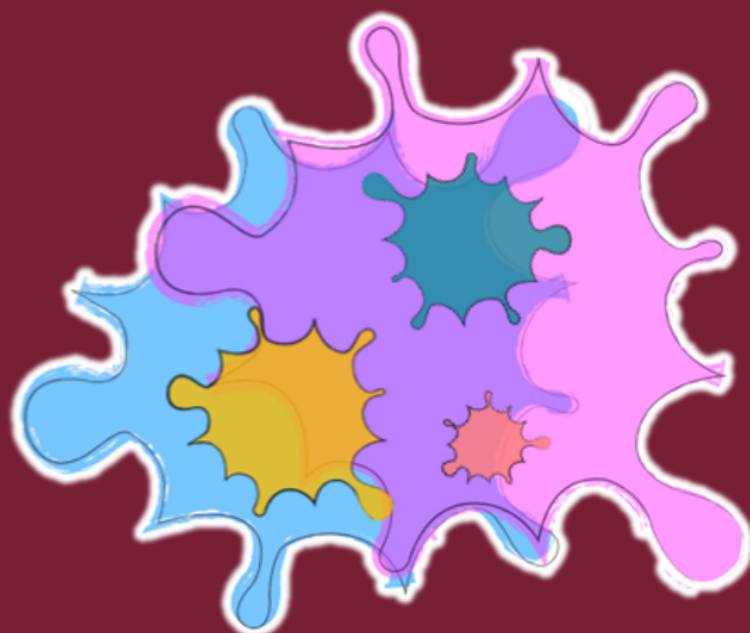


# PLA D'ACTUACIONS 2024 per a la INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ

a les persones grans fràgils,  
amb cronicitat complexa (PCC)  
o avançada (MACA)



# **PLA D'ACTUACIONS 2024 per a la INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ**

---

**a les persones grans fràgils,  
amb cronicitat complexa  
(PCC) o avançada (MACA)**

Barcelona, 2024

## Direcció i coordinació

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut  
Direcció Estratègica d'Atenció Integrada  
Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària  
Direcció per a la Transformació de l'Atenció Intermèdia /Pla director sociosanitari  
Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut  
Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

## Alguns drets reservats

© 2024, 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 la [pàgina web de Creative Commons](#).

## Edita:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

## 1a edició:

Barcelona, gener de 2024

## Assessorament lingüístic:

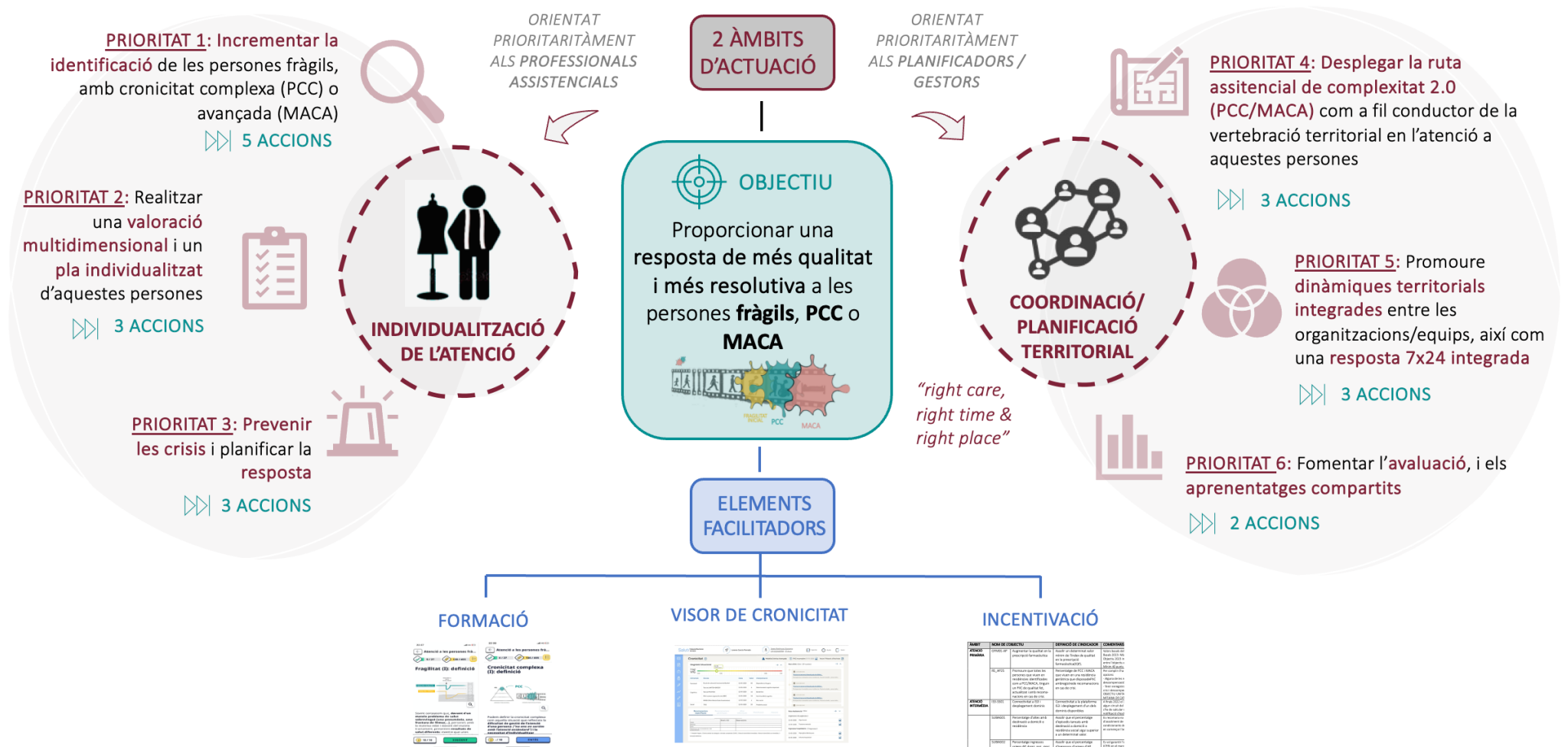
Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Pla editorial 2024

Núm. de registre: 9.864

# Resum visual

“1 OBJECTIU, 2 ÀMBITS D'ACTUACIÓ, 6 PRIORITATS, 19 ACCIONS, 3 ELEMENTS FACILITADORS”



# Índex

1. Introducció	7
1.1 Justificació	7
1.1.1 Dades rellevants	7
1.1.2 Recomanacions internacionals	8
1.2 Població tributària d'aquest pla	8
1.3 Objectius d'aquest pla	9
1.3.1 Objectiu principal	9
1.3.2 Objectius secundaris	9
2. Pla d'actuacions 2024: elements clau	10
2.1 Elements clau per a la individualització de les intervencions	10
2.1.1 Incrementar la identificació de les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	11
2.1.2 Promoure la realització d'una valoració multidimensional i un pla individualitzat d'aquestes persones	12
2.1.3 Promoure la prevenció de les crisis i la planificació de la resposta	13
2.2 Elements clau per a l'articulació la resposta territorial	15
2.2.1 Desplegar la ruta assistencial de complexitat 2.0 (PCC/MACA) com a fil conductor de la vertebració territorial en l'atenció a aquestes persones	16
2.2.2 Promoure dinàmiques territorials integrades entre les organitzacions/equips, així com una resposta 7x24 integrada	17
2.2.3 Fomentar l'avaluació i els aprenentatges compartits	18
2.3 Elements facilitadors transversals	19
2.3.1 Formació	19
2.3.2 Visor de cronicitat	19
2.3.3 Incentivació	20
3. Annexos	22
3.1 Annex 1. Exemples publicats de planificació territorial de nivells assistencials i adequació de la intensitat assistencial	22
3.2 Annex 2. Llista d'avaluació de la ruta de complexitat (calculadora d'autodiagnòstic)	23

3.3 Annex 3. Esquema del Protocol de derivació directa des de l'atenció primària i comunitària a les unitats de subaguts	24
3.4 Annex 4. Llistat d'indicadors del Pla d'actuacions/Ruta de Complexitat (PCC/MACA) 2.0	25

# 1. Introducció

## 1.1 Justificació

Si bé és sobradament coneguda la **necessitat de transformació del sistema** per donar una millor resposta a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA), en molts casos aquesta continua essent encara una assignatura pendent.

El **Pla** que s'explica en aquest document -volgudament operatiu i pragmàtic- té la voluntat de facilitar aquest procés, amb una franca orientació a l'**acció**, des d'una perspectiva eminentment territorial i integrada.

### 1.1.1 Dades rellevants

- Es calcula que l'any 2030 una quarta part de les persones de Catalunya serà **més gran de 65 anys** (incrementant-se fins a una tercera part l'any 2060, equivalent a 2,6 milions de persones -de les quals més de 700.000 tindran **més de 85 anys**-)<sup>1</sup>.
- Segons aquestes previsions, el nombre de persones amb quatre problemes de salut crònics o més es doblarà d'aquí al 2035. Les persones amb **multimorbiditat** són els protagonistes del 75% de les prescripcions farmacèutiques i de més de la meitat dels ingressos hospitalaris.
- Aproximadament un 18% de les persones de 65 anys o més és **fràgil** (12% en l'àmbit comunitari, més d'un 50% en l'àmbit hospitalari). Són múltiples els resultats de salut adversos relacionats amb la fragilitat: mortalitat, discapacitat / dependència (*Odds Ratio* -OR- de 2-2.5), institucionalització (OR 1.7), caigudes (OR 1.7) i fractures (OR 2.78), pèrdua de qualitat de vida (OR 3.8)... La fragilitat és predictora -a curt i mitjà termini- de risc d'ingrés hospitalari (OR 1,8), així com de reingrés, i de complicacions durant l'hospitalització (la fragilitat n'és el principal factor de risc). La despesa en salut per persona gran fràgil és d'aproximadament el doble del cost imputable a una persona gran sense fragilitat.
- Les persones amb **cronicitat complexa o avançada (PCC/MACA)**, tot i representar només el 5% de població, generen una despesa de pràcticament la meitat de tot el pressupost del Departament de Salut. La major part d'aquesta despesa és atribuïble a l'hospitalització d'aguts (28-30%) i a la despesa farmacèutica (27%). Les experiències internacionals d'atenció integrada domiciliària han demostrat una tendència a afavorir l'atenció en l'entorn domiciliari i a la reducció d'ingressos hospitalaris del 10-

20% en 3-4 anys (en el nostre entorn, els territoris amb major identificació PCC/MACA va arribar a suposar una disminució del 8% dels ingressos).

### 1.1.2 Recomanacions internacionals

- L'estratègia sobre envelliment i salut de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (**Global strategy and action plan on ageing and health**) fa un èmfasi especial en la necessitat d'adaptar els sistemes a les característiques de la gent gran i/o amb problemes de salut crònics, potenciant l'empoderament de les persones, evitar la fragmentació de serveis i afavorir la col·laboració entre entitats proveïdores, fet que requereix d'un canvi de model, que s'ha de redissenyar per passar a ser un model centrat en les necessitats i els resultats que importen a les persones.
- La mateixa OMS, al document "**Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services**" incideix en la necessitat de promoure pràctiques col·laboratives / integrades, identificant 8 punts clau: 1) l'atenció primària com a garant de continuïtat d'atenció; 2) plans elaborats de manera col·laborativa amb presa de decisions compartida; 3) gestió del cas per a les persones amb necessitats complexes; 4) respostes úniques o coordinades per part dels diferents serveis; 5) la importància de la transició assistencial i l'atenció intermèdia; 6) la promoció de les rutes assistencials; 7) suport informàtic per donar ajuda i una continuïtat; i 8) la capacitació dels professionals.

## 1.2 Població tributària d'aquest pla

Si bé potencialment tota la població es pot beneficiar d'una aproximació integral i integrada, aquest pla s'ha enfocat a aquella població que més requereixen d'aquesta aproximació: es tracta de **persones grans i/o amb malalties cròniques** (especialment quan hi ha una situació de multimorbiditat). D'entre aquestes, són la població amb **fragilitat, cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)** aquelles que més se'n beneficiaran (figura 1).



Figura 1: Població en què es focalitza aquest document.



També hi ha alguns **àmbits** amb alta prevalença d'aquest perfil de població (per exemple, en les residències de gent gran) o **programes** orientats a l'atenció a aquest sector (per exemple, el programa ATDOM o el PADES), que són especialment tributaris d'aquest enfocament.

## **1.3 Objectius d'aquest pla**

### **1.3.1 Objectiu principal**

Oferir una **resposta de qualitat i resolutiva** a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA), tot **prioritzant la seva atenció en l'entorn comunitari/domiciliari**.

### **1.3.2 Objectius secundaris** (dos elements clau per assolir l'objectiu principal):

- A) **Planificar i individualitzar l'atenció, consensuar els objectius assistencials i la resposta en cas de crisi**, d'acord amb la situació global de la persona, les seves preferències i la capacitat de resposta de l'entorn.
- B) **Efectuar una planificació territorial** per garantir una resposta eficient i efectiva a les necessitats d'aquestes persones, afavorint que siguin ateses de la forma més adequada, al moment adequat i al lloc més adequat (*"right care, right time & right place"*).

## 2. Pla d'actuacions 2024: elements clau

Aquest pla inclou **dos àmbits d'actuació prioritaris**: 2.1) Elements clau per a la individualització de les intervencions, especialment orientat als professionals; i 2.2) Elements clau per planificar la resposta territorial, especialment orientat als gestors/planificadors. També incorpora alguns **elements facilitadors transversals**, com són la formació, els sistemes d'informació i la incentivació.

### 2.1 Elements clau per a la individualització de les intervencions

D'acord amb el [model d'atenció per a persones fràgils, amb cronicitat complexa \(PCC\) o avançada \(MACA\)](#) (figura 1) es defineixen les prioritats següents, accions i cronograma:

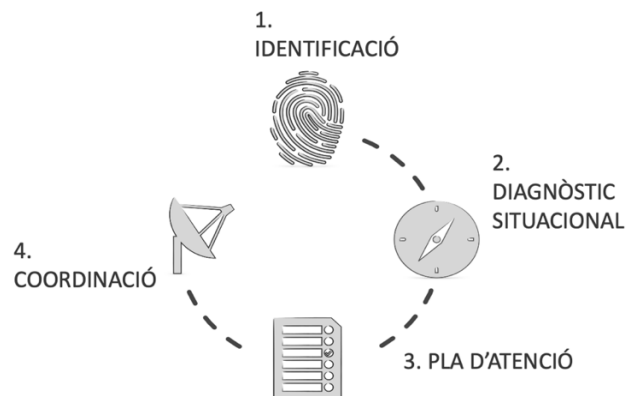


Figura 1: Model d'atenció en quatre etapes a les persones fràgils, PCC i MACA

Per avançar en el desplegament d'aquest model d'atenció, s'han definit **tres prioritats**:

- **INCREMENTAR LA IDENTIFICACIÓ** de les persones fràgils, PCC o MACA
- Promoure la realització d'una **VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL** i un **PLA INDIVIDUALITZAT** d'aquestes persones
- Promoure la **PREVENCIÓ** de les **CRISIS** i la **PLANIFICACIÓ** de la **RESPOSTA**

Per cada una d'elles s'han definit **objectius** (indicador traçador) i les respectives **accions** -que impliquen tant el Departament de Salut/Serveis centrals del Catsalut (**DS/CSLT**), com les Regions Sanitàries (**RS**), com als Proveïdors i els seus Equips de professionals (**PE**):

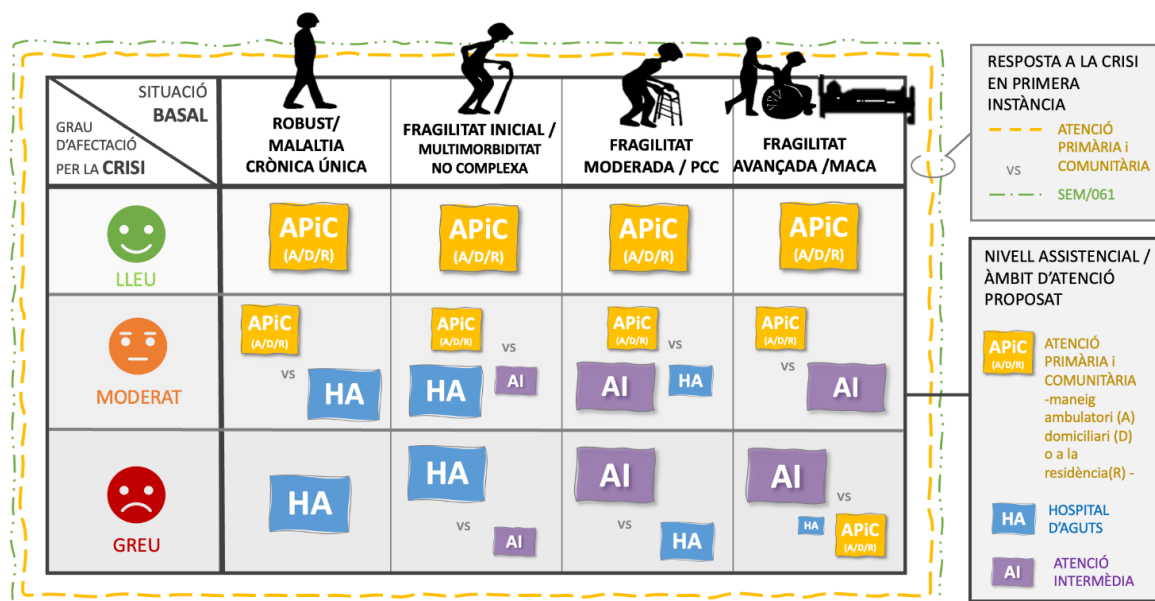
PRIORITATS	INDICADOR TRAÇADOR		ACCIONS PER ASSOLIR L'OBJECTIU	COMENTARIS	RESPONSABLE/S	CRONOGRAMA 2024			
	SITUACIÓ	OBJECTIU				1T	2T	3T	4T
	31/12/2023	31/12/2024							
<b>1</b> <b>INCREMEN-</b> <b>TAR LA</b> <b>IDENTIFICA-</b> <b>CIÓ</b> de les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	La <b>prevalença</b> mitjana de persones com a <b>PCC</b> i <b>MACA</b> a Catalunya el desembre de 2023 és d'un <b>2,35%</b> i <b>0,17%</b> respectivament, amb una <b>prevalença agregada del 2,52%</b> . Existeix una variabilitat significativa entre les diferents AGA.	L'assoliment de l'objectiu implica que al desembre de 2024 a <b>Catalunya</b> hi hagi una <b>prevalença agregada de PCC i MACA del 3%</b> .  Per <b>AGA</b> implica un <b>increment proporcional</b> de la prevalença agregada de PCC i MACA, d'acord amb el percentil de partida respecte el total de Catalunya: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>P&gt;75:</b> <b>manteniment</b> de la situació actual</li> <li>▪ <b>P50-75:</b> <b>Increment del 5%</b> de persones identificades</li> <li>▪ <b>P25-50:</b></li> </ul>	1.1) Operativitzar el rol dels <b>sistemes d'informació</b> com a <b>ajuda als professionals</b> de l'atenció primària i <b>suggeriment d'identificació</b> d'aquelles persones amb més probabilitat de criteris PCC o MACA	S'ha desenvolupat un <b>algoritme</b> amb alta capacitat predictiva (97% d'encert), per proposar als professionals de l'APiC les deu persones amb més probabilitat de ser identificades com a PCC o MACA de la població assignada a cada professional. Aquest suggeriment <b>apareix a la pantalla d'inici</b> de l'HES del personal mèdic i d'infermeria (que evidentment sempre tenen la darrera paraula en la identificació).	Desenvolupament tecnològic: DS/CSLT				
			1.2) Promoure la <b>identificació</b> d'aquestes persones des de l' <b>atenció intermèdia</b> , amb aportacions de valor respecte al pla d'atenció	La promoció del treball col·laboratiu AP-atenció intermèdia (AIM) en la identificació i pla d'atenció, requereix de <b>dues fases</b> : I) <b>A curt termini</b> : valorar adjuntar un informe en PDF a l'alta (vegeu la taula 2 del <a href="#">document d'identificació suggerida</a> ) o fer constar el suggeriment a l'informe d'alta o en el PREALT. II) <b>A mitjà termini</b> : notificació electrònica mitjançant missatgeria IS3.	FASE I: Promoció: RS Utilització: PE				
			1.3) Promoure la <b>identificació suggerida</b> des de la resta de dispositius	Professionals d'altres àmbits del sistema de salut (hospital d'aguts, urgències, SEM...) poden <b>suggerir la identificació</b> als equips d'APiC (que sempre tenen la darrera paraula), d'acord amb una notificació que apareixeria a la pantalla d'inici de l'HES.(*) <i>Actualment pendent de desenvolupament tecnològic, excepte per aquells dispositius que utilitzin l'ECAP</i>	FASE II: Desenvolupament tecnològic: DS/CSLT				
			1.4) <b>Unificar</b> les <b>codificacions pal·liatives</b> MACA i V66.7 / Z51.5	Això requereix desplegar una proposta consensuada al <a href="#">document específic</a> , incorporant aquest suggeriment a la pantalla d'inici de l'HES.	Desenvolupament tecnològic: DS/CSLT				

PRIORITATS	INDICADOR TRAÇADOR		ACCIONS PER ASSOLIR L'OBJECTIU	COMENTARIS	RESPONSABLE/S	CRONOGRAMA 2024				
	SITUACIÓ	OBJECTIU				1T	2T	3T	4T	
	31/12/2023	31/12/2024								
		<p><b>Increment del 10%</b> de persones identificades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>P&lt;25: Increment del 20%</b> de persones identificades</li> </ul> <p><i>Font de dades: SISAP-UGIS</i></p>	<p>1.5) Incorporar altres propostes relacionades amb la <b>identificació de població fràgil</b> com a grup candidat al model d'atenció individualitzat (<i>codificació de fragilitat -R54-...</i>)</p>	<p>Es du a terme un <b>treball de consens</b> entre les diferents iniciatives que hi ha a Catalunya sobre la detecció de població fràgil, d'acord amb les dades dels sistemes d'informació, amb l'objectiu de valorar la seva incorporació com a eina d'ajuda als professionals. (*) <i>Properament es publicarà també un document de consens sobre la identificació i atenció a les persones grans fràgils.</i></p>	<p>Procés de consens i desenvolupament tecnològic: DS/CSLT</p>					
<p><b>2</b></p> <p>Promoure la realització d'una <b>VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL</b> i un <b>PLA INDIVIDUALITZAT</b> d'aquestes persones</p>	<p>El percentatge de persones identificades com a PCC i/o MACA que tenen <b>recomanacions en cas de crisi actualitzades al PIIC</b> és del <b>82%</b> (PCC) i del <b>87%</b> (MACA).</p>	<p>L'assoliment de l'objectiu implica que al desembre de 2024, a l'<b>AGA</b> el <b>percentatge de persones</b> identificades com a <b>PCC i/o MACA amb PIIC actualitzat*</b> i amb <b>recomanacions en cas de crisi</b>, respecte el total de persones identificades, sigui <b>superior al 90%</b>.</p>	<p>2.1 Facilitant la <b>valoració / diagnòstic situacional</b> utilitzant, de forma seqüencial a criteri professional</p>	<p>A) Sistema de <b>valoració multidimensional ràpida</b> (VIG-express i IF-VIG)</p>	<p>Actualment <b>l'índex fràgil-VIG (IF-VIG)</b> ja està incorporat a l'ECAP/visor de cronicitat de l'HES.</p> <p>El <b>qüestionari VIG-express</b>, que està vinculat a l'IF-VIG, s'ha d'incorporar a aquesta pantalla el primer trimestre de l'any 2024 com a eina de valoració multidimensional ràpida.</p>	<p>Promoció: DS/CSLT RS</p> <p>Utilització: PE</p>				
			<p>2.2 Facilitant el consens d'un <b>pla individualitzat</b>, tenint en compte:</p>	<p>A) <b>Consens dels objectius globals</b> amb la persona</p>	<p>... d'acord amb el diagnòstic situacional i les seves preferències i valors, mitjançant un procés de <b>presa de decisions anticipades (PDA)</b>. Si bé actualment hi ha disponible el document conceptual del <b>model català de planificació de decisions anticipades</b>, al llarg d'aquest any se n'ha de desenvolupar (FASE 1) i implementar (FASE 2) una versió simplificada.</p>		<p>FASE I: Consens i desenvolupament tecnològic: DS/CSLT</p> <p>FASE II: Promoció: RS Utilització: PE</p>			
			<p>*PIIC actualitzat es refereix a persones amb condició PCC que tenen omplerts els diferents camps PIIC a eCAP i que s'ha elaborat o</p>			<p>B) L'adequació del <b>tractament farmacològic</b></p>	<p>D'acord amb el <b>model de prescripció centrada en la persona (PCP)</b> ja publicat</p>	<p>Promoció: RS Utilització: PE</p>		

PRIORITATS	INDICADOR TRAÇADOR		ACCIONS PER ASSOLIR L'OBJECTIU	COMENTARIS	RESPONSABLE/S	CRONOGRAMA 2024			
	SITUACIÓ	OBJECTIU				1T	2T	3T	4T
	31/12/2023	31/12/2024							
	<p>actualitzat en els últims 12 mesos l'apartat "Recomanacions en cas de crisi" o en persones en cas de condició de MACA que s'ha elaborat o actualitzat en els últims 12 mesos l'apartat "Recomanacions en cas de crisi" i l'apartat "Pla Decisions Anticipades"</p> <p><i>**En aquests moments s'està revisant sintaxi indicador, que es mantindria durant temps previ a evolució vers un nou model PIIC 3.0, en el que es definiria una nova sintaxis pel seu càlcul</i></p>		C) Les accions destinades a l'empoderament de persona / cuidadors	Promovent accions específiques, potenciar programes com els <a href="#">programes Pacient i Cuidador expert</a> , com el PCECat-PCC... <i>S'efectua també un mapatge d'experiències orientades a l'empoderament comunitari</i>	Promoció: DS/CSLT RS				
			D) La incorporació de PROM i PREM al pla d'atenció	La incorporació de resultats que importen a les persones (PROM i PREM), desenvolupant: I) La inclusió dels PCC/MACA a la llista de persones tributàries als <a href="#">qüestionaris PROM</a> II) Un sistema de valoració ràpida de l'experiència d'atenció de les persones (PREM)	Consens i desenvolupament: DS/CSLT Promoció: RS Utilització: PE	I II	II	II	
			E) La promoció d'un PIIC més senzill i àgil	S'ha consensuat un document de <b>Recomanacions per a la confecció del nou Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) 3.0</b> , que s'ha de publicar properament. <i>Al llarg de l'any 2024 es treballarà per incorporar aquesta nova versió als sistemes d'informació</i>	Desenvolupament tecnològic: DS/CSLT Promoció: RS Utilització: PE				
			2.3 Afavorir que els professionals disposin del temps i espai per fer aquesta valoració/pla	Utilitzant els <b>espais/tram "proactivitat"</b> dels equips d'AP per poder dur a terme aquestes tasques. La nova <a href="#">cartera de serveis de l'APiC</a> incorpora aquest procés d'atenció (PIIC...)	Promoció: RS Utilització: PE				
	Font de dades: SISAP-UGIS								
3	Promoure la <b>PREVENCIÓ</b> de les <b>CRISIS</b> i la <b>PLANIFICACIÓ</b> de la <b>RESPOSTA</b>	<b>La taxa d'hospitalització urgent a hospital d'aguts en població</b>	L'assoliment de l'objectiu implica que al desembre de 2024 a Catalunya hi hagi una <b>disminució d'un 2% de les hospitalitzacions urgents als hospitals d'aguts</b> de persones identificades com a PCC/MACA.	3.1 Prevenir les crisis, amb <b>accions proactives</b> per part dels equips	Incloure aquestes persones (fràgils, PCC i MACA) al nou <a href="#">Planifi.cat</a> del nou HES, per a la planificació proactiva de la seva atenció.	Promoció: RS Utilització: PE			
				3.2 <b>Planificar la resposta en cas de crisi</b> , consensuar el nivell assistencial (equip i lloc més adequat segons les necessitats de la persona)*	Pot ser d'utilitat de <b>consensuar els objectius</b> entre la persona, la seva família i els professionals, segons el <b>nivell d'adequació de la intensitat terapèutica</b> , plantejat de forma no dicotòmica i oferint alternatives, tal com es pot visualitzar a la figura 2 i a l'annex 1.	Proposta territorial: RS/PE Proposta individualitzada: PE			

PRIORITATS	INDICADOR TRAÇADOR		ACCIONS PER ASSOLIR L'OBJECTIU	COMENTARIS	RESPONSABLE/S	CRONOGRAMA 2024			
	SITUACIÓ	OBJECTIU				1T	2T	3T	4T
	31/12/2023	31/12/2024							
	per cada 100 persones va ser de <b>42,4 (PCC)</b> i <b>68,8 (MACA)</b> l'any 2021*.	Per <b>AGA</b> implica una <b>disminució proporcional</b> al percentil (P) de partida, respecte el total de Catalunya**: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>P&gt;75: manteniment</b></li> <li>▪ <b>P50-75: disminució de l'1%</b></li> <li>▪ <b>P25-50: disminució del 3%</b></li> <li>▪ <b>P&lt;25: disminució del 5%</b></li> </ul>	3.3 Promoure que es <b>visualitzi l'identificador PCC/MACA</b> a l'entorn de treball dels professionals en l'àmbit hospitalari (especialment als <b>serveis d'urgències</b> )	Actualment, s'està fent un <b>mapatge</b> per identificar quins serveis d'urgències de Catalunya disposen d'un identificador proactiu vinculat a un programari propi.  <i>A partir d'aquesta informació, s'ha fer una proposta específica per promoure'n la inclusió</i>	Desenvolupament tecnològic: DS/CSLT PE Promoció: RS Utilització: PE				

\*Font de dades MUSCAT (darrera actualització de dades disponible del desembre de 2021). \*\*Actualment s'està pendent de càlcul d'aquest nou indicador a SISAP actualitzat a any en curs.



**Figura 2:** Proposta d'adequació del nivell assistencial d'acord amb la situació de la persona i grau d'afectació per la situació de crisi, que es va desenvolupar en el context de la COVID-19. Així per exemple, una persona amb cronicitat avançada (MACA) i/o situació de fragilitat molt avançada (per exemple IF-VIG 0,6) l'orientarien cap a una atenció en l'entorn comunitari o atenció intermèdia.

## 2.2 Elements clau per a l'articulació de la resposta territorial

Un aspecte fonamental d'aquest pla és el seu desplegament territorial efectiu. Les **tres prioritats** d'aquest apartat són les següents:

- Desplegar la **RUTA ASSISTENCIAL DE COMPLEXITAT 2.0 (PCC/MACA)** com a fil conductor de la vertebració territorial en l'atenció a aquestes persones
- Promoure **DINÀMIQUES TERRITORIALS INTEGRADES** entre les organitzacions/equips, així com una **RESPOSTA 7x24 INTEGRADA**
- Fomentar l'**AVALUACIÓ** i els **APRENENTATGES COMPARTITS**

Com en el punt 2.1, aquestes prioritats van acompanyades dels corresponents **objectius** (indicador traçador) i les respectives **accions**.

Un element clau del desplegament territorial és definir/consensuar quina és la **unitat bàsica territorial**: seria aquella que conté la major part de recursos necessaris per donar resposta a les necessitats d'aquestes persones: ABS, hospital d'aguts i d'intermèdia, equip d'hospitalització domiciliària, PADES... La unitat territorial que s'ajusta més a aquests requisits avui en dia és l'**àrea de gestió assistencial (AGA)**.

PRIORITATS	INDICADOR TRAÇADOR (Font de dades: SISAP)		ACCIONS PER ASSOLIR L'OBJECTIU	COMENTARIS	RESPONSABLE/S	CRONOGRAMA 2024				
	SITUACIÓ Des 2023	OBJECTIU Des 2024				1T	2T	3T	4T	
	<b>4</b> Desplegar la <a href="#">RUTA ASSISTENCIAL DE COMPLEXITAT 2.0 (PCC/MACA)</a> com a fil conductor de la vertebració territorial en l'atenció a aquestes persones	El <b>52%</b> dels territoris estan en procés de desplegament de la <b>ruta de complexitat 2.0</b> .  <i>Font de dades: RAISS</i>				L'assoliment de l'objectiu implica que al desembre de 2024, l' <b>AGA</b> hagi:  <b>A) Constituïda la governança</b>  <b>B) Realitzat l'auto-diagnòstic / checklist</b> , amb un grau mínim d'assoliment parcial en almenys 8 elements clau dels 24 de la llista. Un d'ells ha de ser la resposta 7x24.  <b>C) Consensuat el pla de desplegament.</b>  <i>Font de dades: RAISS</i>	<b>4.1 Identificar els lideratges territorials i crear les governances territorials.</b>	Amb el <b>lideratge de CatSalut territorial</b> , amb el suport dels referents d'atenció integrada social i sanitària (RAISS).  <i>Les governances territorials es proposa que siguin senzilles i operatives, idealment unificades en el context d'altres espais de governança orientats al mateix perill poblacional. Al document de la ruta, se'n fa una proposta.</i>	Promoció: RS Implicats: RS/PE	
<b>4.2 Fer un auto-diagnòstic territorial i identificació dels gaps</b>			<b>A) Mapatge territorial dels recursos</b> dels diferents àmbits que potencialment puguin necessitar aquestes persones:	Per exemple: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos de l'APiC</li> <li>▪ Recursos d'urgències (SEM, CUAPS, serveis d'urgències hospitalaris...)</li> <li>▪ Recursos d'hospitalització d'aguts</li> <li>▪ Recursos alternatius a l'hospitalització d'aguts: hospitalització d'at. intermèdia, h. domiciliària, PADES, hospitals de dia, equips de suport integral a la complexitat (ESIC),...</li> <li>▪ Recursos residencials</li> <li>▪ Altres recursos (teleassistència, serveis d'atenció domiciliària -SAD-, etc.)</li> </ul>	Promoció: RS Implicats: RS/PE					
			<b>B) Diagnòstic dels elements clau</b> per a les dinàmiques territorials	D'acord amb la <a href="#">llista d'avaluació de la ruta de complexitat / calculadora d'autodiagnòstic</a> <i>(A l'annex 1 es pot visualitzar una captura de pantalla d'aquesta calculadora)</i> Aquesta calculadora permet identificar tant els elements clau i les mancances, com calcular el grau de maduresa i ajudar a definir el pla funcional.	Promoció: RS Implicats: RS/PE					
<b>4.3 Consensuar-ne un pla de desplegament</b>			Com a eina facilitadora per elaborar i desplegar el pla, pot ser d'utilitat fer servir el <a href="#">gestor de projectes Excel</a> desenvolupat en el context de la ruta.	Promoció: RS Implicats: RS/PE						



Promoure **DINÀMIQUES TERRITORIALS INTEGRADES** entre les organitzacions /equips, així com una **RESPOSTA 7X24 INTEGRADA**

L'any 2023, la proporció d'**ingressos a subaguts** dels hospitals d'**atenció intermèdia** (AIM) que provenien directament de l'**àmbit comunitari** (domicili o RGG) va ser del **9,72%**.

*Font de dades: MUSSCAT*

D'acord amb la proposta treballada en context de les CPR, l'assoliment d'aquest l'objectiu implica que, a l'**AGA**, al desembre de 2024, els **ingressos a Subaguts i a UCP procedents d'APiC, domicili o RGG** signifiquin **> 15%** del total dels ingressos.

*Font de dades: SISAP-UGIS*

5.1) Promoure les **pràctiques col·laboratives entre àmbits assistencials**, per tal de millorar la gestió dels fluxos

Consensuar tant els criteris de derivació entre dispositius, com l'accés entre dispositius (horaris, referents, sistema de contacte...)

Un exemple paradigmàtic de pràctiques col·laboratives entre àmbits assistencials és el [Protocol de derivació directa des de l'atenció primària i comunitària a les unitats de subaguts](#) (annex 3)

Promoció:  
RS

Implicats:  
RS/PE

Actualment s'està treballant per disposar de la taxa de reingressos a 30 dies per persones PCC i MACA AL SISAP. Mentrestant s'utilitza l'indicador IRRC-20 MUSCAT de **taxa de reingressos a 30 dies per un conjunt de malalties cròniques**, amb valor de **9,5%** l'any 2022.

*Font de dades: MUSSCAT*

L'assoliment de l'objectiu implica que al desembre de 2024, a l'**AGA** es constati **una disminució proporcional** al percentil(P) de partida **de taxes de reingrés a 30 dies per a població PCC i MACA\***:

- **P>75: manteniment**
- **P50-75: disminució del 0.5%**
- **P25-50: disminució de l'1%**
- **P<25: disminució del 2%**

*\*Font de dades: SISAP-UGIS (informació no disponible encara a gener de 2024; s'està treballant per poder disposar aquesta informació retrospectivament i prospectivament)*

5.2) Desplegar accions específiques per **garantir unes transicions segures** entre àmbits assistencials

Hi ha diferents maneres de promoure unes transicions més segures:

- Promovent la utilització del PREALT *(actualment s'està treballant en una nova versió)*
- Promovent dinàmiques de gestió de cas
- ...

Promoció:  
RS

Implicats:  
RS/PE

		El <b>pla de desplegament</b> de la ruta ha d'incorporar necessàriament una proposta de <b>resposta territorial 7x24</b> (veure apartat B i C de la prioritat 4)	5.3) Concretar la <b>resposta 7x24 a escala territorial</b>	A) Definir el <b>rol</b> de tots els actors	Això implica: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rol dels equips d'APiC</li> <li>▪ Rols de la resta de dispositius d'atenció urgent del territori</li> <li>▪ Rol del 061, incloent-hi la <a href="#">taula de fragilitat</a>.</li> <li>▪ Altres dispositius: teleassistència o telèfon vermell, equips d'intervenció ràpida...</li> </ul>	Promoció: RS Implicats: RS/PE				
		<i>Font de dades: RAISS</i>		B) Adaptar els <b>serveis d'urgències hospitalaris</b>	En el marc del <a href="#">PLANUC</a> , i de la mà del grup GeriUrg de la SoCMUE, actualment s'està treballant per redefinir/adaptar la resposta a aquestes persones als serveis d'urgències dels hospitals d'aguts.	DS/CSLT				
6	Fomentar l' <b>AVALUACIÓ</b> i els <b>APRENENTATGES COMPARTITS</b>	Es realitzarà una <b>avaluació per AGA semestralment</b> , d'acord amb els indicadors del quadre de comandament.	6.1) Fer una <b>avaluació territorial</b> , com a punt de partida de l'aprenentatge territorial i, si s'escau, redireccionament.	En el context de la ruta, es van consensuar <b>vint indicadors</b> que s'utilitzen com a quadre de comandament d'aquest pla (veure Annex 4). <i>Actualment s'està treballant per tal que molt aviat els diferents territoris, organitzacions i equips tinguin accés a poder visualitzar aquests resultats en temps real.</i>		DS/CSLT				
				6.2) Identificar bones pràctiques i <b>promoure els aprenentatges compartits</b> entre territoris.	L'objectiu és generar dinàmiques interterritorials de compartició de bones pràctiques. <i>Amb aquest objectiu, s'organitzarà una jornada anual.</i>	DS/CSLT				
		<i>Font de dades: SISAP-UGIS / RAISS</i>								

## 2.3 Elements facilitadors transversals

### 2.3.1 Formació

Amb l'objectiu d'acompanyar els professionals en aquest procés, conjuntament amb la Unió Catalana de Formació (UCF) s'ha dissenyat un curs pràctic, innovador i massiu (MOOC), que consta de dues fases:

- **Formació a través del mòbil (plataforma Snackson)**, amb una durada màxima de tres hores i amb un enfocament prioritàriament divulgatiu orientat a explicar el "perquè" del pla i les bases del model d'atenció (figura 3).

*Aquest curs s'inicia a mitjans del mes de desembre de 2023.*



*Figura 3: Captures de pantalla del curs en la plataforma Snackson*

- **Curs en línia (15 hores)**, que aprofundeix en el model d'atenció i les eines facilitadores. Es desenvolupa en un entorn digital i de ludificació, on a partir de casos concrets es promou l'aprenentatge basat en problemes.

### 2.3.2 Visor de cronicitat

Més enllà dels aspectes relacionats amb l'avaluació -comentats prèviament-, els sistemes d'informació tenen un paper cabdal en el dia a dia assistencial dels professionals.

Per aquest motiu s'ha desenvolupat l'anomenat **visor de cronicitat** de l'HES, que ha de permetre que tots els professionals de tots els àmbits del sistema de salut puguin visualitzar tots els elements clau per a la individualització de

les intervencions (identificació, diagnòstic situacional/valoració multidimensional, pla d'atenció i coordinació de l'atenció).

Al llarg del mes de desembre s'ha de publicar el nou evolutiu d'aquest visor que, avui en dia, s'alimenta de l'ECAP i de l'HCCC (figura 4).

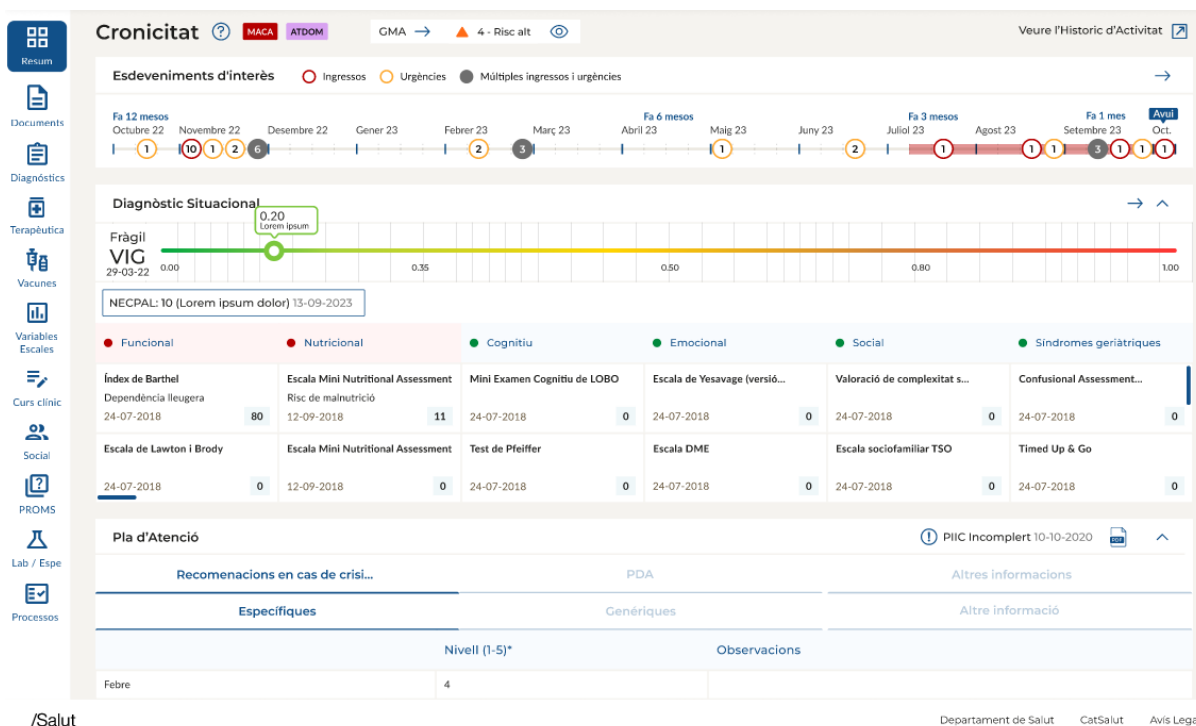


Figura 4. Captura de pantalla del nou visor de cronicitat de l'HES.

### 2.3.3 Incentivació

Els principals elements clau d'aquest Pla han estat incorporades a les **contraprestacions per resultats (CPR)** de l'any **2024**:

ÀMBIT	NOM DE L'OBJECTIU	DEFINICIÓ DE L'INDICADOR
ATENCIÓ PRIMÀRIA	RS_ESIAP0602	Promoure i potenciar la <b>identificació dels pacients PCC/MACA a l'atenció primària</b> , i alhora, la realització del <b>PIIC de qualitat</b> en aquesta població.
	RS_AP25	Augmentar la prevalença esperada de persones en situació de complexitat que viuen en <b>àmbit residencial</b> , amb <b>PIIC</b> (Pla Individual Intervenció compartit), elaborat/actualitzat en últims 12 mesos
		Taxa de PCC i MACA amb PIIC amb registre de recomanacions en cas de crisi (per cada 1000 persones de població assignada)
		Percentatge de persones amb etiqueta PCC i/o MACA que viuen en una residència geriàtrica i que disposen de PIIC amb registre de recomanacions en cas de crisi, respecte el total de persones de la residència, en els darrers 12 mesos.

ÀMBIT	NOM DE L'OBJECTIU		DEFINICIÓ DE L'INDICADOR
	GFM01-AP	Augmentar la <b>qualitat</b> en la <b>prescripció farmacèutica</b>	Assolir un determinat valor mínim de l'índex de qualitat en la prescripció farmacèutica (IQF).
<b>ATENCIÓ INTERMÈDIA</b>	SUBAG02	Percentatge ingressos origen AP, domi, resi, sigui superior	Percentatge d'ingressos d'origen domicili, residència de gent gran o de l'APiC sobre el total dels ingressos sigui >15%
	SUBAG07	Implementar el cas d'ús IS3 per derivació des d'AP a subaguts	Implementar el cas d'ús IS3 per a derivació des d'AP a subaguts
	CPSS03	Percentatge ingressos origen AP, domi, resi sigui superior	Percentatge d'ingressos d'origen domicili, residència de gent gran o de l'APiC sobre el total dels ingressos sigui >15%
	CVSS05	Percentatge ingressos origen AP, domi, resi sigui superior	Percentatge d'ingressos d'origen domicili, residència de gent gran o de l'APiC sobre el total dels ingressos sigui >12%
	MEPSS07	Percentatge ingressos origen AP, domi, resi sigui superior	Percentatge d'ingressos d'origen domicili, residència de gent gran o de l'APiC sobre el total dels ingressos sigui >20%
<b>TRANSVER-SALS</b>	DEAI01-T	Millorar l'atenció sanitària integrada en l'àmbit territorial en aquells grups poblacionals amb major multimorbiditat i complexitat, identificats com a persones <b>PCC o MACA</b> : Millorar la <b>governança</b> territorial i l'actualització de la <b>ruta territorial</b> d'atenció a la complexitat.	Governança territorial i actualització de l'atenció a la complexitat.
	AMED-T04	Garantir un <b>ús segur dels medicaments i la revisió periòdica dels plans</b> de medicació dels pacients: Assolir un determinat valor mínim de l'índex de seguretat en l'ús de medicaments.	Índex de seguretat en l'ús de medicaments.
	GFM01-T19	Garantir la <b>qualitat de la prescripció farmacèutica</b> : Assolir un determinat valor mínim de l'índex de qualitat en la prescripció farmacèutica (IQF).	Índex de qualitat en la prescripció farmacèutica.

# 3. Annexos

## 3.1 Annex 1. Exemples publicats de planificació territorial de nivells assistencials i adequació de la intensitat assistencial

### REGIÓ METROPOLITANA SUD

[Espai web](#)

	Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV	Perfil V
Candidat a Transplantament					
Suport Vital avançat					
Ventilació mecànica invasiva					
Iniciar Depuració extrarrenal					
Fàrmacs vasopressors (1)					
Ventilació mecànica no invasiva					
Ingrés Medicina Intensiva					
Proves invasives (2)					
Canalització vies centrals					
Possibilitat trasllat a unitat aguts (3)					
Transfusions					
Transf simptomàtiques					
Proves no invasives (4)					
Tractament mèdic oral/sc/inhalador					
Proporcionar confort					
1. Noradrenalina i/o Dopamina a dosis alfa.					
2. Endoscòpies, broncoscòpies, punció biòpsia					
3. Si ingressat a Hospital Sociosanitari					
4. Radiologia simple / laboratori convencional.					

[Espai web](#)

SMI      Planta      Optimizar confort

Modelo de Asignación Diagnóstica y Terapéutica (MADiT)							
	Perfil I	Perfil II	Perfil III a	Perfil III b	Perfil IV a	Perfil IV b	Perfil V
	IF - VIG	< 0,2	0,2 - 0,36		0,4 - 0,56		> 0,56
Candidato a trasplante							
Fármacos vasopresores dosis alfa (1)							
Iniciar depuración extrarrenal							
Soporte vital Avanzado/ Ventilación mecánica							
Ingreso Medicina Intensiva							
Alimentación parenteral / enteral							
Pruebas invasivas (2)							
Canalización de vías centrales							
Possibilidad de traslado a Unidad de agudos (3)							
Ventilación mecánica no invasiva							
Transfusiones/ Medicación EV							
Pruebas no invasivas (4)							
Alimentación oral							
Transfusiones sintomáticas							
Tratamiento médico oral / SC / INH							
Cuidados de confort / Síntomas							
Nivel asistencial	Atención hospitalaria*	Atención hospitalaria*	Atención hospitalaria*	Atención intermedia**	Atención intermedia**	Atención intermedia**	Atención intermedia**
	Atención intermedia**	Atención intermedia**	Atención intermedia**	Atención intermedia**	Atención intermedia**	Atención intermedia**	Atención intermedia**
	Atención Comunitaria***	Atención Comunitaria***	Atención Comunitaria***	Atención Comunitaria***	Atención Comunitaria***	Atención Comunitaria***	Atención Comunitaria***

Perfil a: Valoración sin enfermedad con criterios de severidad y/o con GDS < 5.  
 Perfil b: Valoración tiene GDS > 4 o enfermedad crónica avanzada (2 puntos), o 4 o más puntos en dominio funcional.  
 \* Unidades de Hospitalización Médica y Quirúrgica \*\* Unidad de Subagudos, Unidad de Cuidados Paliativos y Unidad de Recuperación Funcional. \*\*\* Centro de Atención Primaria, Residencia y Domicilio.  
 1. Noradrenalina Dopamina Dobutamina 2. Endoscopias, Broncoscopias, punción biopsia 3. Ingresos hospitalarios 4. Utilización de vía venosa / diagnóstico por imagen / laboratorio convencional / Radioterapia paliativa

## 3.2 Annex 2. Llista d'avaluació de la ruta de complexitat (calculadora d'autodiagnòstic)

Es pot descarregar l'Excel [aquí](#).

### Calculadora d'autodiagnòstic territorial per al desplegament de la ruta

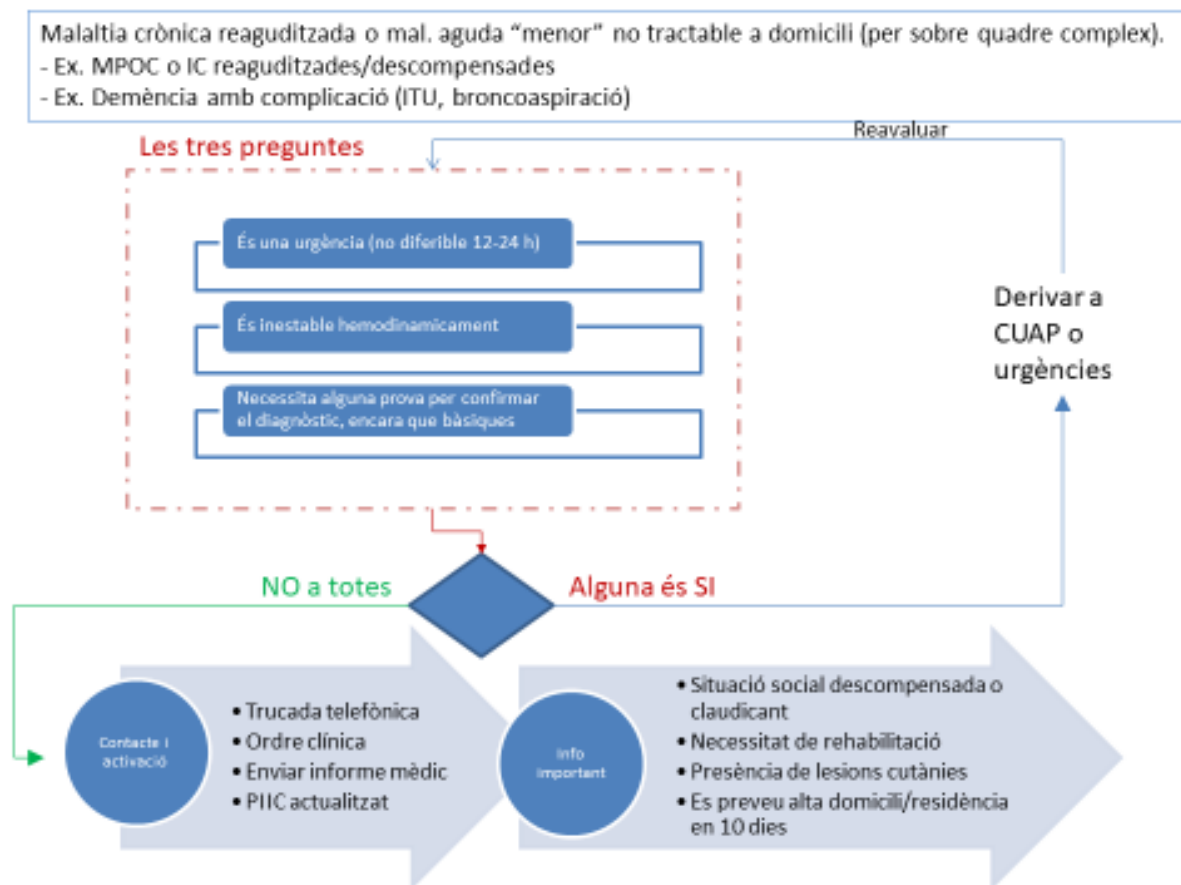
Per a cada indicador, identificar i anotar (fent doble "click" sobre la casella component) la situació actual (1-3), la dificultat per assolir-lo (1-3), així com la prioritat (1-3) que el territori dona a l'indicador

MADURESA PROMIG  
2,00

#	Indicador de maduresa	Indicador Trapador	Situació. (1) En absolut; (2) Parcialment; (3) Completament	Dificultat per a assolir-ho. (1) Baixa; (2) Mitjana; (3) Alta.	Prioritat de l'indicador. (1) Baixa; (2) Mitjana; (3) Alta	Maduresa en l'indicador	GAP
1	S'ha definit i determinat clarament la persona que té el rol de responsable del procés d'elaboració i implantació de la Ruta Assistencial (RA)	<b>líder a nivell de gestió i el líder clínic o</b> Determinació i concreció dels lideratges	●	●	---	■	■
2	S'estan realitzant accions per promoure la identificació territorial de les persones amb complexitat complexa (PCC) o avançada (MACA) per aproximar-los a la prevalença estimada i esperada	Prevalença PCC / MACA disponible i actualitzable mensualment	●	●	---	■	■
3	Existeix registre condició de PCC / MACA a Història Electrònica de Salut (HES) en totes les entitats proveïdores del territori	Disponibilitat del registre PCC / MACA visible en totes les entitats proveïdores del territori	●	●	---	■	■
4	Existeix <b>traspasabilitat</b> en tot el sistema local d'atenció d'aquest registre (com seria visualització d'aquestes condicions en sistemes d'informació d'hospital d'aguts, atenció intermèdia i salut mental)	Disponibilitat del registre PCC / MACA visible en totes les entitats proveïdores del territori	●	●	---	■	■
5	Està organitzat i operatiu un <b>circuit d'identificació suggerida</b> des d'atenció especialitzada hospitalària	Existència circuit operatiu	●	●	---	■	■
6	S'ha consensuat un <b>procés efectiu per aplicar el model d'atenció individualitzat</b> a la major part de proveïdors (inlcou valoració multidimensional/diagnòstic situacional-elaboració pla d'atenció-publicació PFI C)	Proporció persones amb condició PCC / MACA amb pla d'atenció elaborat i actualitzat en els últims 12 mesos > 85-90%	●	●	---	■	■
7	Existeix una <b>planificació estructurada en el seguiment</b> de persones amb complexitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	Nombre mínim de visites/vises per cada PCC/MACA - Proporció de PCC/MACA que han tingut algun/a contacte els últims dotze mesos	●	●	---	■	■
8	Existeix una planificació d'espai temps per poder dur a terme una dinàmica de " <b>conferència de cas</b> " en la valoració conjunta, elaboració pla d'atenció per aquelles situacions de major complexitat	Memòria que documenti realització de 10 sessions de conferència de cas per any	●	●	---	■	■
9	Està organitzada la " <b>capacitat de resposta</b> " davant <b>situacions de crisi</b> mitjançant equips de resposta ràpida	Descripció específica model de resposta en document de RA	●	●	---	■	■
10	Està organitzada al territori la " <b>planificació a falta en les transicions</b> "	Disponibilitat i utilització PREAL.T electrònic (propers implementació) en tots els proveïdors territori (hospital aguts, atenció intermèdia)	●	●	---	■	■
11	Es disposa de <b>sistema electrònic transmiss PREAL.T i avis</b> ("warning") a equip de referència receptor	Disponibilitat i utilització PREAL.T electrònic (propers implementació) en tots els proveïdors territori (hospital aguts, atenció intermèdia)	●	●	---	■	■
12	S'ha establert un <b>circuit o assessoria ràpida</b> ("fast track") per atenció a persones amb complexitat complexa (PCC) o avançada (MACA) en situació de <b>crisi</b> o exacerbació <b>des d'horari convencional</b> (" <b>hors d'horari</b> " ) (nits, cap	Descripció específica model de resposta en document de RA	●	●	---	■	■
13	Totes les <b>persones</b> amb condició PCC / MACA disposen <b>informació</b> clara sobre <b>com actuar</b> en situació de <b>crisi</b>	Descripció específica model de resposta en document de RA	●	●	---	■	■
14	S'ha planificat a nivell territorial un <b>circuit de retorn d'informació des de les unitats d'atenció urgent</b> (atenció continuada, urgències hospitalàries, SEVE) i missatgeria i avís a equip referent a AP	Descripció específica circuit de retorn en document de RA territori	●	●	---	■	■
15	Existeixen espais de <b>comunicació i de treball conjunt</b> proactiu i de resposta amb <b>Serveis Socials</b> del territori quan hi ha situacions de complexitat social	Descripció específica circuit o espai treball conjunt i periodicitat establerta en document RA territori	●	●	---	■	■
16	Existeixen mecanismes per <b>promoure la planificació de decisions anticipades (PDA)</b> en els grups poblacionals clau	% de pacients PCC/MACA amb PDA	●	●	---	■	■
17	Els professionals del <b>SEM</b> i d'altres tenen <b>accés al PFI C</b> per facilitar la presa de decisions en situació de crisi coherents amb la situació i expectatives del pacient i família	Valoració qualitativa de la Penetració del PFI C a SEM	●	●	---	■	■
18	Existeix un <b>quadre de comandament bàsic</b> pel seguiment indicadors relacionats amb procés d'atenció a persones amb complexitat complexa o avançada (MACA) que abarquin les diferents dimensions de <b>Triple Aim</b> (conduïda en tot el territori i respecte a l'eficiència de recursos i excel·lència d'atenció)...	Disponibilitat QC mínim amb indicadors de les 3 dimensions Triple Aim	●	●	---	■	■
19	S'ha desenvolupat i realitzat un <b>programa divulgatiu/formatiu per als professionals</b> relacionat amb la Ruta Assistencial i elements claus procés d'atenció de persones amb complexitat complexa (PCC) o avançada (MACA)	Memòria activitat on consti aquest punt	●	●	---	■	■
20	S'ha establert <b>pla de comunicació Ruta Assistencial a les entitats proveïdores</b> i de revisió periòdica recollint aportacions sobre procés implementació de la Ruta Assistencial	Memòria activitat on consti aquest punt	●	●	---	■	■
21	S'han dut a terme <b>activitats de mesura experiència d'atenció</b> 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 QC RA completat territori	●	●	---	■	■
22	Hi ha un <b>pla per desenvolupar totes les funcionalitats TIC</b> disponibles a nivell territori: ES per missatgeria, accés a curs clínic per SEVE, utilització missatgeria per part atenció urgent (atenció continuada AP, urgències hospitalàries, SEVE) de retorn a l'AP, identificació suggerida,...	Descripció implantació funcionalitats TIC disponibles a nivell territorial	●	●	---	■	■
23	Existeix el <b>professional de referència</b> del pacient, comunicat de manera clara al pacient	% de pacients amb professional de referència, comunicat	●	●	---	■	■
24	Estan desplegades <b>iniciatives de Gestió de Cas</b> per donar respostes a les necessitats de persones PCC/MACA	% de pacients amb un Gestor de Cas	●	●	---	■	■
25	Existeixen <b>espais de treballa presencial entre professionals</b> per desenvolupar propostes col·laboratives	Descripció dels espais que existeixen	●	●	---	■	■
26	Existeixen <b> eines a l'Atenció Primària</b> per tal de poder donar una atenció resolutiva a domicili impulsant la <b>coordinació i comunicació entre serveis d'urgències i atenció primària</b>	Descripció de les eines o serveis	●	●	---	■	■
27	Existeixen <b> eines per afavorir l'atenció domiciliària</b> a persones PCC/MACA, facilitant per exemple, la mort en l'àmbit domiciliari si així ho desitja la persona	Descripció de les iniciatives	●	●	---	■	■
28	Existeixen <b> mecanismes</b> suficients de <b>coordinació</b> entre els <b> líders clínic</b> de la RA PCC/MACA i <b> gestors hospitalari</b> i at. Primària	Memòria amb els mecanismes de coordinació	●	●	---	■	■
29	Existeix un <b> pla funcional territorial</b> per al desplegament de la ruta de complexitat (PCC/MACA)	Disponibilitat d'un pla funcional territorial que expliçi el desplegament RA al territori	●	●	---	■	■

### 3.3 Annex 3. Esquema del Protocol de derivació directa des de l'atenció primària i comunitària a les unitats de subaguts

Durant el 2023 s'ha fomentat la creació, per a cada territori, de taules territorials bilaterals entre atenció primària i intermèdia (que podrien coincidir amb taules existents, com la de la ruta de complexitat 2.0) on treballar un protocol de derivació directa entre atenció primària i comunitària i unitats de subaguts. Per facilitar la feina als territoris on no hi havia aquesta coordinació, es va facilitar una guia per a la creació del protocol, que inclou un algorisme simplificat com el que es detalla a continuació.





### 3.4 Annex 4. Llistat d'indicadors del Pla d'actuacions/Ruta de Complexitat (PCC/MACA) 2.0

Indicadors de seguiment del quadre de comandament del Pla territorial d'actuacions 2024 per a la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)/ Ruta de Complexitat (PCC/MACA) 2.0. Aquests indicadors s'han ordenat d'acord amb criteris de prioritats, importància i factibilitat, segons la valoració dels professionals que van participar en el desenvolupament de la ruta.

NÚM.	INDICADORS DE SEGUIMENT	INDICADOR TRAÇADOR DEL PLA 2024	INCLÒS A CPR 2024
1	Prevalença de <b>persones identificades</b> com a <b>PCC</b> i com a <b>MACA</b> (respecte del total de la població)	X	X
2	<b>Taxa de freqüentació</b> a l' <b>atenció primària</b> (presencial, domicili, virtual) d'aquestes persones		
3	<b>Proporció de PCC i MACA amb PREALT</b> en què s'ha realitzat un <b>contacte</b> amb la persona <b>abans de 48-72 hores</b>		
4	<b>Proporció de persones</b> identificades com a PCC o MACA amb <b>valoració multidimensional</b> realitzada		
5	<b>Taxa d'ingressos</b> anual no programats en PCC i MACA	X	
6	<b>Proporció</b> de persones identificades com a PCC/MACA amb el <b>pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) de qualitat</b>	X	X (especialment en RGG)
7	<b>Taxa d'utilització urgències</b> (hospitals i/o atenció continuada d'AP) en PCC i MACA		
8	<b>Taxa de reingressos hospitalaris</b> (a aguts o a atenció intermèdia) <b>a 30 dies</b> en persones PCC i MACA	X	
9	<b>Proporció de persones</b> identificades com a PCC/MACA amb <b>PIIC realitzat</b>		
10	<b>Ràtio de persones suggerides per a la identificació</b> com a PCC o MACA respecte les <b>acceptades</b> per a la seva identificació (%) per part de l'APiC		
11	<b>Proporció</b> de persones PCC/MACA que <b>moren a urgències</b>		
12	<b>Mitjana de dies</b> que les PCC i MACA (càlcul per separat) <b>han estat a casa</b> en els <b>últims sis mesos</b> (concepte " <i>days spent at home</i> ")		
13	<b>Temps d'estada mitjana</b> de les persones PCC i MACA als hospitals d'aguts i d'intermèdia		
14	<b>Ràtio de persones amb MACA amb malaltia oncològica / persones amb MACA totals.</b>		
15	<b>Proporció</b> de persones identificades com a <b>MACA ateses pels equips de PADES</b>		
16	<b>Proporció de PCC i MACA</b> que han tingut <b>algun episodi PREALT</b>		

NÚM.	INDICADORS DE SEGUIMENT	INDICADOR TRAÇADOR DEL PLA 2024	INCLÒS A CPR 2024
17	Proposta canvi d'indicador per " <b>Proporció d'ingressos a unitats de Subaguts i cures paliatives</b> d'Atenció Intermitent, provinents <b>directament de l'àmbit comunitari</b> (AP/Domi/RGG) respecte el total d'ingressos en aquest àmbit.	X	X
18	<b>Proporció de PREALT amb activació PREALT 48 hores abans de l'alta</b> de persones identificades com a PCC/MACA		
19	<b>Temps d'estada a urgències</b> de persones identificades com a PCC o MACA que han fet un episodi d'estada a urgències		
20	Proporció de <b>persones identificades com a MACA</b> amb PDA i DVA		

+ Indicadors de procés de desplegament de la Ruta de Complexitat:			
21	<p>A) Constitució de la governança territorial de la ruta</p> <p>B) Realització de l'auto-diagnòstic / checklist, amb un grau mínim d'assoliment parcial en almenys 8 elements clau dels 24 de la llista. Un d'ells ha de ser la resposta 7x24.</p> <p>C) Consens del pla de desplegament</p>	X	X