

Ruta assistencial de complexitat 2.0 (PCC/MACA) a Catalunya

Definició de la ruta i proposta de desplegament



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Coordinació

Jordi Amblàs, Joan Carles Contel, Josep Ma Grego i Miquel Banqué.

Autors

Jordi Amblàs, Miquel Banqué, Alba Benaque, Albert Boada, Josep Comín, Joan Carles Contel, Albert Delgado, Josep Maria Grego, Rafa Ruiz, Sebastià Santauegènia.

Grups d'experts

Anna Fontquerni, Carles Benet, Coral Fernández, Encarna Hidalgo, Ester Calero, Jordi Piera, Llum Veiga, Maria Antonia Llauger, Marta Gabernet, Miquel Àngel Mas, Montse Domènech, Nuria Gutiérrez, Oscar Solans, Pilar Piñeiro, Xavier Pérez.

Ana Vena, Antonio Sanjosé, Dani Ferrer Vidal, Didac Mauricio, Edelmiro Balboa, Eduardo Borreguero, Emili Burdoy, Ester Amado, Ester Gil, Francesc Güell, Ignasi Riera, Imma Ferré, Jesús Vaquero, Jordi Riba, Jose Carlos Molina, Josep Maria Bonet, Juanjo Zamora, Maria Jesús Megido, Maria Josep Lopez Dolcet, Marta Palou, Mateo Acedo, Meritxell Feixes, Mireia Boixadera, Montse Canet, Oscar Solans, Ramon Piñol, Sara Pablo, Sonia Pérez López, Xavier Ansa.

Alguns drets reservats

© 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-Nocomercial-Senseobraderivada 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edita

Direcció General de Planificació en Salut.

1a edició

Barcelona, maig de 2022.

Assessorament lingüístic

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

Número de registre

2704

ÍNDEX

1. Resum visual.....	4
2. Context i metodologia.....	5
2.1. Introducció.....	5
2.2. Objectius de la ruta assistencial.....	6
2.3. Metodologia de definició de la ruta assistencial.....	6
3. Aspectes clau de la ruta de complexitat (PCC/MACA) 2.0.....	10
3.1. Apartats de la ruta de complexitat.....	10
3.2. Detalls dels apartats i subapartats.....	11
3.3. Autors a incorporar en la planificació de la ruta territorial de complexitat..	17
3.4. Factors clau d'èxit per a la ruta de complexitat.....	18
4. Desplegament territorial de la ruta de complexitat (PCC/MACA) 2.0.....	20
4.1. Pla de comunicació/formació.....	20
4.2. Identificació de lideratges territorials i desplegament de governances.....	20
4.3. Autodiagnòstic territorial.....	22
4.4. Anàlisi del GAP.....	27
4.5. Pla de desplegament.....	27
4.6. Quadre de comandament.....	27
4.7. Compartició d'experiències.....	29
5. Paper de la tecnologia en el desplegament de la ruta de complexitat PCC/ MACA.....	30
6. Annexos.....	32
6.1. Annex 1: Indicadors d'autodiagnòstic de maduresa i indicadors traçadors.....	32
6.2. Annex 2.....	36

1 RESUM VISUAL



2 CONTEXT I METODOLOGIA

Les rutes assistencials s'orienten a donar una millor resposta a les persones amb patologies i problemes de salut crònics i de més prevalença; permeten millorar-ne el maneig, organitzar l'atenció dels professionals partint d'un model d'atenció integrada i proactiva, adequar la prestació de serveis a un model d'atenció compartida entre els diferents àmbits d'atenció, així com definir mecanismes per a la individualització del pla d'atenció i l'adequació en la utilització de recursos.

En aquest document es presenta la *ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA)* i es proporcionen instruments i eines per fer-ne el desplegament al territori.

2.1 INTRODUCCIÓ

El TERMCAT defineix **ruta assistencial** com 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 a aplicar els criteris de bona pràctica, optimitzar els circuits assistencials i planificar les respostes davant d'escenaris previsibles”.

En la gestió sanitària es defineixen **tres nivells de gestió**: la gestió sanitària macro, meso i micro. En aquest document ens centrem especialment en l'aproximació macro del nivell de gestió; és a dir: en la intervenció de l'Administració sanitària (Catalunya) per **augmentar** l'equitat i corregir les disfuncions en el procés d'atenció, en aquest cas per a persones amb cronicitat complexa (PCC) i avançada (MACA). Aquest ha de ser el punt de partida per als responsables corresponents de cada territori pel tal que puguin elaborar els nivells meso i micro de la ruta. Aquest document aporta, també, informació de valor que pot ser d'utilitat per als professionals que hagin d'impulsar la ruta assistencial en aquests dos nivells.

Per realitzar aquesta ruta, s'ha portat a terme un procés de **recerca primària i secundària**:

- S'han identificat fonts d'informació secundàries oficials dels diferents organismes de salut de les administracions públiques catalanes, estatals i d'altres països com el Regne Unit.
- S'ha portat a terme una recerca amb fonts d'informació primàries a través de qüestionaris, l'ús de la metodologia Delphi i sessions de treball presencials i en formats digitals amb professionals de l'àmbit sanitari i social de tot el territori català durant els anys 2019, 2020 i 2021.

En les pàgines següents es presenten els diferents elements de la ruta del nivell de gestió macro, resultat del procés de recerca.

2.2 OBJECTIUS DE LA RUTA ASSISTENCIAL

A continuació es descriuen els principals objectius de la ruta assistencial de complexitat en el nivell de gestió macro:

- Definir clarament el grup poblacional que es pot beneficiar de la ruta.
- Identificar de forma proactiva les persones amb característiques de pacient crònic complex (PCC) i amb malaltia crònica avançada (MACA).
- Simplificar els processos inherents a la ruta, amb l'objectiu de fer-ne un instrument més flexible i eficient.
- Promoure el suport tecnològic integral per a la implementació i el monitoratge de la ruta.
- Millorar l'atenció a la persona utilitzant els recursos adequats.
- Definir un marc teòric que permeti la relació entre les rutes, i que faciliti la modularitat, permeabilitat i les interseccions entre rutes.
- Promoure l'empoderament de tots els actors implicats i el lideratge sistèmic en la implementació territorial de la ruta.

En definitiva, fer de la ruta assistencial de complexitat un element clau per garantir la qualitat i equitat territorial en l'atenció a aquestes persones.

2.3 METODOLOGIA DE DEFINICIÓ DE LA RUTA ASSISTENCIAL

Per a la definició de la ruta s'ha fet servir un procés exhaustiu de recerca amb la participació de tots els actors involucrats en els àmbits de gestió, clínic, tecnològic i sociosanitari, primari i hospitalari. Durant més d'un any s'ha seguit una metodologia de tres fases de treball diferenciades:

- **Fase 1:** Diagnòstic de la situació inicial.
- **Fase 2:** Definició de l'esquelet de la ruta.
- **Fase 3:** Definició del marc d'avaluació i el pla d'acció.

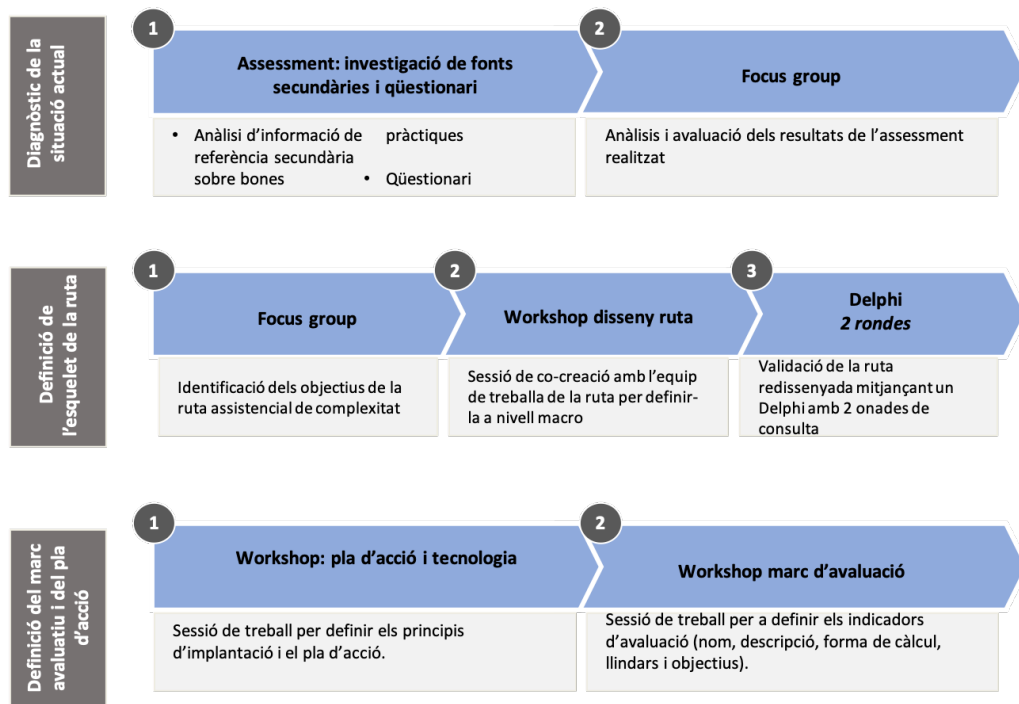


Figura 1: Fases del procés de creació de la ruta assistencial

2.3.1 Fase 1: Diagnòstic de la situació actual de la ruta assistencial de complexitat a diferents administracions públiques de salut

En la primera fase del projecte s'han utilitzat tres activitats de captura d'informació, les quals han combinat les fonts primàries i secundàries per tal d'obtenir el màxim grau d'informació de les rutes assistencials en general i més específicament de la ruta assistencial de complexitat. Les principals activitats d'aquesta fase han estat:

- Recerca de fonts d'informació secundària sobre les rutes assistencials d'àmbit català, estatal i del Regne Unit amb l'objectiu d'identificar bones pràctiques de les rutes del nivell de gestió macro.
- Qüestionari al grup de treball ampliat del projecte amb l'objectiu d'obtenir informació qualitativa i quantitativa sobre l'estat, els objectius, les fases i els factors clau de l'èxit de les rutes assistencials a Catalunya.
- Sessió de treball amb el grup de treball del projecte per tal de validar els resultats del qüestionari i la recerca de fonts secundàries, així com la identificació de noves idees sobre les fases, els factors clau de l'èxit i els objectius de les rutes.

2.3.2 Fase 2: Definició de l'esquelet de la ruta

A la segona fase del projecte s'han dut a terme dos grups de discussió amb diferents professionals del grup de treball del projecte i una metodologia Delphi de dues rondes al grup ampliat. En aquesta etapa s'han validat tant les fases de la ruta com els seus actors i els factors clau de l'èxit. Les principals activitats d'aquesta fase han estat:

- **Sessió de treball amb el grup de treball** del projecte per tal de validar els resultats de la fase 1, així com identificar noves idees sobre les fases, els factors clau de l'èxit i els objectius de les rutes.
- **Metodologia Delphi** de dues rondes per validar diferents elements identificats i quan han participat diferents professionals de l'àmbit sanitari, social i tecnològic. La metodologia també ha servit per identificar elements nous que no s'havien detectat en les fases anteriors del projecte. En aquest punt també s'han identificat alguns elements de l'àmbit tecnològic i d'indicadors.

2.3.3 Fase 3: Definició del marc d'avaluació del pla d'acció

L'última fase del projecte consta de dues sessions de treball amb l'objectiu d'identificar el pla d'acció i els indicadors de seguiment de la ruta, així com de les necessitats tecnològiques que actualment tenen els professionals de la salut i socials durant la ruta assistencial. Les principals activitats d'aquesta etapa han estat:

- **Grup de discussió per a la definició del pla d'acció i de les necessitats tecnològiques de la ruta** de complexitat amb l'objectiu d'identificar necessitats de cobertura tecnològica dels processos de la ruta.
- **Grup de discussió per a la definició del marc d'avaluació de la ruta** de complexitat per tal de definir els indicadors de seguiment de la ruta, els quals podran evolucionar amb el temps i serviran per validar la correcta implementació i evolució de la ruta.

2.3.4 Grup de treball del projecte

El projecte s'ha portat a terme gràcies a l'esforç i la dedicació dels professionals de la salut i socials que han participat en les diferents activitats. Per tal de seguir amb èxit la metodologia plantejada a l'inici del projecte, es va crear un grup de treball nuclear, format per divuit professionals amb diferents perfils i amb una àmplia experiència amb rutes assistencials de complexitat, i un grup ampliat, format per quaranta-set professionals també amb una àmplia experiència en les rutes assistencials de complexitat i altres patologies. Els membres del grup nuclear també formen part del grup ampliat.

El grup nuclear ha estat convocat a totes les sessions de treball, i ha participat també amb el grup ampliat en les dues rondes de la metodologia Delphi i el qüestionari inicial del projecte. A continuació, es detalla la composició dels dos grups (taula 1):

PARTICIPANTS		
	GRUP NUCLEAR	GRUP AMPLIAT
Department de Salut	2	1
CatSalut	2	2
Mèdic hospital-sociosanitari	2	6
Mèdic atenció primària	2	8
Mèdic SEM	1	
Infermeria Atenció primària	2	10
Infermeria Hospital	1	4
Direcció/Gestió	3	9
Persones no professionals		1
Treball social	1	4
Sistemes i TIC	2	2
TOTAL	18	47

Taula 1: composició dels dos grups de treball

3 ASPECTES CLAU DE LA RUTA DE COMPLEXITAT (PCC/MACA) 2.0

Després de realitzar totes les activitats dels projecte, s’ha definit en el nivell de gestió macro la ruta de complexitat a Catalunya amb els elements següents:

- **Apartats i subapartats** de la ruta assistencial de complexitat.
- **Factors clau de l’èxit** de la ruta assistencial de complexitat.
- **Actors involucrats** en la ruta assistencial de complexitat.

3.1 APARTATS DE LA RUTA DE COMPLEXITAT

A continuació, es presenten els apartats i subapartats que s’han acordat i validat per part dels participants:

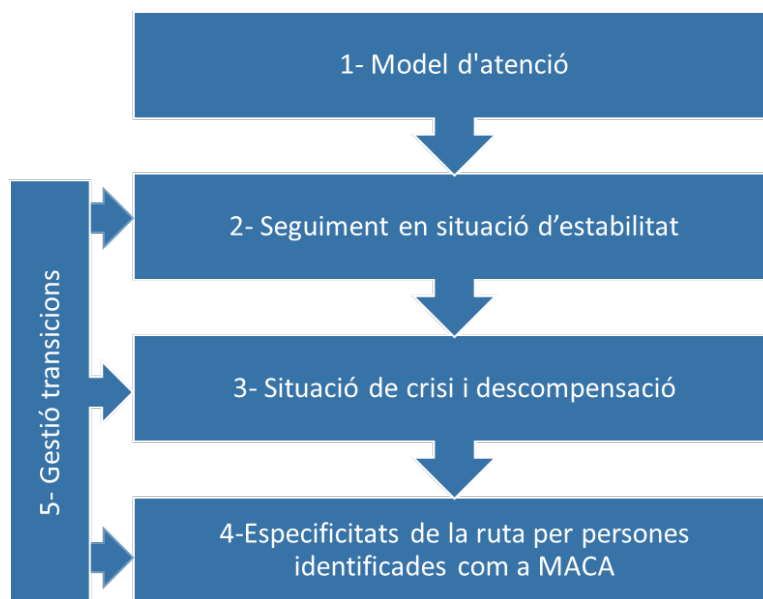


Figura 2: Apartats de la ruta assistencial

1. **Model d’atenció:** Identificació d’aquelles persones que s’hagin d’incloure en la ruta assistencial de complexitat, diagnòstic situacional, definició del pla d’atenció i compartició dels aspectes clau d’aquest pla/coordinació.
2. **Seguiment en situació d’estabilitat:** Seguiment de l’evolució de la persona durant la situació d’estabilitat, planificació de transicions en la seva atenció i intervenció de manera planificada i estructurada.

3. **Situació de crisi i descompensació:** Detecció i actuació en situacions de descompensació, donant resposta a totes les situacions de crisi, tant dins l'horari convencional com fora de l'horari convencional.
4. **Especificitats de la ruta per a persones identificades com a MACA:** Resposta assistencial a les persones amb cronicitat avançada (MACA).
5. **Gestió de les transicions:** Element transversal en el qual s'inclou l'atenció 7x24 i el canvi entre actors assistencials.

3.2 DETALL DELS APARTATS I SUBAPARTATS

3.2.1 Apartat 1: Model d'atenció

Identificació d'aquelles persones que s'hagin d'incloure en la ruta assistencial de complexitat, diagnòstic situacional, definició del pla d'atenció i compartició dels aspectes clau d'aquest pla, d'acord amb el [model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa \(PCC\) o avançada \(MACA\)](#) (figura 3).



Figura 3: model d'atenció individualitzat

Amb l'objectiu de facilitar als professionals la visualització de cada una de les etapes del model d'atenció, s'ha desplegat un [visor específic de cronicitat](#) a la nova història electrònica de salut (HES) de Catalunya.

Subapartats

3.2.1.1. Identificació

- Identificació de la persona com a persona amb cronicitat complexa (PCC) -a partir dels [criteris de PCC](#)- o avançada (MACA) -utilitzant l'instrument [NECPAL 4.0](#)- per part dels equips d'atenció primària i amb el suport de la resta d'actors, els quals poden [suggerir aquesta identificació](#) als equips d'atenció primària.
- A valorar més endavant d'incorporar la identificació de la persona a partir d'un sistema de sistema de doble cribratge: suggeriment per part dels sistemes d'informació -per exemple, utilitzant els [grups de morbiditat ajustats \(GMA\)](#), i validació o no pels professionals d'atenció primària en segona instància.

3.2.1.2. Diagnòstic situacional

- Un punt a valorar és la inclusió d'un sistema de valoració multidimensional / interdisciplinària ràpida per part de diferents col·lectius de professionals. Amb aquest objectiu, es va realitzar un treball de consens, que va finalitzar amb l'elaboració de l'eina [VIG-Express](#) (actualment en procés de validació), que està basada en l'[Índex Fràgil-VIG](#) (que es pot utilitzar amb la mateixa finalitat fins a finalització del procés de validació del VIG-Express).
- Per a la valoració en més profunditat de les diferents dimensions, valorar d'incorporar el consens d'escala de valoració comunes a tot el sistema (pendent de publicació).

3.2.1.3. Pla d'atenció individualitzat

- Modelitzar els elements clau per desenvolupar el pla d'atenció: identificació d'objectius generals i consens de propostes específiques des d'una perspectiva multidimensional.
- Dos elements clau d'aquest procés són l'adequació de la prescripció farmacèutica, d'acord amb el [model de Prescripció Centrada en la Persona](#) (pendent de publicació), així com la [Planificació de decisions anticipades \(PDA\)](#).
- Hi ha un model facilitador del desenvolupament d'un pla d'atenció únic entre els actors implicats en l'atenció de la persona, especialment pensat per a les situacions més complexes: es tracta de la [conferència de cas](#).

3.2.1.4. Compartició del pla (pla d'intervenció individual compartit-PIIC) / coordinació de l'atenció

- Actualment s'està modelitzant una nova versió del PIIC (3.0), que en breu estarà a disposició de tots els professionals.
- Creació d'alertes quan el PIIC no ha estat actualitzat i posat al dia des de fa temps, a mode de recordatori.

3.2.2 Apartat 2: Seguiment en situació d'estabilitat

Seguiment de l'evolució de la persona durant la situació d'estabilitat, planificació de transicions en la seva atenció i intervenció de manera planificada i estructurada.

Subapartats

3.2.2.1. Revisió periòdica de la situació de la persona i/o del seu entorn cuidador, fent èmfasi en:

- La necessitat d'una **valoració periòdica** de la situació de les persones identificades, ja sigui de forma programada (per exemple, cada 12 mesos en les persones identificades com a PCC i de 6 mesos en les identificades com a MACA) o després d'una crisi de salut.
- La promoció de les visites orientades a fomentar l'empoderament de les persones i/o el seu entorn cuidador.

3.2.2.2. Planificació i intervenció estructurada durant tot el procés, fent èmfasi en:

- **En l'esfera individual:**
 - Promovent l'actualització del pla d'atenció de la persona – incloent-hi la planificació de decisions anticipades i les recomanacions en cas de crisi-.
 - Promovent l'empoderament de les persones i el seu entorn cuidador, la valoració de l'entorn i la identificació de les situacions de risc de claudicació.

- **A escala territorial:**
 - Creant/activant els comitès territorials de la ruta de complexitat (PCC/MACA), amb la implicació dels principals actors de la ruta (definit al punt 2.3).
 - Identificant la figura d'un/s líder/s clínic/s de la ruta a escala territorial, que sigui/n reconegut/s per part de tots els actors implicats i que en liderin la implantació territorial.
 - Definint de forma clara els circuits, processos i pràctiques col·laboratives entre els diferents proveïdors de serveis que intervinguin en l'atenció de la persona. Això implica definir també la via de contacte, les responsabilitats i els temps de resposta recomanables.
 - Planificant les transicions i la resposta territorial 7x24.
 - Promovent dinàmiques de gestió de cas per donar resposta a les necessitats de les persones identificades com a PCC o MACA.

3.2.3 Apartat 3: Situació de crisi i descompensació

Detecció i actuació en situacions de descompensació, donant resposta a totes les situacions de crisi, tant dins l'horari convencional com fora de l'horari convencional.

Subapartats

3.2.3.1. Crisis i descompensacions dins de l'horari convencional

- Cal que la persona i/o l'entorn cuidador disposin d'informació clara sobre quin és el professional de referència i quina és la via de contacte dins de "l'horari convencional".
- Cal fer accions per mirar de garantir una resposta territorial a aquestes persones, fonamentalment vinculades als equips d'atenció primària de salut i amb la col·laboració d'altres equips (PADES, hospitalització domiciliària...) sempre que sigui necessari.
- Valorar la possibilitat d'establir circuits específics d'atenció ràpida (*fast track*).

3.2.3.2. Crisis i descompensacions fora de l'horari convencional ("fora d'hores") per garantir una resposta 7x24

- Cal que la persona i/o l'entorn cuidador disposin d'informació clara sobre quin és el professional de referència i quina és la via de contacte fora de "l'horari convencional".
- Cal que el PIIC contingui instruccions clares de recomanacions en situació de crisi, que estiguin actualitzades i consensuades amb la persona i/o l'entorn cuidador, i que siguin accessibles als professionals del SEM.
- Valorar la possibilitat d'establir circuits específics d'atenció ràpida (*fast track*).

3.2.4 Apartat 4: Especificitats de la ruta per a persones identificades com a MACA

Subapartats

3.2.4.1. En l'esfera individual, realitzar accions específiques per promoure la millora en cada una de les etapes del model d'atenció individualitzat (veg. l'apartat 2.2.1), fent especial èmfasi en la planificació de decisions anticipades (PDA).

3.2.4.2. Resposta assistencial d'acord amb el grau de complexitat de la situació: Des d'un punt de vista organitzatiu, es proposa donar resposta assistencial a les persones amb cronicitat avançada (MACA) d'acord amb el grau de complexitat de la situació.

- En aquest sentit, s'incorpora l'[instrument HexCom-Red](#), pensat per orientar sobre la millor gestió assistencial de persones amb necessitats pal·liatives / cronicitat avançada (MACA) segons el grau de complexitat de la situació (baixa, mitjana o alta) i la possibilitat de resposta dels equips.

3.2.4.3. Accions orientades a afavorir l'atenció domiciliària d'aquestes persones, facilitant per exemple, la mort en l'àmbit domiciliari si així ho desitgen.

3.2.5 Apartat 5 (transversal): Gestió de les transicions

Element transversal en el qual s'inclouen els subapartats següents:

Subapartats

3.2.5.1. L'atenció 7x24 descrita a l'apartat 4.2.3

3.2.5.2. La planificació de les altes hospitalàries, fent especial èmfasi en la necessitat de:

- Promoure **accions prèvies a l'alta** hospitalària. Per exemple:
 - Una planificació precoç de l'alta que incorpori les necessitats socials, identificant el moment oportú -ni massa precoç (donat el risc d'infravaloració / infratractament), ni massa tardana (donat el risc de "síndrome post-hospitalització")-, i el lloc / recurs adequat.
 - Valorar la creació de protocols hospitalaris d'estandardització de les altes sobre el perfil de necessitats de les persones.
 - Realitzar accions per a l'empoderament de les persones i/o el seu entorn cuidador.
- Promoure accions orientades **al moment de l'alta** hospitalària. Per exemple:
 - Valorar la creació d'una llista de verificació d'elements clau per garantir una alta de qualitat.
- Promoure accions per garantir la **continuïtat d'atenció post-alta**. Per exemple:
 - Garantir la realització dels PREALT, fomentant que l'alerta estigui activada 48 h abans de l'alta de persones identificades com a PCC/MACA.
 - Valorant la planificació conjunta amb professionals de gestió de cas, especialment en aquelles situacions de més complexitat.

3.3 ACTORS A INCORPORAR EN LA PLANIFICACIÓ DE LA RUTA TERRITORIAL DE COMPLEXITAT

En la planificació de la ruta territorial de complexitat (PCC/MACA), cal implicar-hi diversos actors -començant per les mateixes persones tributàries de l'atenció-. El grup de treball ha proposat classificar-los en dos grups: el grup de referència i el grup de suport, cadascun amb unes funcions associades.

3.3.1 *Grup de referència*

- **Funcions:** cribratge periòdic, identificació, seguiment, atenció a les descompensacions, elaboració del PIIC d'acord amb la persona / l'entorn cuidador i realització de les activitats recollides al model d'atenció.
- **Membres:**
 - Atenció primària
 - Atenció hospitalària
 - Atenció intermèdia
 - Atenció residencial
 - SEM: Servei d'Emergències Mèdiques

3.3.2 *Grup de suport*

- **Funcions:** donar suport a la persona i tenir-ne cura, fer propostes de millora i adequació de la ruta i detectar necessitats assistencials no abordades.
- **Membres:**
 - Xarxa social de la persona /entorn cuidador.
 - Dispositius residencials.
 - Serveis socials, especialment en aquells casos amb necessitats d'atenció social complexes que en requereixin la intervenció.



Figura 4: Actors de la ruta assistencial

3.4 FACTORS CLAU D'ÈXIT PER A LA RUTA DE COMPLEXITAT

A continuació, es presenten els principals factors clau d'èxit identificats per a cadascun dels apartats de la ruta.

3.4.1 Apartat 1: Model d'atenció

- Promoure accions orientades a incrementar la identificació de persones de perfil PCC i MACA.
- Disposar d'un model estandarditzat de valoració multidimensional /interdisciplinària ràpida per part de diferents col·lectius de professionals.
- Crear un entorn TIC que pugui suportar una pla d'atenció únic i compartit entre els diferents agents que participen en l'atenció de la persona.
- Modelitzar els elements clau que ha de contenir el pla d'atenció individualitzat.
- Impulsar metodologies/contextos/plataformes que afavoreixin el desenvolupament compartit de plans d'atenció, especialment per a les situacions més complexes (per exemple: conferència de cas).

3.4.2 Apartat 2: Seguiment en situació d'estabilitat

- Promoure iniciatives de gestió de cas per donar resposta a les necessitats de persones PCC/MACA.

- Definir clarament les vies de comunicació entre els professionals d'atenció primària i la resta de professionals del sistema.
- Crear la figura del responsable clínic expert de la ruta en l'àmbit territorial i que sigui reconegut per tots els actors implicats.
- Impulsar espais de trobada presencial entre professionals per desenvolupar propostes col·laboratives.

3.4.3 Apartat 3: Situació de crisi i descompensació

- Definir el professional de referència per a la persona i/o el seu entorn cuidador i de suport, i comunicar-ho de forma clara per tal que aquest el tingui identificat. Establir protocols i recomanacions específiques en els plans d'intervenció per al moment que el professional de referència no estigui disponible per així garantir l'atenció 7x24.
- Dotar d'eines l'atenció primària per tal de poder tenir una atenció resolutiva a domicili impulsant la coordinació i comunicació entre serveis d'urgències i atenció primària.
- Impulsar la comunicació entre els diferents actors, suportada pels sistemes d'informació i comunicació disponibles.
- Actualitzar els continguts del PIIC de manera periòdica per facilitar la presa de decisions en situació de crisi.
- Accés dels professionals del SEM al PIIC per tal de prendre decisions coherents amb la situació i les expectatives de la persona i/o el seu entorn cuidador i de suport, i facilitar el retorn d'informació al professional de referència, amb informació d'interès relacionada amb el procés d'atenció urgent.

3.4.4 Apartat 4: Especificitats de les persones amb perfil MACA

- Garantir una atenció 7x24 a l'àmbit territorial, amb lideratge d'atenció primària i en coordinació amb el PADES quan sigui necessària la seva activació i intervenció.
- Afavorir l'atenció domiciliària per a aquestes persones, facilitant-los, per exemple, l'atenció durant el període d'últims dies i mort en l'àmbit domiciliari si així ho desitja la persona.
- Realitzar accions per promoure la identificació precoç de persones amb necessitats d'atenció pal·liativa (MACA).

- Promoure el desenvolupament de la planificació de decisions anticipades (PDA) en aquest grup poblacional.

4 DESPLEGAMENT TERRITORIAL DE LA RUTA DE COMPLEXITAT (PCC/MACA) 2.0

Es proposa un procés de desplegament en **SET FASES**, promogut pels comitès directiu i operatiu territorials i liderat pel/s responsable/s clínic/s expert/s de la ruta a escala territorial (veg. el resum gràfic). Si bé a continuació es presenta un esquema genèric per a tots els territoris, cada territori haurà de definir el seu pla de desplegament en funció de les seves especificitats i del resultat de l'autodiagnòstic.

4.1 PLA DE COMUNICACIÓ/ FORMACIÓ:

El Departament de Salut/CatSalut dissenyaran un pla de comunicació territorial de la ruta de complexitat que inclourà:

- La presentació de la ruta de complexitat PCC/MACA en una jornada específica.
- La publicació i distribució d'aquest document, amb l'objectiu que arribi a tots els proveïdors i professionals potencialment vinculats a la ruta de complexitat.

Per altra banda, es proporcionaran recursos per a la formació continuada dels professionals i actors implicats en la ruta. Actualment s'està treballant per dissenyar un pla formatiu sobre el model d'atenció individualitzat per a tots els professionals que atenguin persones de perfil PCC o MACA.

4.2 IDENTIFICACIÓ DE LIDERATGES TERRITORIALS I DESPLEGAMENT DE GOVERNANCES

A nivell de cada territori, caldrà:

4.2.1 Identificar els liderages territorials

Cal identificar a cada territori aquells professionals amb capacitat de lideratge sistèmic i experts en atenció a la cronicitat. Entenem per *lideratge sistèmic* aquell model de lideratge que es projecta a tot el territori més enllà de cadascuna de les organitzacions que componen el territori, amb pensament sistèmic.

El CatSalut serà el responsable de realitzar aquesta identificació, d'acord amb la realitat de cada territori, i prioritant les habilitats i la capacitat de lideratge dels professionals candidats. Els delegats d'atenció integrada poden ajudar a realitzar aquest procés d'identificació.

4.2.2 Desplegar les governances territorials de la ruta de complexitat

De forma genèrica es proposa desenvolupar tres nivells:

- **Comitè directiu**, amb una visió de representativitat institucional/visió gerencial, liderada pel CatSalut.

- Hauria d'estar format per: el director de sector del CatSalut -que n'exerceix la presidència-, així com pels directius dels principals proveïdors de salut del territori: atenció primària, atenció intermèdia, hospital d'aguts i SEM. Hi haurien de participar també el/s líder/s territorial/s identificat/s prèviament, així com els delegats d'atenció integrada.

En aquells projectes amb un pes important del context social, caldria incorporar a aquest comitè tant representants del Departament de Drets Socials com dels ens locals.

- Les seves funcions són: definir els objectius estratègics en clau territorial vinculats a la ruta de complexitat (PCC/MACA), planificar i ajudar el comitè operatiu en el seu desplegament, i promoure'n l'avaluació i, en cas de ser necessari, el redireccionament.
- Cadència orientativa de les reunions: trimestrals.

- **Comitè operatiu**, de perfil més tècnic, encapçalat pel líder territorial i el delegat d'atenció integrada.

- Hauria d'estar format per 7-8 persones de perfil predominantment assistencial, en representació dels principals proveïdors del territori -incloent-hi el líder territorial i el delegat d'atenció integrada-.

En aquells projectes amb un pes important del context social, caldria incorporar a aquest comitè tant representants del Departament de Drets Socials com dels ens locals.

- Les seves funcions són: impulsar i desplegar la ruta territorial de complexitat (PCC/MACA), adaptant-la a les característiques i

necessitats del territori. Participar en l'avaluació i identificació de les àrees de millora.

- Cadència orientativa de les reunions: mensuals.
- **Comitè consultiu**, com a òrgan assessor i de promoció de les bones pràctiques en el marc de la ruta territorial de complexitat.
 - Hauria d'estar format per unes trenta persones, incloent-hi tant professionals dels diferents àmbits assistencials -tant sanitaris com socials- com també persones usuàries (per exemple, incorporant-hi representants d'associacions de pacients) i/o cuidadors.
 - Les seves funcions són: assessorar els comitès directiu i operatiu respecte del model d'atenció, el desplegament de la ruta i la seva avaluació i redireccionament.
 - Cadència orientativa de les reunions: trimestrals.

És important fer èmfasi en el fet que, amb el **futur desplegament de l'agència d'atenció integrada social i sanitària**, caldrà contextualitzar aquesta proposta amb la governança territorial de l'agència.

4.3 AUTODIAGNÒSTIC TERRITORIAL

Un element clau en el desplegament de la ruta és la realització d'un autodiagnòstic per a la valoració del "grau de maduresa" del territori en relació amb una sèrie d'elements clau per al desplegament de la ruta de complexitat (PCC/MACA).

4.3.1 *En què consisteix aquest "autodiagnòstic" territorial?*

Es tracta d'un qüestionari (*check-list*) que consta de **29 indicadors** que permeten avaluar el **grau de maduresa** del territori en els aspectes clau de la ruta. S'han definit també **indicadors traçadors** per a cadascun d'aquests indicadors d'autodiagnòstic (taula 2).

NÚM.	INDICADOR D'AUTODIAGNÒSTIC DE MADURESA	INDICADOR TRAÇADOR
1	Hi ha registre de persones identificades com a PCC o MACA a la història clínica electrònica de salut (HC electrònica)	Disponibilitat del registre PCC i MACA visibles en totes les entitats proveïdores del territori
2	Hi ha un professional de referència de la persona la identitat del qual ha estat comunicada de manera clara a la persona i/o al seu entorn cuidador i de suport	% de persones amb la identitat del professional de referència comunicada
3	Els professionals del SEM i d'altres tenen accés al PIIC per facilitar la presa de decisions en situació de crisi coherents amb la situació i expectatives de la persona i/o el seu entorn cuidador i de suport	Valoració qualitativa de la penetració del PIIC al SEM
4	S'estan realitzant accions per promoure la identificació territorial de les persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) per aproximar-nos a la prevalença estimada i esperada	Prevalença PCC i MACA disponible i actualitzable mensualment
5	Es disposa de sistema electrònic tramesa PREALT i avís (warning) entre l'equip de referència receptor	Disponibilitat i utilització PREALT electrònic (propera implementació) en tots els proveïdors territorials (hospital d'aguts, atenció intermèdia)
6	Estan desplegades iniciatives de gestió de cas per donar respostes a les necessitats de PCC/MACA	% de PCC/MACA amb activitat documentada de gestor de cas
7	S'ha definit i determinat clarament la persona que té el rol de líder en l'àmbit de la gestió i el líder clínic o professional responsable del procés d'elaboració i implantació de la ruta assistencial (RA)	Determinació i concreció dels dos lideratges
8	Hi ha un pla per desenvolupar totes les funcionalitats TIC disponibles en l'àmbit de territori: iS3 per missatgeria, accés a curs clínic per SEM, utilització de missatgeria per part d'atenció urgent (atenció continuada AP, urgències hospitalàries, SEM) de retorn a l'AP, identificació suggerida...	Descripció de la implantació de les funcionalitats TIC disponibles en l'àmbit territorial
9	El registre té traçabilitat en tot el sistema local d'atenció (com seria la visualització d'aquestes condicions en sistemes d'informació d'hospital d'aguts, atenció intermèdia i salut mental)	Disponibilitat del registre PCC i MACA visibles en totes les estacions de treball clíniques de les entitats proveïdores del territori
10	S'ha planificat en l'àmbit territorial un circuit de retorn d'informació des d'unitats d'atenció urgent (atenció continuada, urgències)	Descripció específica del circuit de retorn en document de RA territorial

	hospitalàries, SEM) i missatgeria i avís a l'equip referent a AP	
11	Està organitzat i és operatiu un circuit d'identificació suggerida des d'atenció especialitzada hospitalària	Circuit operatiu
12	Hi ha traçat un pla funcional territorial per al desplegament de la ruta de complexitat (PCC/MACA)	Disponibilitat d'un pla funcional territorial
13	Està organitzada al territori la planificació a l'alta en les transicions	Disponibilitat i utilització PREALT electrònic (propera implementació) en tots els proveïdors del territori (hospital aguts, atenció intermèdia)
14	S'ha desenvolupat i realitzat un programa divulgatiu/formatiu per als professionals relacionat amb la ruta assistencial i el model d'atenció de persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	Memòria de l'activitat on consti aquest punt
15	S'ha establert un pla de comunicació de la ruta assistencial a les entitats proveïdores i de revisió periòdica on s'hagin recollit aportacions sobre el procés d'implementació de la ruta assistencial	Memòria de l'activitat on consti aquest punt
16	S'han creat espais de trobada presencial entre professionals per desenvolupar propostes col·laboratives	Descripció dels espais que existeixen
17	Hi ha un quadre de comandament bàsic per al seguiment dels indicadors relacionats amb el procés d'atenció a persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) que abastin les diferents dimensions de Triple Aim (resultats en salut i benestar, utilització de serveis i experiència d'atenció)	Disponibilitat QC mínim amb indicadors de les tres dimensions <i>Triple Aim</i>
18	Hi ha mecanismes per promoure la planificació de decisions anticipades (PDA) en els grups poblacionals clau	% de persones identificades com a PCC o MACA amb PDA feta
19	Està organitzada la capacitat de resposta davant de situacions de crisi mitjançant equips de resposta ràpida	Descripció específica del model de resposta en el document de RA
20	Es disposa d' eines per afavorir l'atenció domiciliària a persones PCC o MACA , facilitant, per exemple, la mort en l'àmbit domiciliari, si així ho desitja la persona	Descripció de les iniciatives
21	S'han creat espais de comunicació i de treball conjunt proactiu i de resposta amb els serveis socials del territori quan hi ha situacions de complexitat social	Descripció específica del circuit o espai, treball conjunt i periodicitat establerta en el document

		de RA del territori amb serveis socials
22	S'ha consensuat un procés efectiu per aplicar el model d'atenció individualitzat a la major part de proveïdors (inclou una valoració multidimensional/diagnòstic situacional-elaboració d'un pla d'atenció-publicació PIIC)	Proporció de persones amb problemes de cronicitat, PCC i MACA, amb pla d'atenció elaborat i actualitzat en els últims 12 mesos > 85-90% casos
23	L' atenció primària disposa d'eines per poder proporcionar una atenció resolutiva a domicili , impulsant la coordinació i comunicació entre serveis d'urgències i atenció primària	Descripció de les eines
24	Hi ha mecanismes suficients de coordinació entre els líders clínics de la ruta PCC/MACA i els gestors hospitalaris (d'aguts i d'atenció intermèdia) i d'atenció primària	Descripció a la memòria dels mecanismes de coordinació
25	S'ha fet una planificació d'espai i temps per poder dur a terme una dinàmica de conferència de cas en la valoració conjunta, elaboració d'un pla d'atenció per a aquelles situacions de més complexitat	Memòria que documenti la realització de deu sessions de conferència de cas per any en la unitat territorial on opera la RA
26	Totes les persones amb cronicitat complexa o avançada (PCC/MACA) disposen d'aquesta informació de manera clara i sabrien com actuar en situació de crisi	Proporció mínima de PCC/MACA amb coneixement del circuit 7x24
27	S'han dut a terme activitats de mesura d'experiència d'atenció de les persones ateses o de l'entorn cuidador: grups de discussió, utilització d'alguna mètrica d'experiència d'atenció (PREM)...	Memòria de l'activitat on consti aquest punt o disponibilitat d'algun indicador PREM en quadre de comandament de la RA del territori
28	S'ha establert un circuit d'atenció ràpid (fast track) per a l'atenció a persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) en situació de crisi o exacerbació dins l'horari convencional i fora de l'horari convencional (nits, caps de setmana i festius)	Descripció específica del model de resposta en document de la RA
29	S'ha fet una planificació proactiva i estructurada en el seguiment de persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	- Nombre mínim de visites/any per cada PCC/MACA - Proporció de PCC/MACA que han tingut almenys un contacte els últims dotze mesos

Taula 2: Indicadors de l'autodiagnòstic de maduresa i indicadors traçadors. Aquests indicadors s'han ordenat d'acord amb criteris de prioritat, importància i factibilitat, segons la valoració dels professionals que han participat en el desenvolupament de la ruta (annex 1). RA: Ruta assistencial

Per a cadascuna d'aquestes afirmacions els líders de la ruta hauran d'introduir tres valors de mesura:

- **Situació actual** (1: en absolut, 2: parcialment, 3: completament)
- **Dificultat per assolir la fita** (1: baixa, 2: mitjana, 3: alta)
- **Prioritat que el territori dona a aquest indicador** (1: baixa, 2: mitjana, 3: alta)

Del processament d'aquests valors s'obté una **maduresa de l'1 al 9** per a cada indicador i global. Amb l'objectiu de facilitar aquesta tasca, s'ha desenvolupat una **calculadora Excel** (figura 6), que es pot descarregar a la [pàgina web d'eines de cronicitat](#). Actualment s'està treballant per poder incorporar aquesta calculadora als sistemes d'informació.

MADURESA PROMIG							
2,27							
#	Indicador de maduresa	Indicador Traçador	Situació (1) En absolut (2) Parcialment (3) Completament	Dificultat per aconseguir-ho (1) Baixa (2) Mitjana (3) Alta	Prioritat de l'indicador 1 a 3	Maduresa en l'indicador	GAP
1	S'ha definit i determinat clarament la persona que té el rol de líder a nivell de gestió i el líder clínic o professional responsable prodis d'elaboració i implantació de la Ruta Assistencial (RA)	Determinació i concreció dels dos lideratges	●	●	▼		
2	Existeixen mecanismes per identificar progressivament a les persones en situació de complexitat, PCC i MACA per aproximar-les a la prevalença estimada i esperada	Prevalença PCC i MACA disponible i actualitzable mensualment	●	●	▲		
3	Existeix registre condició de PCC i MACA a Història Electrònica de Salut (HES)	Disponibilitat del registre PCC i MACA visibles en totes les entitats proveïdores del territori	●	●	▲		
4	Existeixen transparència en tot el sistema local d'atenció d'aquest registre (com seria visualització aquestes condicions en sistemes d'informació d'hospital d'aguts, atenció intermèdia i salut mental)	Disponibilitat del registre PCC i MACA visibles en totes les entitats proveïdores del territori	●	●	▼		
5	Està organitzat un circuit d'identificació suggerida des d'atenció especialitzada o SEM	Circuit operatiu	●	●	→		
6	S'ha començat un procés efectiu de valoració integral multidimensional diagnòstica situacional elabrorada pla d'atenció-publicació PIC	Proporció persones amb condició PCC i MACA amb pla d'atenció elaborat i actualitzat en els últims 12 mesos > 85-90%	●	●	▲		
7	Existeix una planificació estructurada en el seguiment de persones en situacions de complexitat	Nombre mínim de visites / any per cada persona en condició PCC / MACA	●	●	▼		
8	Existeix una planificació d'espai i temps per poder dur a terme una dinàmica de "conferència de cas" en la valoració conjunta, elaboració pla d'atenció en el procés d'atenció	Memòria que documenti realització de 30 sessions de conferència de cas per any	●	●	▼		
9	Està organitzada la "capacitat de resposta" davant situacions de crisi mitjançant equips de resposta ràpida	Descripció específica model de resposta en document de RA	●	●	▼		
10	Està organitzada al territori la "planificació a l'alta en les transicions"	Disponibilitat i utilització PREALT electrònic (propers implementada) en tots els proveïdors territoris (hospital aguts, atenció intermèdia)	●	●	→		
11	Es disposa de sistema electrònic transmissió PREALT i avis ("warning") a equip de referència receptor	Disponibilitat i utilització PREALT electrònic (propers implementada) en tots els proveïdors territoris (hospital aguts, atenció intermèdia)	●	●	→		
12	S'ha establert un circuit d'atenció ràpid ("fast track") per l'atenció a persones en situació de complexitat en situació de crisi o esparteriat diu horari convencional ("two d'hours" (jocs, cap de setmana) festius)	Descripció específica model de resposta en document de RA	●	●	→		
13	Totes les persones amb condició PCC / MACA disposen d'aquesta informació de manera clara i sabrien com actuar en situació de crisi	Descripció específica model de resposta en document de RA	●	●	→		
14	S'ha planificat a nivell territorial un circuit de retorn d'informació des de unitats d'atenció urgent (atenció continuada, urgències hospitalàries, SEM) i missatgeria i avis a equip referent a AP	Descripció específica circuit de retorn en document de RA territorial	●	●	▼		
15	Existeixen espais de comunicació de treball conjunt proactiu i de resposta amb Serveis Socials territoris quan hi ha situacions de complexitat social	Descripció específica circuit o equip treball conjunt i periodicitat establerta en document RA territorial	●	●	→		
16	Existeixen mecanismes per promoure la planificació de decisions anticipades (PDA) en els grups poblacionals clau	% de pacients PCC/MACA amb PDA	●	●	▲		
17	Els professionals del SEM i d'altres tenen accés al PIC per facilitar la presa de decisions en situació de crisi coherent amb la situació i expectatives del pacien i família	Penetració del PIC a SEM	●	●	▼		
18	Existeix un "tableau de bord" mínim bàsic per seguiment "INDICadors RESPONSables" amb procés d'atenció i persones en situació de complexitat que abarquin les diferents dimensions de Triple Aim (resultats en salut i benestar, utilització de serveis i satisfacció d'atenció)	Disponibilitat OC mínim amb indicadors de les 3 dimensions Triple Aim	●	●	→		
19	S'ha planificat formatiu d'inici i periòdic relacionat amb la Ruta Assistencial i elements clau prodis d'atenció de persones en situació de complexitat	Memòria activitat on consti aquest punt	●	●	▲		
20	S'han dut a terme activitats de mesura experiència d'atenció de les persones ateses o entorn cuidador: grups focals, utilització alguna mètrica d'experiència d'atenció (PREM)...	Memòria activitat on consti aquest punt o disponibilitat algun indicador PREM en OC RA completat territorial	●	●	▼		
21	Hi ha un pla per desenvolupar totes les funcionalitats TIC disponibles a nivell territorial: SE per missatgeria, avis i crisi clínic per SEM, utilització missatgeria per part d'atenció urgent (atenció continuada AP, urgències hospitalàries, SEM) de retorn a PCC i identificació d'atenció...	Descripció implantació funcionalitats TIC disponibles a nivell territorial	●	●	▼		

Figura 5: Captura de pantalla de la calculadora excel

4.3.2 Qui ha de fer aquest "autodiagnòstic" de maduresa?

- Es proposa que aquest autodiagnòstic sigui respost de forma cooperativa per part dels **membres del comitè operatiu**. En aquesta fase, s'hi poden implicar tots aquells professionals que el comitè consideri necessaris.
- Aquest pot ser un extraordinari punt de partida per dissenyar el posterior pla de desplegament de la ruta. Aquest qüestionari també pot servir per monitoritzar el desenvolupament del desplegament de la ruta territorial.

- També pot ser d'ajuda en aquesta etapa identificar possibles experiències anteriors de la ruta al territori i fer una anàlisi de les lliçons apreses.

4.4 ANÀLISI DEL GAP

A partir del resultat de l'autodiagnòstic, es proposa **identificar les àrees de millora i la distància** entre la situació actual i la situació òptima desitjada (que apareix en la calculadora excel anteriorment esmentada).

Aquest és el punt de partida necessari per al pla de desplegament de la ruta, d'acord amb les característiques de cada territori.

4.5 PLA DE DESPLEGAMENT

Cada territori ha de definir un **pla funcional de desplegament** on es reculli tant el diagnòstic territorial realitzat en les fases anteriors com les accions proposades per assolir un desplegament efectiu de la ruta de complexitat (PCC/MACA) en el territori respectiu.

Alguns elements clau a considerar són:

- Cada territori ha de definir el seu propi pla funcional de desplegament, amb el suport del CatSalut territorial.
- Els diferents comitès han de consensuar el **cronograma** de desplegament de la ruta.
- En el desplegament és important que els responsables operatius tinguin **competències** en la gestió per projectes.
- El pla de desplegament haurà d'incloure un **pla de comunicació** de la ruta a tots els nivells del territori. Aquest pla de comunicació ha de preveure accions diferenciades per als tres col·lectius: institucions / professionals / ciutadania.

4.6 QUADRE DE COMANDAMENT

Malgrat que cada territori en podrà fixar els seus propis indicadors de seguiment, es proposa un **mínim comú denominador d'indicadors** que haurien de permetre monitoritzar els resultats del desplegament de les rutes de complexitat pels diferents territoris.

4.6.1 Indicadors d'impacte/seguiment de la ruta de complexitat (PCC/MACA)

Per tal que la ruta tingui un seguiment d'evolució i poder analitzar si és necessari fer-hi canvis per donar una millor atenció a les persones i/o el seu entorn cuidador i de suport, s'ha definit una **bateria d'indicadors** que el territori podrà filtrar i seleccionar en funció de la seva importància relativa i de la disponibilitat de dades al territori (taula 3).

NÚM.	INDICADORS DE SEGUIMENT
1	Prevalença de persones identificades com a PCC i com a MACA (respecte del total de la població)
2	Taxa de freqüentació a l'atenció primària (presencial, domicili, virtual) d'aquestes persones
3	Proporció PREALT en què s'ha dut a terme un contacte amb la persona abans 48-72 hores
4	Proporció de persones identificades com a PCC/MACA amb valoració multidimensional realitzada
5	Taxa d'ingressos urgents en aquest grup poblacional amb càlcul en l'àmbit territorial (AGA i ABS)
6	Proporció de persones amb el PIIC de qualitat
7	Taxa de visites d'urgències (hospitals i/o atenció continuada d'AP)
8	Taxa de reingressos hospitalaris (en aguts o a atenció intermèdia) a 30 dies en l'àmbit poblacional
9	Proporció de persones identificades com a PCC/MACA amb pla d'atenció individualitzat dissenyat
10	Ràtio de persones suggerides per a la identificació com a PCC per part dels sistemes d'informació / nombre de persones identificades per AP (%)
11	Proporció de persones PCC/MACA que mor a urgències
12	Mitjana de dies que les PCC i MACA (càlcul per separat) han estat a casa en els últims sis mesos (concepte "days spent at home")
13	Temps d'estada mitjana de les persones amb malalties cròniques als hospitals
14	Ràtio de persones amb MACA amb malaltia oncològica / persones amb MACA totals
15	Proporció de persones identificades com a MACA ateses pels equips de PADES
16	Proporció de PCC i MACA que han tingut algun episodi PREALT
17	Proporció d'ingressos sense passar per urgències
18	Proporció de PREALT amb activació PREALT 48 h abans de l'alta de persones identificades com a PCC/MACA
19	Temps d'estada en urgències de persones identificades com a PCC o MACA que han fet un episodi d'estada a urgències
20	Proporció de persones identificades com a MACA amb el PDA i DVA per separat

Taula 3: Indicadors de seguiment del quadre de comandament. *Aquests indicadors s'han ordenat d'acord amb criteris de prioritat, importància i factibilitat, segons la valoració dels professionals que han participat en el desenvolupament de la ruta (annex 2).*

4.7 COMPARTICIÓ D'EXPERIÈNCIES

Es considera clau generar dinàmiques interterritorials per a la compartició de les millors pràctiques, de forma que constitueixi un procés.

El Departament de Salut/CatSalut impulsaran iniciatives orientades a avaluar i compartir aquestes bones pràctiques, amb l'objectiu de fomentar els aprenentatges i orientades a la millora de la modelització de la ruta de complexitat (PCC/MACA).

5 PAPER DE LA TECNOLOGIA EN EL DESPLEGAMENT DE LA RUTA DE COMPLEXITAT PCC/MACA

Actualment, la tecnologia té un paper fonamental en el dia a dia dels professionals de la salut i socials, i és per aquest motiu que és necessari identificar aquelles necessitats de cobertura tecnològica en processos comuns de la ruta. A continuació, es descriuen els aspectes més rellevants assenyalats per part del grup d'experts, sobre el paper de la tecnologia en la ruta de complexitat (PCC/MACA):

- Creació d'avisos sobre les accions amb persona i/o el seu entorn cuidador i de suport cap a l'equip referent.
- Connectivitat de les àrees de serveis sanitaris i les àrees de serveis socials, vinculant els serveis socials, especialment SAD i la teleassistència.
- Comunicació àgil i asíncrona entre els professionals de la salut a través d'una plataforma digital, impulsant també la col·laboració.
- Connexió entre els sistemes d'informació propis d'infermeria, com seria Gacela-SAP i atenció primària, per poder obtenir i compartir l'avaluació integral entre els diferents àmbits d'atenció.
- Incorporació progressiva d'elements d'intel·ligència artificial durant tot el procés clínic, per ajudar a prendre millors decisions al professional de la salut, com, per exemple, algorismes i/o regles establertes de suport que ajudin a identificar les persones de perfil PCC o MACA de la ruta, amb informació sanitària i social.
- Cerca activa en els sistemes d'informació de persones o poblacions diana candidats a intervencions.
- La Meva Salut com a canal de comunicació amb els cuidadors de les persones ateses, malalts, i també com a recollida dels mecanismes de mesurament d'experiència reportada per part de les persones (PREMS).
- Eines de telemonitoratge transversals a tots els processos.
- Eina TIC que inclogui la ruta i que qualsevol HIS es pugui connectar per tenir un model únic de negoci i estàndards.
- Crear en un futur un PIIC col·laboratiu entre els diferents àmbits d'atenció.

- Model de transició tecnològic cap a un nou entorn d'història electrònica de salut (HES), el qual s'haurà de desenvolupar i implementar en els propers anys.

Un dels elements crítics per a l'èxit dels projectes tecnològics és la **gestió del canvi**, és a dir, aquelles accions que acompanyaran el desplegament tecnològic amb l'objectiu d'incentivar i formar els usuaris en l'ús correcte de la tecnologia, per tal que en puguin treure un major profit en el seu dia a dia.

6 ANNEXOS

6.1 ANNEX 1: INDICADOR D'AUTODIAGNÒSTIC DE MADURESA I INDICADORS TRAÇADORS

A continuació es descriuen la llista dels 29 indicadors d'autodiagnòstic de maduresa territorial / indicadors traçadors, ordenats d'acord amb la prioritització realitzada per part del grup d'experts, d'acort amb els criteris següents:

- A. PRIORITAT: és la mitjana resultant entre la importància i la factibilitat de l'indicador.
- B. IMPORTÀNCIA: és el grau d'impacte que té en la ruta assistencial.
- C. FACTIBILITAT: és el grau de viabilitat de desplegament.

Núm.	Indicador autodiagnòstic de maduresa	Indicador traçador	A	B	C
1	Hi ha registre de problemes de salut crònics de PCC i MACA en la història clínica electrònica de salut (HC electrònica)	Disponibilitat del registre PCC i MACA visibles en totes les entitats proveïdores del territori	4,8	5,0	4,6
2	Hi ha un professional de referència de la persona, la identitat del qual ha estat comunicat de manera clara a la persona i/o el seu entorn cuidador i de suport	% de persones amb la identitat del professional de referència comunicada	4,7	5,0	4,4
3	Els professionals del SEM i d'altres tenen accés al PIIC per facilitar la presa de decisions en situació de crisi coherents amb la situació i expectatives de persona i/o el seu entorn cuidador i de suport	Valoració qualitativa de la penetració del PIIC en el SEM	4,5	4,7	4,3
4	S'estan realitzant accions per promoure la identificació territorial de les persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) per aproximar-nos a la prevalença estimada i esperada	Prevalença PCC i MACA disponible i actualitzable mensualment	4,5	4,7	4,3
5	Es disposa de sistema electrònic tramesa PREALT i avis (<i>warning</i>) en l'equip de referència receptor	Disponibilitat i utilització PREALT electrònic (propera implementació) en tots els proveïdors del territori (hospital d'aguts, atenció intermèdia)	4,5	4,9	4,1
6	Estan desplegades iniciatives de gestió de cas per donar respostes a les necessitats de PCC/MACA	% de PCC/MACA amb activitat documentada de gestor de cas	4,4	4,9	4,0
7	S'ha definit i determinat clarament la persona que té el rol de líder en l'àmbit de la gestió i el líder clínic o	Determinació i concreció dels dos lideratges	4,4	4,7	4,0

	professional responsable del procés d'elaboració i implantació de la ruta assistencial (RA)				
8	Hi ha un pla per desenvolupar totes les funcionalitats TIC disponibles en l'àmbit de territori: iS3 per missatgeria, accés a curs clínic per SEM, utilització de missatgeria per part d'atenció urgent (atenció continuada AP, urgències hospitalàries, SEM) de retorn a l'AP, identificació suggerida...	Descripció de la implantació de les funcionalitats TIC disponibles en l'àmbit territorial	4,3	5,0	3,6
9	El registre tétraçabilitat en tot el sistema local d'atenció (com seria la visualització d'aquestes condicions en sistemes d'informació d'hospital d'aguts, atenció intermèdia i salut mental)	Disponibilitat del registre PCC i MACA visible en totes les estacions de treball clíniques de les entitats proveïdores del territori	4,3	4,7	3,9
10	S'ha planificat en l'àmbit territorial un circuit de retorn d'informació des d'unitats d'atenció urgent (atenció continuada, urgències hospitalàries, SEM) i missatgeria i avís a equip referent a AP	Descripció específica del circuit de retorn en document d'RA del territori	4,2	5,0	3,4
11	Està organitzat i és operatiu un circuit d'identificació suggerida des d'atenció especialitzada hospitalària	Circuit operatiu	4,2	4,6	3,9
12	Existeixen experiències en el desplegament de la ruta de complexitat (PCC/MACA) al territori	Descripció a la memòria de la descripció del desplegament de la ruta al territori	4,2	4,6	3,9
13	Està organitzada al territori la planificació a l'alta en les transicions	Disponibilitat i utilització PREALT electrònic (propera implementació) en tots els proveïdors del territori (hospital aguts, atenció intermèdia)	4,2	4,9	3,6
14	S'ha desenvolupat i realitzat un programa divulgatiu/formatiu per als professionals relacionat amb la ruta assistencial i elements clau del procés d'atenció de persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	Memòria de l'activitat on consti aquest punt	4,1	4,6	3,7
15	S'ha establert un pla de comunicació de la ruta assistencial a les entitats proveïdores i de revisió periòdica on s'hagin recollit aportacions sobre el procés d'implementació de la ruta assistencial	Memòria de l'activitat on consti aquest punt	4,1	4,6	3,6
16	S'han creat espais de trobada presencial entre professionals per desenvolupar propostes col·laboratives	Descripció dels espais existents	4,1	4,7	3,4
17	S'ha dissenyat un quadre de comandament bàsic per al seguiment dels indicadors relacionats amb el procés d'atenció a persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) que abastin les diferents	Disponibilitat QC mínim amb indicadors de les tres dimensions <i>Triple Aim</i>	4,1	4,9	3,3

	dimensions de <i>Triple Aim</i> (resultats en salut i benestar, utilització de serveis i experiència d'atenció)				
18	Hi ha mecanismes per promoure la planificació de decisions anticipades (PDA) en els grups poblacionals clau	% de persones identificades com a PCC o MACA amb PDA feta	4,0	4,6	3,4
19	Està organitzada la capacitat de resposta davant de situacions de crisi mitjançant equips de resposta ràpida	Descripció específica del model de resposta en document d'RA	4,0	4,9	3,1
20	S'han creat eines per afavorir l'atenció domiciliària a persones PCC o MACA, facilitant, per exemple, la mort en l'àmbit domiciliari, si així ho desitja la persona	Descripció de les iniciatives	4,0	4,6	3,4
21	S'han creat espais de comunicació i de treball conjunt proactiu i de resposta amb els serveis socials del territori quan hi ha situacions de complexitat social	Descripció específica del circuit o espai, treball conjunt i periodicitat establerta en document RA del territori amb serveis socials	4,0	4,6	3,4
22	S'ha consensuat un procés efectiu per aplicar el model d'atenció individualitzat a la major part de proveïdors (inclou una valoració multidimensional/diagnòstic situacional-elaboració d'un pla d'atenció-publicació PIIC)	Proporció de persones amb problemes de cronicitat, PCC i MACA, amb pla d'atenció elaborat i actualitzat en els últims 12 mesos > 85-90% casos	3,9	4,6	3,1
23	Es disposa d'eines a l'atenció primària per poder proporcionar una atenció resolutiva a domicili, impulsant la coordinació i comunicació entre serveis d'urgències i atenció primària	Descripció de les eines	3,9	4,6	3,1
24	Hi ha mecanismes suficients de coordinació entre els líders clínics de PCC/MACA i gestors hospitalaris i atenció primària	Descripció a la memòria dels mecanismes de coordinació	3,9	4,7	3,0
25	Hi ha una planificació d'espai i temps per poder dur a terme una dinàmica de conferència de cas en la valoració conjunta, elaboració d'un pla d'atenció per a aquelles situacions de més complexitat	Memòria que documenti la realització de deu sessions de conferència de cas per any en la unitat territorial on opera l'RA	3,8	4,4	3,1
26	Totes les persones amb problemes de salut crònics (PCC/MACA) disposen d'aquesta informació de manera clara i sabrien com actuar en situació de crisi	Proporció mínima de PCC/MACA amb coneixement del circuit 7x24	3,7	4,6	2,9
27	S'han dut a terme activitats de mesura d'experiència d'atenció de les persones ateses o l'entorn cuidador: grups de discussió, utilització d'alguna mètrica d'experiència d'atenció (PREM)...	Memòria de l'activitat on consti aquest punt o disponibilitat d'algun indicador PREM en QC RA complexitat territori	3,7	4,1	3,3

28	S'ha establert un circuit d'atenció ràpid (<i>fast track</i>) per a l'atenció a persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) en situació de crisi o exacerbació dins l'horari convencional i fora de l'horari convencional (nits, caps de setmana i festius)	Descripció específica model de resposta en document d'RA	3,7	4,4	3,0
29	Hi ha una planificació estructurada en el seguiment de persones amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre mínim de visites/any per cada PCC/MACA - Proporció de PCC/MACA que han tingut almenys un contacte els últims dotze mesos 	3,6	4,3	3,0

6.2 ANNEX 2:

A continuació es descriu la llista dels **vint indicadors d'impacte / seguiment de la ruta**, prioritzats pel grup d'experts d'acord amb els criteris següents:

Els següents són els vint indicadors que han estat valorats des de tres punts de vista:

A. **PRIORITAT**: és la mitjana resultant entre la importància i la factibilitat de l'indicador.

B. **IMPORTÀNCIA**: és el grau d'impacte que té en el seguiment de la ruta.

C. **FACTIBILITAT**: és el grau de viabilitat de desplegament.

Núm.	Indicadors de seguiment	A	B	C
1	Prevalença de persones identificades com a PCC i MACA per separat (respecte del total de la població)	4,9	4,9	4,9
2	Taxa de freqüentació per part d'atenció primària (presencial, domicili, virtual)	4,8	4,6	5,0
3	Proporció PREALT en què s'ha dut a terme un contacte amb la persona abans 48-72 hores	4,8	4,7	4,9
4	Proporció de persones identificades com a PCC/MACA amb valoració multidimensional realitzada	4,6	4,9	4,4
5	Taxa d'ingressos urgents en aquest grup poblacional amb càlcul en l'àmbit territorial (AGA i ABS)	4,6	4,6	4,6
6	Proporció de persones amb el PIIC de qualitat	4,6	4,9	4,3
7	Taxa de visita d'urgències (hospitals i/o atenció continuada d'AP)	4,5	4,6	4,4
8	Taxa de reingressos hospitalaris (a aguts o a atenció intermèdia) a 30 dies en l'àmbit poblacional	4,5	4,6	4,4
9	Proporció de persones identificades com a PCC/MACA amb pla d'atenció individualitzat realitzat	4,5	4,7	4,3
10	Ràtio de persones suggerides per a la identificació com a PCC per part dels sistemes d'informació / nombre de persones identificades per AP (%)	4,4	4,3	4,4
11	Proporció de persones PCC/MACA que mor a urgències	4,4	5,0	3,7
12	Mitjana de dies que les PCC i MACA (càlcul per separat) han estat a casa en els últims sis mesos (concepte "days spent at home")	4,3	4,9	3,7
13	Temps d'estada mitjana de les persones amb malalties cròniques als hospitals	4,2	4,0	4,4
14	Ràtio de persones amb MACA amb malaltia oncològica / persones amb MACA totals	4,2	3,9	4,6
15	Proporció de persones identificades com a MACA ateses pels equips de PADES	4,1	4,0	4,1
16	Proporció de PCC i MACA que han tingut algun episodi PREALT	4,1	3,9	4,3
17	Proporció d'ingressos sense passar per urgències	4,0	4,3	3,7
18	Proporció de PREALT amb activació PREALT 48 h abans de l'alta de persones identificades com a PCC/MACA	4,0	3,6	4,4
19	Temps d'estada a urgències de persones identificades com a PCC o MACA que han fet un episodi d'estada a urgències	3,8	4,1	3,4
20	Proporció de persones identificades com a MACA amb el PDA i DVA, per separat	3,6	3,7	3,4