formatives.

Font: elaboració pròpia.



A Catalunya hi ha una llarga **tradició de formació en cronicitat**, promoguda des de diferents àmbits (tant públics com privats), dirigida a la ciutadania i també als professionals, de tots els àmbits assistencials i disciplines. Aquesta formació inclou des de programes d'alfabetització i apoderament de la ciutadania, fins a la formació superior o universitària, passant per la formació especialitzada i els cursos en línia oberts i massius (MOOC).

6.6.2 Recerca i innovació



La **recerca** i la **innovació**, i la seva integració en la pràctica assistencial, afavoreix que hi hagi més qualitat de serveis de salut i més implementació, i més ràpida, dels avenços científics en la prevenció, el diagnòstic i el tractament dels problemes de salut crònics, així com unes cures més ètiques i eficients per a les persones.

Catalunya té una gran **tradició en recerca i innovació** en envelliment i cronicitat, ja sigui en entorns eminentment assistencials o en àmbits més acadèmics (universitats, instituts de recerca, grups de recerca...), així com en les institucions i les agències oficials (AQuAS, Direcció General de Recerca i Innovació en Salut, etc.).

Cal **fomentar la recerca i la innovació** en tots els àmbits relacionats amb les persones grans i la cronicitat: envelliment saludable, prevenció de discapacitat, atenció a les persones amb problemes de salut crònics, complexitat i final de vida. Això inclou des de la recerca qualitativa centrada en els valors, les preferències i les necessitats de les persones i els seus cuidadors, fins als estudis descriptius ecològics/epidemiològics, els estudis d'intervenció i la innovació en els models d'atenció —des d'una perspectiva de finalitat quàdruple—,¹ dispositius assistencials i atenció integrada.

S'advoca per **incorporar les persones** en el codisseny dels projectes de recerca i innovació, amb l'objectiu de reorientar la investigació cap als àmbits que puguin ser de més interès i impacte a la societat. També cal emfatitzar la **importància específica del rol de la dona** en l'atenció a la cronicitat, tant com a persona que requerirà les cures adequades, com a persona que assumeix el rol de cuidadora en moltes ocasions.

Finalment, donar resposta al model d'atenció que es planteja en aquest document, requereix d'entorns d'**innovació organitzativa**, amb la combinació d'un

conjunt mínim crític d'accions generadores d'impacte en diferents dimensions de salut poblacional, adequació en la utilització de serveis i bona experiència d'atenció en l'entorn cuidador. Cal, doncs, fomentar una metodologia d'innovació, i crear una comunitat de bona pràctica que faciliti i intensifiqui aquest aprenentatge organitzatiu compartit, amb l'objectiu de facilitar o accelerar l'escalabilitat dels projectes i els models d'atenció.

7. Properes passes

Catalunya opta a convertir-se en un país referent de bones pràctiques en l'atenció integral i integrada a les persones amb fragilitat, cronicitat complexa i avançada. Per assolir-ho, comptem amb una **societat** madura, uns **professionals** extraordinàriament competents i compromesos, i ara també amb un **model d'atenció** sòlid i pragmàtic i amb **eines** de suport. Però la implementació efectiva de qualsevol model requereix d'objectius específics i accions concretes.

En aquest sentit, i des d'una perspectiva d'**integració horitzontal** de l'atenció s'està començant a treballar en el desenvolupament de 9 línies estratègiques en el marc del PAISS, que ja donen algunes respostes explícites als reptes de l'atenció a aquest grup de persones. De la mateixa manera, al llarg dels propers mesos caldrà també seguir articulant la planificació estratègica des d'una perspectiva d'**integració vertical** (figura 36).

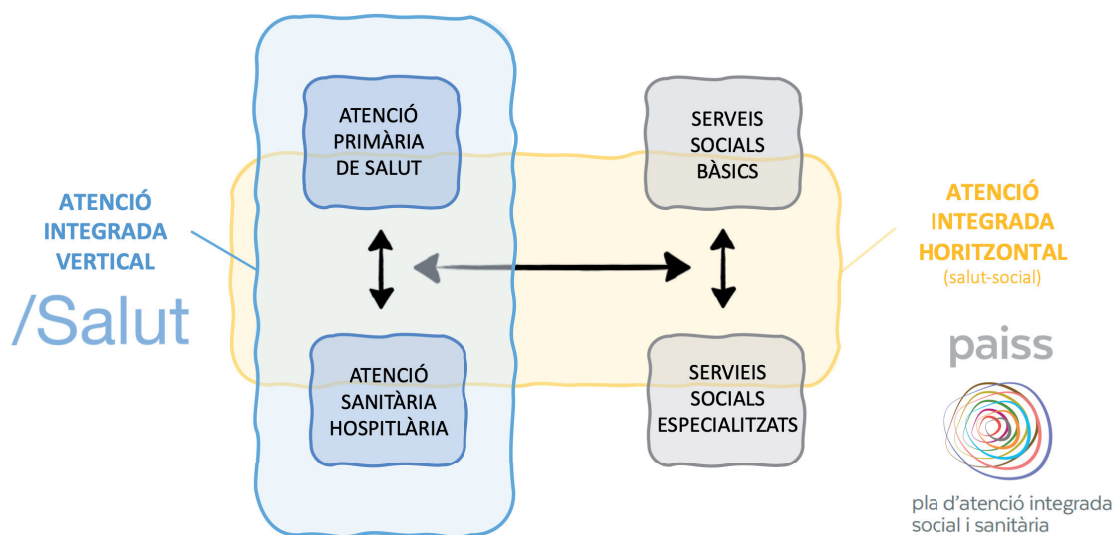


Figura 36. Estratègies d'atenció integrada a Catalunya.

Font: elaboració pròpia.

Finalment, aquest document de bases conceptuals i de model d'atenció té com a primer objectiu ajudar a generar una mirada comuna i un relat i eines compartides-tan entre els professionals com amb les organitzacions-. Caldrà, però, seguir treballant per tal que aquesta dinàmica inspiradora acabi exercint d'autèntica **palanca de canvi** cap a un sistema autènticament centrat en les persones.

8. Apèndix: implicacions del model en context de la pandèmia de COVID-19

Característiques de les persones afectades per COVID-19

L'actual pandèmia provocada pel coronavirus SARS-CoV-2 (causant de la malaltia COVID-19), ha **afectat especialment a les persones de més edat i aquelles amb cronicitat complexa i avançada** (figura 40). Mentre que la majoria de les persones amb COVID-19 desenvolupen una malaltia lleu o no complicada, les dades inicials reporten que aproximadament el 14% del total de persones desenvolupa una malaltia greu que requereix hospitalització i el 5% requereix ingrés en una unitat de cures intensives²³¹ (figura 37).

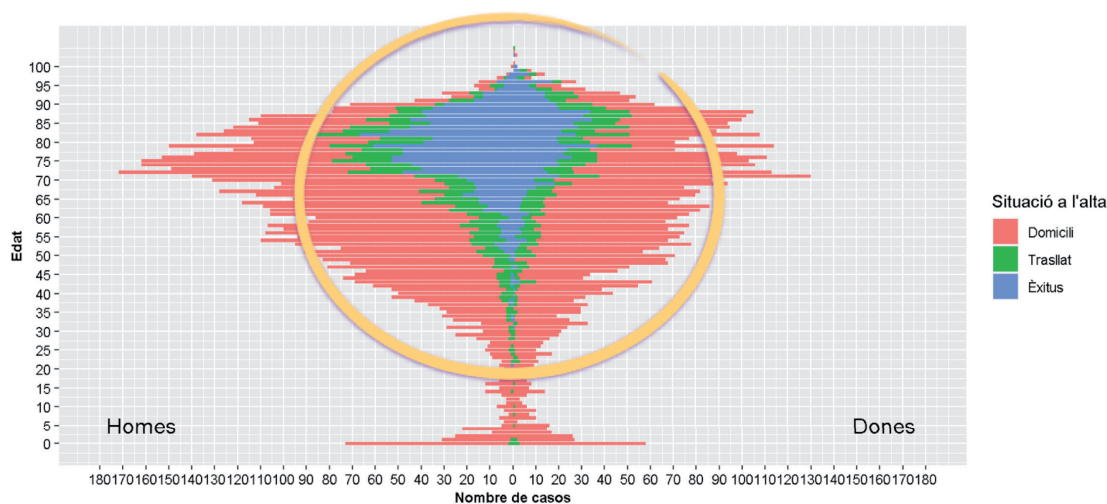


Figura 37. Distribució per edat i sexe dels casos sospitosos de COVID-19, entre 01.03.2020 al 16.04.2020.

Font: MUSSCAT.

Necessitat de presa de decisions individualitzada: *el cas de les Unitats de Cures Intensives (UCIs)*

Així, per exemple, l'increment de necessitats d'atenció intensiva i la limitació de recursos, ha posat sobre la taula el **debat clínic i ètic** sobre l'assignació de recur-

sos i prioritització de persones. Per tal de donar-hi resposta, en un document de consens publicat recentment es van desenvolupar una sèrie de recomanacions, especialment en 3 àmbits: 1) relacionades amb l'organització, disponibilitat de recursos i alternatives; 2) relacionades amb les característiques i situació global de la persona i 3) relacionades amb l'ètica de les decisions.²³²

En totes elles, es feia èmfasi especial en la necessitat d'estratificació, de realitzar un bon diagnòstic situacional/valoració multidimensional, individualització dels plans d'atenció-idealment de forma anticipada-, i amb la disponibilitat d'informació compartida per part dels professionals que les atenen. És a dir: de **la necessitat d'un model d'atenció individualitzat** -com el desenvolupat en aquest document-.

Repercussions de la COVID-19

S'estima que el 90% de les morts per COVID-19 s'han donat en persones de més de 65 anys²³³(Figura 38), i que el 85% d'elles tenien un GMA de risc moderat o alt (Figura 39). Almenys la meitat el total d'aquestes defuncions s'haurà produït a les residències geriàtriques.^{234,235}

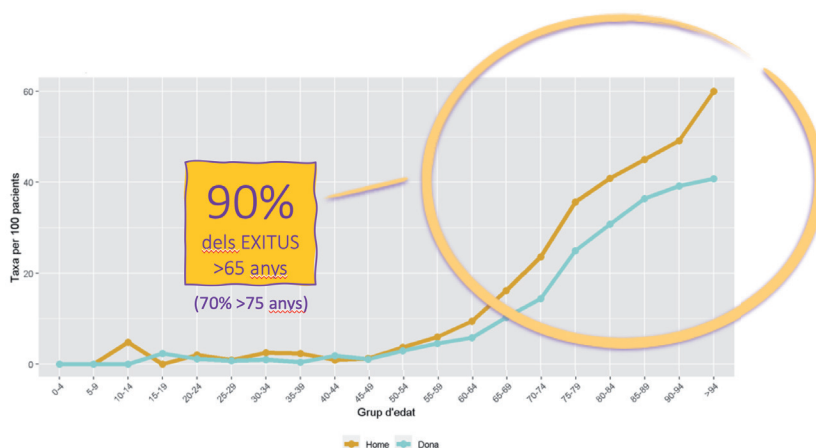


Figura 38. Mortalitat segons edat i sexe dels casos de COVID-19 hospitalitzats, entre 01.03.2020 al 29.04.2020.

Font: MUSSCAT.

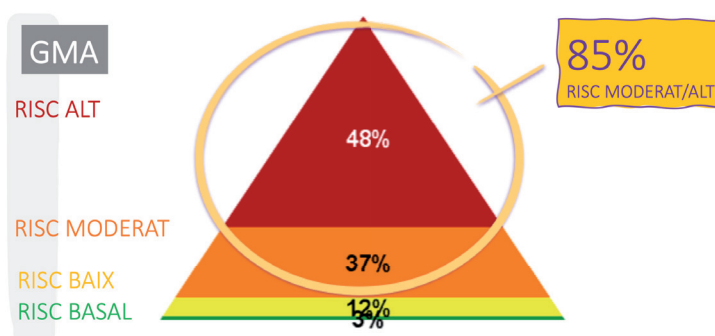


Figura 39. Mortalitat segons GMA dels casos de COVID-19 hospitalitzats, entre 01.03.2020 al 29.04.2020.

Font: MUSSCAT.

Efectivament: en el cas específic de les **residències geriàtriques**, el perfil de persona resident és el d'una dona (72%-per un 28% d'homes-), d'edat avançada (amb una mitjana de 87 anys), amb gran multimorbiditat (amb predomini de demència: 46%), amb gran complexitat (51% de persones amb una morbiditat ajustada (GMA) d'alt risc), i que probablement està en situació de final de vida (54% de persones NECPAL positives).^{145,236} En aquest entorn, on la mortalitat anual habitual és propera a el 20%,²³⁶ la infecció per SARS-COV-2 ha presentat una alta letalitat: a l'almenys una de cada quatre persones infectades en aquest àmbit va morir (molt per sobre de la taxa de letalitat en població general, que és de 4%).²³⁴ Tot i que no existeixen dades definitives, el percentatge de defuncions en residències geriàtriques en relació al total de morts podria situar-se entre el 35% (si només es prenen en consideració els casos confirmats per PCR) fins al 70% (si s'inclouen aquells casos amb clínica suggestiva).²³⁷

Però més enllà de la cruesa de les xifres de mortalitat, cal també prendre en consideració **altres repercussions**, tan físiques, com socials i emocionals que aquesta crisi ha provocat.²³⁸ La soledat, la por, i la dificultat per a la presa de decisions compartides, o la impossibilitat d'acompanyar al familiar en el moment de la seva mort, han generat un important impacte, que pot resultar tant o més catastròfic que la pròpia malaltia.²³⁹⁻²⁴² En el cas dels professionals, a l'impacte emocional derivat de la cruesa d'algunes de les situacions viscudes, cal afegir el propi risc vital derivat de la manca d'Equips de Protecció Individual (EPI)-especialment en les primeres fases-.^{243,244}

També en l'àmbit residencial ha esdevingut necessari desenvolupar consensos de recomanacions amb l'objectiu de recolzar, des d'una mirada ètica i clínica, el procés de presa de decisions-especialment en situacions de més complexitat-. També en aquest context de pandèmia, els models d'atenció individualitzats són la clau de volta per garantir tan la bona praxis, com els garants d'una atenció autènticament centrada en la persona.

Aprentatges i model d'atenció

Un cop superat (en menor o major grau) la primera investida d'aquesta pandèmia, ens enfrontem a un segon repte tant o més difícil: ser capaços de fer els aprenentatges que aquesta situació ens brinda.

Des d'una **mirada individualitzada**, una de les grans lliçons que caldria aprendre és la necessitat de disposar d'un model d'atenció individualitzat-com el que s'ha desenvolupat en aquest document-, que inclogui la identificació de les persones-especialment aquelles amb cronicitat avançada-, la valoració multidimensional, el consens d'un pla d'atenció individualitzat i unificat-que inclogui la planificació de decisions anticipades-, així com la compartició d'aquest pla amb altres proveïdors que puguin intervenir en l'atenció de la persona en algun moment de la crisi.

Des d'una **mirada poblacional / sistèmica**, l'aplicació d'un model d'atenció individualitzat hauria de facilitar la planificació de la resposta a futures crisis en base a la definició específica dels circuits, criteris de derivació i gestió de fluxos de persones, així com l'avaluació de l'atenció rebuda.

9. Bibliografia

1. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12(6):573–6.
2. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges [Internet]. Copenhagen: 2010 [consulta l'1 de setembre de 2016]. Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA). Population Prospects for the Twenty-First Century: The 2010 United Nations Projections. *Popul Dev Rev* 2011;37(June):407–11.
4. United Nations D of E and SAPD, United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Ageing 2013 [Internet]. New York: 2013 [consulta el 20 de juny de 2009]. Disponible a: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L CX, Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, 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* [Internet]. 2014;28(4):302-11. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403380>
6. Bodenheimer T, Berry-millett R, Francisco S. Care management of patients with complex health care needs. *Synth Proj Res Synth Rep* 2009;19:1–39.
7. Manchester J, Schwabish JA. The Long-Term Budget Outlook in the United States and the Role of Health Care Entitlements. *Natl Tax J* [Internet]. 2010;63(2):285-305. Disponible a: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ecn&AN=1112956&site=ehost-live&scope=site>
8. Butler RN. Ageism: A Foreword. *J Soc Issues* 1980; 36(2):22. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
9. Chopik WJ, Giasson HL. Age Differences in Explicit and Implicit Age Attitudes Across the Life Span. *Gerontologist*. 2017;57(suppl_2):S169-S177.
10. Kite ME, Johnson BT. Attitudes toward older and younger adults: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 1988;3(3):233-244.
11. World Health Organization. Health 2020, the European policy framework for health and wellbeing [Internet]. Copenhagen: 2012. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
12. World Health Organization. World report on ageing and health. 2016. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
13. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centered health services 2016-2026; 2015. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf?ua=1
14. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* [Internet] 2018;8(4):e021194.

- Disponible a: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-021194>
15. Ham C. Lessons from experience: Making integrated care happen at scale and pace. 2013;(March). Disponible a: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-integrated-care-happen-scale-and-pace>
 16. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? WHO Reg Off Eur Eur Obs Heal Syst Policies. 2014;1-55. Disponible a: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf
 17. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? Heal Found. 2011. Disponible a: <https://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>
 18. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 Jun. (Technical Reviews, No. 9.7.)
 19. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016. Disponible a: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1
 20. Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD003318.
 21. World Health Organization. WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services: Interim Report. 2015. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
 22. World Health Organization. People-centred and integrated health services: an overview of evidence. 2015. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>
 23. González Mestre A, Piqué Sánchez JL, Vila Rull A, et al. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016. Disponible a: https://xarxanet.org/sites/default/files/gene_atencio_centrada_en_la_persona_gener_2016.pdf
 24. WHO. Framework on integrated people-centred health services. Report by the Secretariat. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly, WHA69.39. Sixty-Ninth World Health Assembly 2016;(April):1–12. Disponible a: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
 25. Picker Institute. The Eight Principles of Patient-Centered Care. Eight Princ. Patient-Centered Care. 2015. Disponible a: <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>
 26. Generalitat de Catalunya. TERMCAT. Diccionari de serveis socials. 2010. Disponible a: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/118/Fitxes/català/G/
 27. PIAISS. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016. Disponible a: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf
 28. Institut Català de la Salut. Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Generalitat de Catalunya Dep Salut 2015. Disponible a: <http://ics.gencat.cat/ca/lics/responsabilitat-social-corporativa/drets-i-deures/>
 29. Salvà A, Rivero S, Roqué M. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. 2007.

30. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Bull World Health Organ* 1971;49(4):509–38.
31. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *Health Transit Rev.* 1991;1(1):21–38.
32. Kirk D. Demographic transition theory. *Popul Stud (NY)* 1996;50(1996):361–87.
33. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. Madrid: 2012. Disponible a: https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
34. Catalunya I d'Estadística de. Projeccions de població 2013-2051: principals resultats. Barcelona: 2014. Disponible a: http://idescat.cat/p/pp_2013-2051pr.pdf
35. Idescat . Estructura per sexe i edat. Catalunya. Sèrie temporal. Banc d'estadístiques de municipis i comarques. 2020. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253>
36. Departament de Salut; Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2015. Informe dels principals resultats. Barcelona: 2015. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf
37. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: 2006. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
38. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. Nota Prensa 2014. Disponible a: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175#!-tabs-1254736194728
39. Divo MJ, Martinez CH, Mannino DM. Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *Eur Respir J* 2014;44(4):1055–68.
40. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: How many lives can we save? *Lancet* 2005;366(9496):1578–82.
41. World Health Organization. Enfermedades crónicas. Ginebra: 2015. Disponible a: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
42. Departament de Salut; Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: 2012. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
43. Glynn LG, Valderas JM, Healy P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract* 2011;28(5):516–23.
44. Barlow J, Singh D, Bayer S, Curry R. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *J Telemed Telecare.*2007;13(4):172–9.
45. Carson SS, Bach PB. The epidemiology and costs of chronic critical illness. *Crit. Care Clin.* 2002;18(3):461–76.
46. Leadley RM, Armstrong N, Lee YC, Allen A, Kleijnen J. Chronic Diseases in the European Union: The Prevalence and Health Cost Implications of Chronic Pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother.*2012;26(4):310–25.
47. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, et al. Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. In: *Journal of General Internal Medicine.* 2007. p. 391–5.

48. EH W. Meeting the needs of chronically ill people. *BMJ* 2001;323(7319):945–6.
49. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *Jama* 1996;276(18):1473–9.
50. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos Estándares y Recomendaciones. Minist Sanid y Política Soc. 2009;11. Disponible a: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
51. Amblàs Novellas J, Panicot JE, Pueyo CB, et al. Topics and considerations on reducing hospital admission: from evidence to practice. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(6):290–6.
52. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition — Multimorbidity. *JAMA* 2012;307(23):2493–4.
53. Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. Disponible a: http://www.doyma.es/libros/ctl_servlet?_f=1008&pid=9788445819494
54. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
55. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
56. Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Frailty detection and prevention: a new challenge in elderly for dependence prevention. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(15):713–9.
57. Amblàs-Novellas J, Casas S, Catalan RM, et al. Innovando en la toma de decisiones compartida con pacientes hospitalizados: descripción y evaluación de una herramienta de registro de nivel de intensidad terapéutica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;51(3):154–8.
58. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(2):189–194.
59. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, et al. Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care* 2004;42(1):81–90.
60. Adams EK, Bronstein JM, Raskind-Hood C. Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. *Health Care Financ Rev* 2002;24(1):43–61.
61. Rosen AK, Loveland SA, Anderson JJ, Hankin CS, Breckenridge JN, Berlowitz DR. Diagnostic cost groups (DCGs) and concurrent utilization among patients with substance abuse disorders. *Health Serv Res*. 2002;37(4):1079–103.
62. Adie E, Baird D, Buchanan S, Guthrie C, Kendrick S. SPARRA: Scottish Patients At Risk of Readmission and Admission. Edinburgh: 2006. Disponible a: http://www.isdscotlandarchive.scot.nhs.uk/isd/files//SPARRA_Report.pdf
63. Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: What it is and how to deal with it. *Int J Epidemiol*. 2005;34(1):215–20.
64. Freund T, Mahler C, Erler A, et al. Identification of patients likely to benefit from care management programs. *Am J Manag Care* 2011;17(5):345–52.
65. Feachem RG a, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California’s Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324(7330):135–41.
66. Voices N. Principles for Integrated Care. 2012;13(January):12. Disponible a: <http://www>.

- nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/principles_for_integrated_care_20111021.pdf
67. National Voices. A Narrative for Coordinated Care. NHS Engl Publ Gatew Ref Number 00076. 2013;1–12. Disponible a: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nv-narrative-cc.pdf>
 68. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ*. 2017;356:j816. Published 2017 Feb 20. doi:10.1136/bmj.j816
 69. World Health Organization. Thirty-year retrospective of Catalan health planning. 2020. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2020/thirty-year-retrospective-of-catalan-health-planning-2020>
 70. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004;116(3):179–85. Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934303006661>
 71. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, et al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One*. 2015;10(1):e0115796. Published 2015 Jan 21.
 72. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, et al. Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019;74(5):659–666.
 73. Kingston A. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035 : estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing* 2018;(April):1–7.
 74. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing*. 2017;46(6):882–888.
 75. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of “The end of the disease era.” *Eur J Intern Med*. 2016;3–6.
 76. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet*. 2012;380(9836):7–9.
 77. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
 78. Syddall H, Roberts HC, Evandrou M, et al. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: Findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Ageing*. 2009;39(2):197–203.
 79. Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJH, et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013;42(2):262–5.
 80. Francisco J. García-García, Ana Alfaró Acha. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015;45(5):250–1.
 81. Andradas Aragonés E, Labrador Cañadas MV, Lizarbe Alonso V, Molina Olivás M. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadCaidas_personamayor.pdf
 82. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62(7):738–43.
 83. Reports BM. Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. 2004;1929–33.

84. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, et al. The Identification of Frailty : A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:2129–38.
85. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, et al. Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. *Journals Gerontol- Ser A Biol Sci Med Sci*. 2013;68(1):62–7.
86. Romera-Liebana L, Orfila F, Segura JM, et al. Effects of a Primary Care-Based Multifactorial Intervention on Physical and Cognitive Function in Frail, Elderly Individuals: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(12):1688-1674.
87. Inzitari M, Pérez LM, Enfedaque MB, et al. Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life. *Eur J Intern Med*. 2018;56:57-63.
88. Tarazona-Santabalbina FJ, Gómez-Cabrera MC, Pérez-Ros P, et al. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(5):426-433.
89. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al, Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–56.
90. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-1375
91. Kim MJ, Yabushita N, Kim MK, Nemoto M, Seino S, Tanaka K. Mobility performance tests for discriminating high risk of frailty in community-dwelling older women. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;51:192–8.
92. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med*. 2016;31:3-10.
93. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. *J Nutr Heal Aging* 2012;16(7):601–8.
94. Romero-ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A Frailty Instrument for primary care : findings from the Survey of Health , Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr* 2010;10(57):1–12.
95. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, et al. Looking for Frailty in Community-Dwelling Older Persons: The Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging* 2013;17:629–31.
96. Clegg, A., Bates, C., Young, J., Teale, E., Parry J. Development and validation of an electronic frailty index using existing primary care health record data. *Age Ageing* 2014;0:ii19.
97. British Geriatrics Society. Fit for Frailty. Part 1. 2014. Disponible a: http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff2_full.pdf
98. Kempen JAL Van. Diagnosis of Frailty after a Comprehensive Geriatric Assessment : Differences between Family Physicians and Geriatricians Background : To compare the outcomes of Comprehensive Geriatric Assessments by family physicians. 2015;28(2).
99. Moorhouse P, Rockwood K, Morley JE, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392–7.
100. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol*. 2012;13(10):e437-44.
101. Fougère B, Morley JE, Little MO, De Souto Barreto P, Cesari M, Vellas B. Interventions Against Disability in Frail Older Adults: Lessons Learned from Clinical Trials. *J Nutr Health*

- Aging*. 2018;22(6):676-688.
102. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial [published correction appears in *JAMA Intern Med*. 2019 Jan 1;179(1):127]. *JAMA Intern Med*. 2019;179(1):28-36.
 103. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011;343:d6799.
 104. Amblàs-Novellas J, Martori J, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;52(3):119-23.
 105. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr* 2018;18(1).
 106. Marchiori GF, Tavares DMDS. Changes in frailty conditions and phenotype components in elderly after hospitalization. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2905. Published 2017 Jul 10
 107. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(12):1653-1660.
 108. Limón E, Blay C, Burdoy E. A propòsit del CAAPS sobre fragilitat i cronicitat complexa: algunes lliçons apreses. *But At Prim Cat* 2017;35:32. Disponible a: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_8552_ART_742.pdf
 109. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, et al. Frailty: An Emerging Public Health Priority. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;1-5.
 110. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019;394(10206):1376-1386.
 111. Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. The challenge of clinical complexity in the 21st century: Could frailty indexes be the answer? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(3):159-166.
 112. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752-62.
 113. Kuipers, P., Kendall, E., Ehrlich, C., et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011. Disponible a: <http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf>
 114. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur. J. Intern. Med*. 2007;18(5):359-68.
 115. Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2008;23(7):469-76.
 116. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann. Fam. Med*. 2009;7(4):357-63.
 117. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. In: *Journal of General Internal Medicine*. 2007. p. 382-90.
 118. Cook DA, Beckman TJ, Thomas KG, Thompson WG. Introducing resident doctors to complexity in ambulatory medicine. *Med Educ* 2008;42(8):838-48.
 119. Conklin J. Wicked Problems & Social Complexity. In: *Dialog Mapping: Building Shared Un-*

- derstanding. 2005. p. 20. ISBN-13: 978-0470017685
120. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci* 1973;4(2):155–69.
 121. Blay C, Limón E. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Barcelona: 2016. Disponible a. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3305>
 122. Centre de terminologia de la llengua catalana (Termcat). Terminologia de la cronicitat. 2013. Disponible a. <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/160>
 123. 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 [Adjusted morbidity groups: A new multiple morbidity measurement of use in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2016;48(10):674-682.
 124. Hong CS, Siegel AL, Ferris TG. Caring for high-need, high-cost patients: what makes for a successful care management program?. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2014;19:1-19.
 125. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:5–12.
 126. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:486–93.
 127. Webster R, Lacey J, Quine S. Palliative care: a public health priority in developing countries. *J Public Health Policy* 2007;28:28–39.
 128. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012;6:371–8.
 129. Ritchie CS, Zulman DM. Research priorities in geriatric palliative care: multimorbidity. *J Palliat Med [Internet]* 2013;16:843–7.
 130. Ela S, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, et al. The WHO collaborating centre for public health palliative care programs: an innovative approach of palliative care development. *J Palliat Med*. 2014;17:385–92.
 131. McIlfratrick S, Noble H, McCorry NK, et al. Exploring public awareness and perceptions of palliative care: a qualitative study. *Palliat Med*. 2014;28:273–80.
 132. Beider S. An ethical argument for integrated palliative care. *Evidence-based Complement. Altern. Med*. 2005;2:227–31.
 133. Boyd K, Murray SSA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010;341:c4863.
 134. Gomez-Batiste X, Martinez-Munoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(3):300–8.
 135. Thoonsen B, Vissers K, Verhagen S, et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2015;16:126.
 136. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42.
 137. Parikh R, Kirch R, Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ TJ. Early specialty palliative care—translating data in oncology into practice. *New Engl J Med J Med* 2013;369(24):2347–51.
 138. Howie L, Peppercorn J. Early palliative care in cancer treatment: rationale, evidence and clinical implications. *Ther Adv Med Oncol*. 2013;5(6):318–23.

139. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open* 2016;6:e012340.
140. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ* 2017;356.
141. The GSF Prognostic Indicator Guidance. 2011. Disponible a: [http://www.goldstandards-framework.org.uk/cd-content/uploads/files/General Files/Prognostic Indicator Guidance October 2011.pdf](http://www.goldstandards-framework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf)
142. Boyd K, Murray S. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT). 2011. Disponible a: http://www.spict.org.uk/pluginfile.php/26/mod_page/content/48/SPICT_June2013%28watermarked%29.pdf
143. Thoosen B, Engels Y, van Rijswijk E, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2012;62(602):e625-631.
144. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. *Med Clin (Barc)* 2013;140(6):241–5.
145. 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.
146. Kimbell B, Murray SA, Macpherson S BK. Embracing inherent uncertainty in advanced illness. *BMJ Br Med J* 2016;354:i3802.
147. Esteban-Pórez M, Grau IC, Castells Trilla G, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. *Med Paliativa*. 2015;22(2):69–80.
148. Busquet i Duran X. L'Hexàgon de la Complexitat (HexCom). Intercambios, papeles psicoanàlisi / Intercanvis, Pap psicoanàlisi 2017;(38):86–106.
149. Esteban-Pérez M, Martínez Serrano T, Boira Senlí RM, Castells Trilla G, Nadal Ventura S, Fernández-Ballart J. Concordancia entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada o al final de la vida mediante un modelo de abordaje de la complejidad. *Med Paliativa* 2018; 25(4):236-244
150. Kelley AS, Meier DE. Palliative Care — A Shifting Paradigm. *N Engl J Med* 2010;363(8):781–2.
151. Thoosen B, Groot M, Engels Y, et al. Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1):123.
152. Bélanger E, Rodríguez C, Groleau D. Shared decision-making in palliative care: a systematic mixed studies review using narrative synthesis. *Palliat Med* 2011;25(3):242–61.
153. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*. 2017;356.
154. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;6(2):189–194.
155. Santos-Eggimann B, Sirven N. Screening for frailty: Older populations and older individuals. *Public Health Rev* 2016;37(1):1–16.

156. Castell Alcalá MV, Melgar Borrego AB, Julián Viñals R, de Hoyos Alonso MC. Consideraciones sobre los estudios de prevalencia de fragilidad en el mayor en España [Comments on studies on the prevalence of frailty in the elderly in Spain]. *Aten Primaria*. 2012;44(5):295-296.
157. Pritchard JM, Kennedy CC, Karampatos S, et al. Measuring frailty in clinical practice: a comparison of physical frailty assessment methods in a geriatric out-patient clinic. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):264. Published 2017 Nov 13.
158. Das LT, Abramson EL, Kaushal R. High-Need, High-Cost Patients Offer Solutions for Improving Their Care and Reducing Costs. *NEJM Catal*. 2019. Disponible a: <https://catalyst.nejm.org/high-need-high-cost-patients-solutions/>.
159. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients- An Urgent Priority. *N Engl J Med*. 2016;375(10):909-911.
160. Wammes JGG, Van Der Wees PJ, Tanke MAC, Westert GP, Jeurissen PPT. Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open* 2018;8(9).
161. Blay C, Burdoy E, Limón E. Monografies CAAPS: Abordatge del pacient amb fragilitat i complexitat complexa. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2015.
162. Morley MB JE, Little DO MO, Berg-Weger M. Rapid Geriatric Assessment: A Tool for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;18(3):195-9.
163. Overcash JA, Beckstead J, Extermann M, Cobb S. The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA): A retrospective analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;54(2):129-36.
164. Aliberti MJR, Covinsky KE, Apolinario D, et al. A 10-min Targeted Geriatric Assessment Predicts Mortality in Fast-Paced Acute Care Settings: A Prospective Cohort Study. *J Nutr Heal Aging* 2019;23(3):286-90.
165. Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, et al. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2. *Psychiatr Nurses Assoc* 2012;18(2 SRC-GoogleScholar FG-0):1472-6963.
166. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One*. 2014;9(12):e115060. Published 2014 Dec 11.
167. Torres-Arreola L del P, Vladislavovna Doubova S, Reyes-Morales H, et al. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Atención Primaria*. 2006;38(7):381-6.
168. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. 1961. Disponible a: <http://biblioteca.hsjdbcn.org/V%20Henderson.pdf>
169. Guzzetta CE, Dossey BM. Nursing diagnosis: framework, process, and problems. *Heart Lung*. 1983;12(3):281-291.
170. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliat Med* 2006;9:1120-7.
171. Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Calsina-Berna A, et al. The Institut Català d'Oncologia model of palliative care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. *J Palliat Care*. 2013;29:237-43.
172. Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega (Westport)*. 2007;56(1):33-46.
173. McCaffrey G, McConnell S. Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *J Clin Nurs*. 2015;24(19-20):3006-3015.
174. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ*. 2001;322(7287):668-670.

175. Holt J. A Systematic Review of the Congruence Between People's Needs and Nurses' Interventions for Supporting Hope. *Online J Knowl Synth Nurs*. 2001;8:1. Published 2001 Jan 30.
176. Rodríguez-Mañas L, Walston JD. Frailty, what are we talking about? Implications for the daily clinical practice. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(4):179-181.
177. Boehmer KR, Moain A, Dabrth A, et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. 2018;(Ccm):1-17.
178. Cornwell J. The care of frail older people with complex needs: time for a revolution. London: 2012. Disponible a: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/care-frail-older-people-complex-needs-time-revolution>
179. Fontecha-Gómez BJ, Amblàs-Novellas J, Betancor-Santana É, et al. Protocolo territorial de adecuación de la intensidad terapéutica. Área Metropolitana Sur de Barcelona. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(4):217-222.
180. Boletín Oficial del Estado. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Of del Estado 2006;(299):44142-56.
181. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. 2014;17(3):303-310.
182. Godolphin W. Shared decision-making. *Healthc Q* 2009;12 Spec No:e186-90.
183. Towle a, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999;319:766-71.
184. David B. Reuben, M.D., and Mary E. Tinetti MD. Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health Outcomes Paradigm. *N Engl J Med* 2012;366:777-9.
185. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database Syst Rev*. 2011;CD001431.Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975733>
186. Wennberg JE, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN. Extending the P4P agenda, part 1: how Medicare can improve patient decision making and reduce unnecessary care. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26:1564-74.
187. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(3):CD010523. Published 2015 Mar 3.
188. Bernabeo E, Holmboe ES. Patients, providers, and systems need to acquire a specific set of competencies to achieve truly patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):250-8.
189. Lasmarías C, Loncán P, Vila L, Blay C. Model català de planificació de decisions anticipades. 2015. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/model_pda_definitiu_v7.pdf
190. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. Published 2012 Jan 25.
191. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clin Med (Lond)*. 2016;16(5):465-469. doi:10.7861/clinmedicine.16-5-465
192. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):173-86.

193. Pasina L, Brucato a L, Falcone C et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging* 2014;31(4):283–9.
194. Sevilla-Sanchez D, Molist-Brunet N, Amblàs-Novellas J, Roura-Poch P, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C. Adverse drug events in patients with advanced chronic conditions who have a prognosis of limited life expectancy at hospital admission. *Eur J Clin Pharmacol* 2017;73(1).
195. Duerden M, Avery T, Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound: The King's Fund. Disponible a: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf
196. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170:1648–54.
197. Gokula M, Holmes HM. Tools to reduce polypharmacy. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):323–41.
198. van der Cammen TJM, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age Ageing* 2014;43(1):20–5.
199. Hubbard RE, O'Mahony MS, Woodhouse KW. Medication prescribing in frail older people. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013;69(3):319–26.
200. Espauella-Panicot J, Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, et al. Patient-centred prescription model to improve adequate prescription and therapeutic adherence in patients with multiple disorders. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2017;52(5).
201. Molist Brunet N, Espauella Panicot J, Sevilla-Sánchez D, et al. A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;3–7.
202. Worthen, Vaughn E., Lambert, Michael J., (2007), Outcome oriented supervision: Advantages of adding systematic client tracking to supportive consultations. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7
203. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 2010;341:c5146.
204. Rotenstein LS, Huckman RS, Wagle NW. Making Patients and Doctors Happier — The Potential of Patient-Reported Outcomes. *N Engl J Med*. 2017;377(14):1309–12.
205. Coulter A, Collins A. Making decision-making a reality: No decision about me, without me. *Kings Fund* 2011;1–56.
206. Lasmarías Martínez C, Delgado Girón S, Rietjens JAC, et al. Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: Un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Paliativa* 2019;26(3):236-249
207. Albanell N, Amil P, Arisa JR et al. Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.2015. Disponible a:https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/bon_prac_atenc_compartida_v_4_16.pdf
208. Huntley AL, Thomas R, Mann M, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2013;30(3):266–75.
209. Mitchell GK, Del Mar CB, O'Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat Med*. 2008;22(8):904-912.

210. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs Adm Q*. 2008;32(1):40-48.
211. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD000072. Published 2009 Jul 8.
212. Hardin L, Kilian A, Spykerman K. Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs. *J Interprofessional Educ Pract*. 2017;7:5–10.
213. van Dongen JJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract*. 2016;17:58. Published 2016 May 28.
214. King MA, Roberts MS. Multidisciplinary case conference reviews: improving outcomes for nursing home residents, carers and health professionals. *Pharm World Sci*. 2001;23(2):41-45.
215. To THM, Tait P, Morgan DD, et al. Case conferencing for palliative care patients- a survey of South Australian general practitioners. *Aust J Prim Health*. 2017;23(5):458-463.
216. Contel JC. Integrated care and the challenge of chronic illness. La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enferm Clin*. 2018;28(1):1-4.
217. De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W. Defining pathways. *J Nurs Manag*. 2006;14(7):553-563.
218. Hwang U, Shah MN, Han JH, Carpenter CR, Siu AL, Adams JG. Transforming emergency care for older adults. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(12):2116-2121.
219. Thomas P, Meads G, Moustafa A, Nazareth I, Stange KC, Hess GD. Combined horizontal and vertical integration of care: A goal of practice-based commissioning. *Qual Prim Care* 2008;16(6):425–32.
220. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):1–13.
221. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010;5(Pt 1):71-90.
222. Fihn SD, Francis J, Clancy C, et al. Insights from advanced analytics at the veterans health administration. *Health Aff* 2014;33(7):1203–11.
223. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. 2019. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/
224. AQuAS. Avaluació d'estratègies d'atenció a la cronicitat. 2015. Disponible a: <http://aquas.gencat.cat/ca/ambits/avaluacio-tecnologies-qualitat/qualitat-serveis/avaluacio-estrategies-atencio-cronicitat/>
225. Blay C, Martínez-Muñoz M, Schiaffino A, Costa X, Ledesma A. Avaluació qualitativa del procés d'identificació i atenció als pacients amb necessitats complexes i malaltia avançada a l'atenció primària. Període 2011-2014. 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Avaluacio.pdf
226. Blay C, Martínez-Muñoz M, Schiaffino A, Costa X, Ledesma A. Resultats de l'avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat Tres anys de funcionament (2011-2014).. 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Resultats.pdf

227. Blay C, Cabezas C, Contel JC, et al. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya. Fites 2011-2014. 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-ductuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Programa.pdf
228. Raleigh V, Bardsley M, Smith P, et al. Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care. 2014. Disponible a: <http://www.piru.ac.uk/assets/files/IC and support Pioneers-Indicators.pdf>
229. NHS. NHS Outcomes Framework Indicators. 2018. Disponible a: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework/current>
230. Burns LR, Pauly MV. Accountable care organizations: back to the future?. *LDI Issue Brief*. 2012;18(2):1-4.
231. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention [published online ahead of print, 2020 Feb 24]. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.2648.
232. Rubio O, Estella A, Cabre L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020;S0210-5691(20)30110-8. d
233. Ministerio de Sanidad C de C de A y ES. Actualización no 101. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 2020. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_101_COVID-19.pdf
234. Comas-Herrera A, Zalakain J. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes : early international evidence. 2020. Disponible a: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
235. Lau-Ng R, Caruso LB, Perls TT. COVID-19 deaths in long term care facilities- a critical piece of the pandemic puzzle. *J Am Geriatr Soc*. 2020
236. Amblàs-Novellas J, Santaegugènia SJ, Vela E, Clèries M, Contel JC. What Lies Beneath : Clinical and Resource-use Characteristics of Institutionalized Older People . A Retrospective , Population-based Cohort Study in Catalonia. *BMC Geriatr*. 2020;1–17.
237. Zalakaín J, Davey V. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. 2020;(May):1–39.
238. Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic [published online ahead of print, 2020 May 8]. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;S1525-8610(20)30373-X.
239. Aronson L. Age, Complexity, and Crisis- A Prescription for Progress in Pandemic [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. *N Engl J Med*. 2020;10.1056/NEJMp2006115.
240. Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur REG. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics* 2006;7.
241. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*. 2020;180(6):817–818.
242. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. *N Engl J Med*. 2020;10.1056/NEJMp2008017.

243. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open* 2020;3(3):e203976.
244. Iacobucci G. Covid-19: Lack of PPE in care homes is risking spread of virus, leaders warn. *BMJ*. 2020;368(March):m1280.