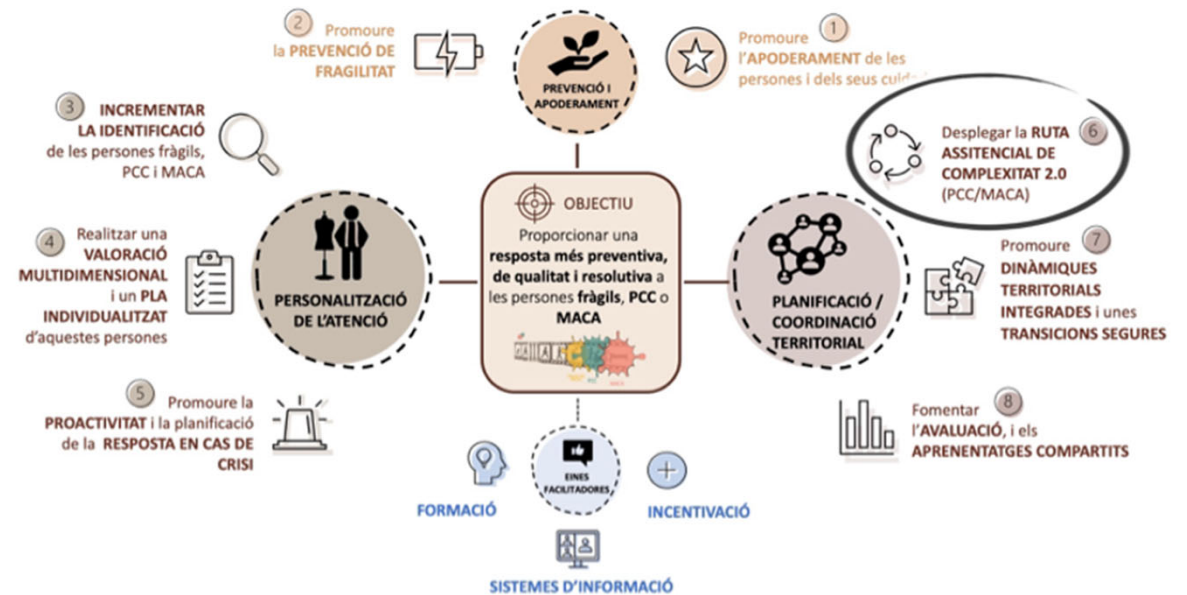


Ruta assistencial de complexitat 2.0

PCC / MACA 2025 – 2026

Barcelonès Nord i Baix Maresme

Abril - juny de 2026



Continguts de la presentació

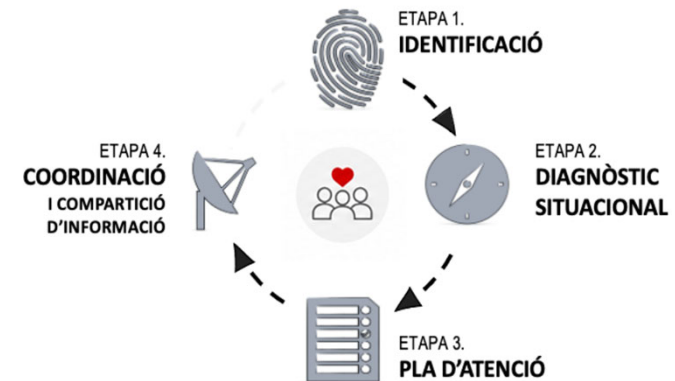
1. Ruta d'atenció a la complexitat
2. Perfils de Complexitat: Fràgil, PCC, MACA
3. Model d'Atenció
4. Seguiment en situació d'estabilitat
5. Situació de crisi i descompensació
6. Especificacions de la ruta per a persones identificades com a MACA
7. Gestió de les transicions

1

RUTA D'ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT

CONCEPTES I CONTEXT ACTUAL

- ❑ Model organitzatiu adreçat a l'atenció de persones amb **malalties cròniques i complexitat (PCC i MACA)**
- ❑ No és una acció puntual, sinó un **circuit estructurat i compartit** entre els diferents nivells assistencials
- ❑ Permet:
 - Identificar persones amb cronicitat i complexitat
 - Valorar les seves necessitats
 - Acompanyar-les al llarg del procés assistencial
- ❑ Enfocament:
 - **Proactiu** (anticipar-se als riscos)
 - **Integrat** (sanitari i social)
 - **Coordinat** entre professionals i nivells
 - **Centrat en la persona**

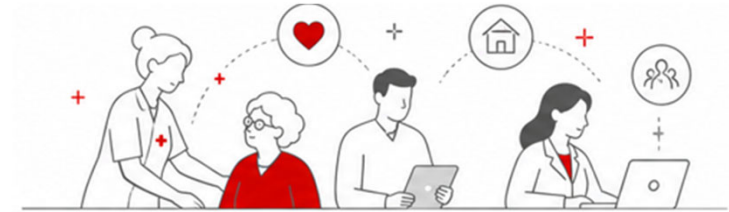


Evol demogràfica **envelliment de la població**
epidemiològica **malalties cròniques i multimorbiditat**
persones **necessitats assistencials complexes**



Major vulnerabilitat clínica,
Risc elevat de descompensacions,
Necessitats assistencials múltiples i canviants.

Per què cal un NOU MODEL D'ATENCIÓ?



Aquesta complexitat evidencia la necessitat d'una **atenció contínua, coordinada i centrada en la persona, adaptada a les necessitats** canviants de la cronicitat i la complexitat.

Model actual d'atenció

- Fragmentació de l'atenció
- Dificultats en la continuïtat assistencial
- Ús sovint reactiu dels recursos

Gestió de Cas

- **Proactiu**, que s'anticipi als riscos
- **Integrat**, que garanteixi la coordinació entre nivells
- **Centrat en la persona**, coherent i adaptat a necessitats i preferències
- Garantint la **continuïtat assistencial**
- Millorar resultats en salut i la qualitat de l'atenció

Punt Clau

- **Identificar a persones fràgils, PCC i MACA**, atenció consensuada, continuada i orientada a:
- Pactar i adequar les intervencions
- Prioritzar necessitats
- Adaptar la resposta assistencial



2

PERFILS DE COMPLEXITAT
FRÀGIL, PCC, MACA

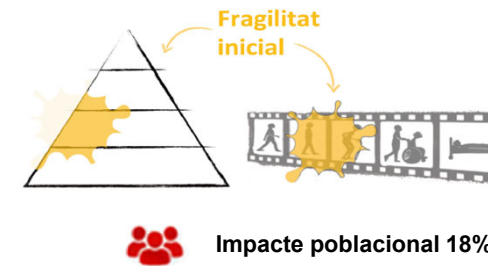
PERSONA FRÀGIL

Què és la Fragilitat?

Síndrome multidimensional i dinàmica caracteritzada per:
Disminució de la força i la resistència
Major vulnerabilitat davant estressors lleus

Causa

Deteriorament de reserva fisiològica i capacitat d'adaptació



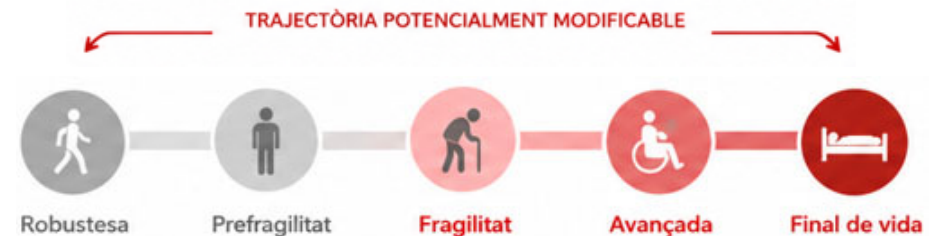
Impacte clínic i assistencial

- Major risc de complicacions, discapacitat i mortalitat
- Impacte directe en el pronòstic i pitjor resposta als tractaments
- Comporta més **costos al sistema sanitari** i família més **ingressos**, estades prolongades i necessitats de suport

Com s'ha d'entendre



Procés **dinàmic i potencialment modificable**.
S'expressa al llarg d'un contínuum
Trajectòria **no fixa**: depèn de la detecció precoç, les intervencions i els processos intercurrents



PACIENT CRÒNIC **COMPLEX (PCC)**



Pacient Crònic Complex

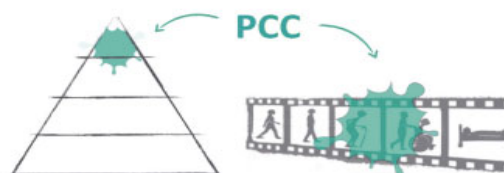
Persona amb **una o diverses malalties cròniques**, sovint de curs progressiu



- **Risc elevat de descompensacions**
- **Elevades necessitats assistencials**
- **Alt consum de recursos sanitaris**
- **Dificultat de resposta dels professionals**
- **Complexitat**

CRITERIS D'IDENTIFICACIÓ

- Multimorbiditat
- Descompensacions freqüents
- Polimedicació
- Ús elevat de recursos sanitaris
- Necessitats assistencials complexes + criteri clínic professional



Impacte poblacional
4%

DIMENSIONS DE LA COMPLEXITAT



Clínica:

Multimorbiditat, sd. geriàtriques, símptomes, descompensacions, alt consum de recursos



Social:

Entorn disfuncional, manca de suport o de recursos, dificultats en l'acceptació de la malaltia



Assistencial:

Intervenció de múltiples professionals i nivells, fragmentació de l'atenció i discrepàncies

PACIENT AMB MALALTIA CRÒNICA **AVANÇADA (MACA)**



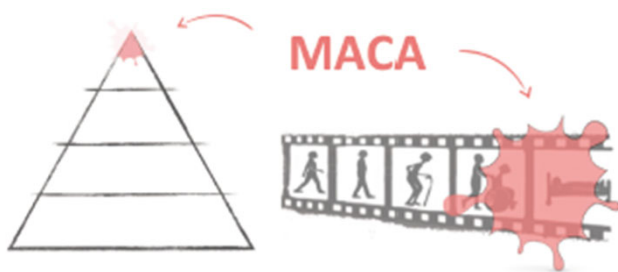
Pacient amb Malaltia Crònica Avançada (MACA)

Persona en situació de darrer període de vida (habitualment amb un pronòstic d'1–2 anys), amb **necessitats d'atenció pal·liativa i elevada complexitat clínica, emocional i assistencial**.



Aquesta situació requereix un abordatge integral, **orientat a la qualitat de vida i alineat amb els valors i preferències** de la persona.

Per què és important identificar a persones **MACA**?



Evolució / trajectòria

- **1a transició:** pronòstic de mesos o anys
- **2a transició:** pronòstic de dies o setmanes



Clau assistencial

- Identificació de valors i preferències
- **Planificació de decisions anticipades**
- Adequació de les intervencions (**menys agressives**)
- Abordatge **progressiu i no dicotòmic** del final de vida



Impacte clínic

- Millora de la qualitat de vida
- **Millor control simptomàtic i reduir patiment**
- Reducció de l'angoixa
- Possibilitat d'optimitzar la supervivència



Impacte poblacional

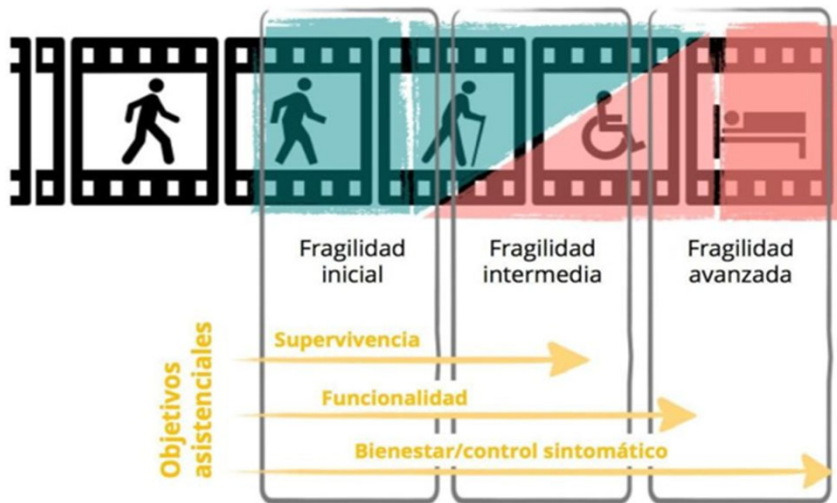
1%

RESUM DEL **MODEL D'ATENCIÓ** A LA COMPLEXITAT



MODEL TRANSVERSAL DE LA RUTA DE CROMPLEXITAT

Atenció integral i centrada en la persona, amb proactivitat, coordinació entre nivells i adequació de la intensitat assistencial segons la situació clínica i vital.



Persona Fràgil

Perfil amb vulnerabilitat clínica i funcional.
Detecció precoç de fragilitat
Prevenió de deteriorament
Promoció d'autonomia.



PCC (Pacient Crònic Complex)

Multimorbiditat, altes necessitats d'atenció.
Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC)
Coordinació activa entre nivells
Proactiva prevenió descompensacions i ingressos evitables.



MACA (Malaltia Crònica Avançada)

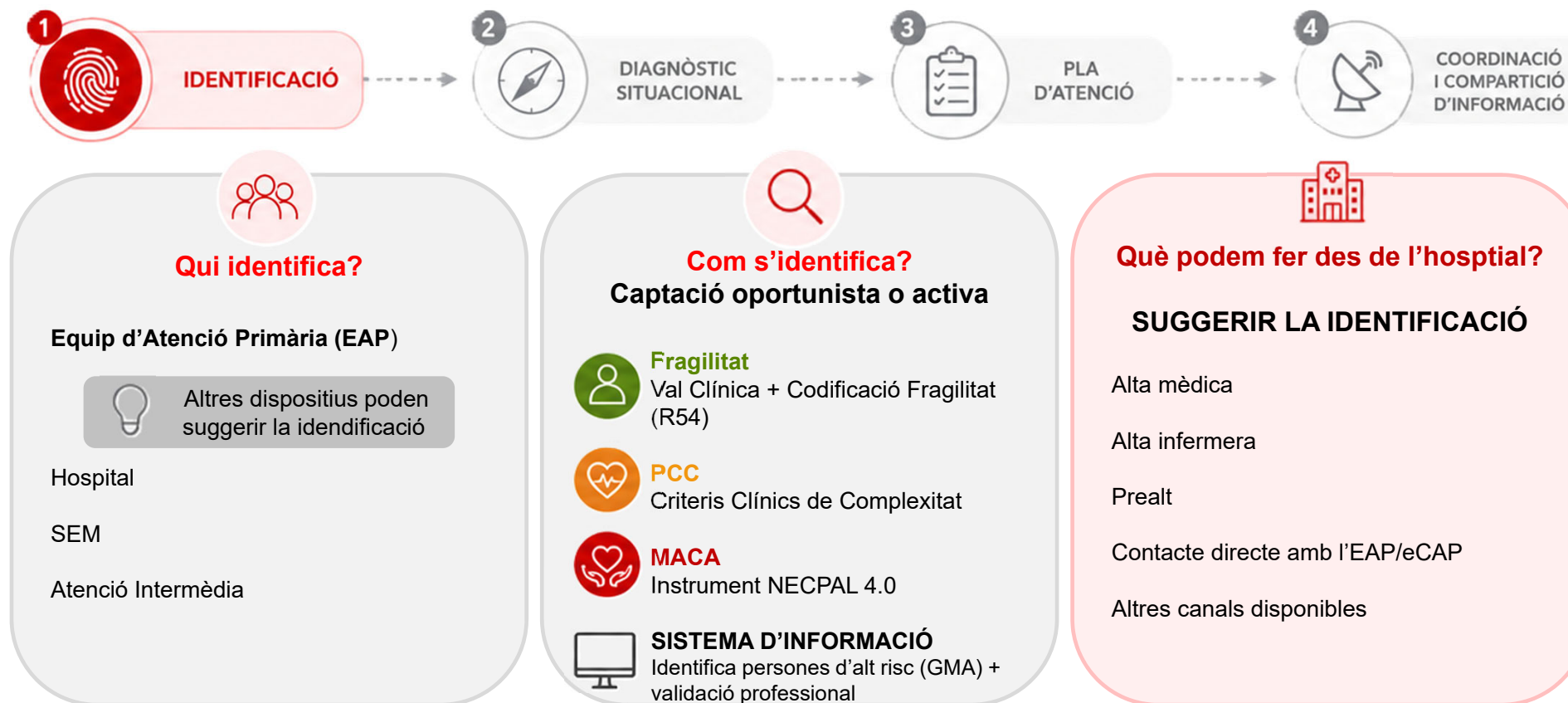
Malaltia avançada, pronòstic limitat i necessitats pal·liatives.
Planificació de decisions anticipades (PDA)
Evitació d'ingressos i intervencions no desitjades.
Coordinació i continuïtat assistencial
Atenció a la família i suport en final de vida.

3

MODEL D'ATENCIÓ

IDENTIFICACIÓ

ETAPA 1 DEL PROCÉS D'ATENCIÓ



DIAGNÒSTIC SITUACIONAL

ETAPA 2 DEL PROCÉS D'ATENCIÓ



Valoració Geriàtrica Integral (VGI) + Índex Fràgil-VIG

La **VGI** es la **valoració multidimensional** de la persona gran que analitza la situació clínica, funcional, mental i social. Aporta una visió **qualitativa** que permet entendre què li passa a la persona, com l'afecta i què necessita, per planificar una atenció individualitzada.

L'**índex Fràgil-VIG** permet **quantificar el grau de fragilitat**, situar la persona en la seva trajectòria evolutiva. Això facilita adequar la intensitat de les intervencions i orientar la presa de decisions clíniques

Àmbits d'avaluació de la VGI

Problemes clínics

Estat funcional

Nutricional

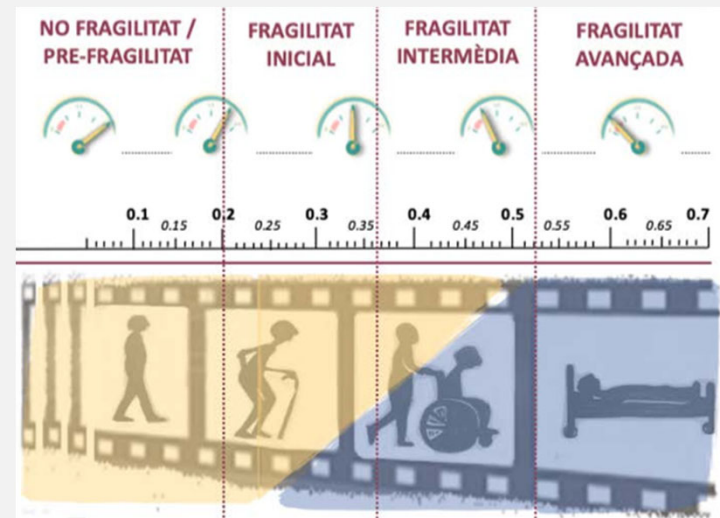
Estat mental

Àmbit social

Sd geriàtriques

Síntomes

Índex Fràgil VIG



PLA D'ATENCIÓ

ETAPA 3 DEL PROCÉS D'ATENCIÓ



- ✔ Realitzat el diagnòstic situacional, es defineix el pla d'atenció individualitzat, que tradueix la valoració en accions concretes i adaptades.
- ✔ Compartida amb el pacient i amb la família o cuidadors, afavorint el consens, la corresponsabilitat i una millor adherència al pla terapèutic
- ✔ Es basa en dos elements clau: la situació clínica, funcional, emocional i social de la persona i els seus valors, preferències i objectius de vida

Objectiu

Atenció individualitzada per cubrir les necessitats detectades i amb intervencions orientats als resultats que són importants per a les persones



SUPERVIVÈNCIA

Prioritza l'augment del temps de vida



FUNCIONALITAT

Mantenir o millorar l'autonomia i la situació funcional



QUALITAT DE VIDA

Control de símptomes, confort i suport global



CONTINUITAT ASSISTENCIAL (PIIC)

Un cop definit el pla d'atenció, és fonamental compartir la informació clau per garantir la continuïtat assistencial

COMPARTICIÓ DEL PLA

ETAPA 4 DEL PROCÉS D'ATENCIÓ



PLA D'INTERVENIÓ INDIVIDUAL COMPARTIT (PIIC)

- El **PIIC** permet compartir la informació clau del pla d'atenció entre professionals
- És un document **dinàmic i sintètic**, integrat a la **HC3**, amb la informació més rellevant
- Facilita una atenció **coherent, coordinada i continuada**.

OBJECTIU DEL PIIC

- Garantir la **continuitat assistencial**.
- Afavorir decisions ajustades a les necessitats, valors i preferències de la persona.

QUÈ APORTA EL PIIC?


- Resumeix la informació essencial del pla d'atenció.
- Facilita la **comunicació entre professionals**.
- Dona **suport a la presa de decisions** en qualsevol àmbit assistencial.


IMPACTE ASSISTENCIAL


- Manté la **continuitat del pla acordat** entre equip assistencial, persona i família/cuidadors.
- Especialment útil en transicions assistencials i situacions no planificades.








COMPARTICIÓ DEL PLA



ETAPA 4 DEL PROCÉS D'ATENCIÓ






Resum 



Alertes 

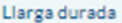



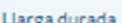
PCC 

Al·lèrgies	Informació no disponible
Covid-19	 4 - Risc alt 
	 27-12-2021 Test ràpid Ag Positiu
	 10-12-2021 PCR (confirmació) Negatiu 
GMA	 3 - Risc moderat 
Pacient en situació d'IT:	No
Voluntats anticipades:	No
Donació d'òrgans:	No

Diagnòstics principals (15 resultats)  

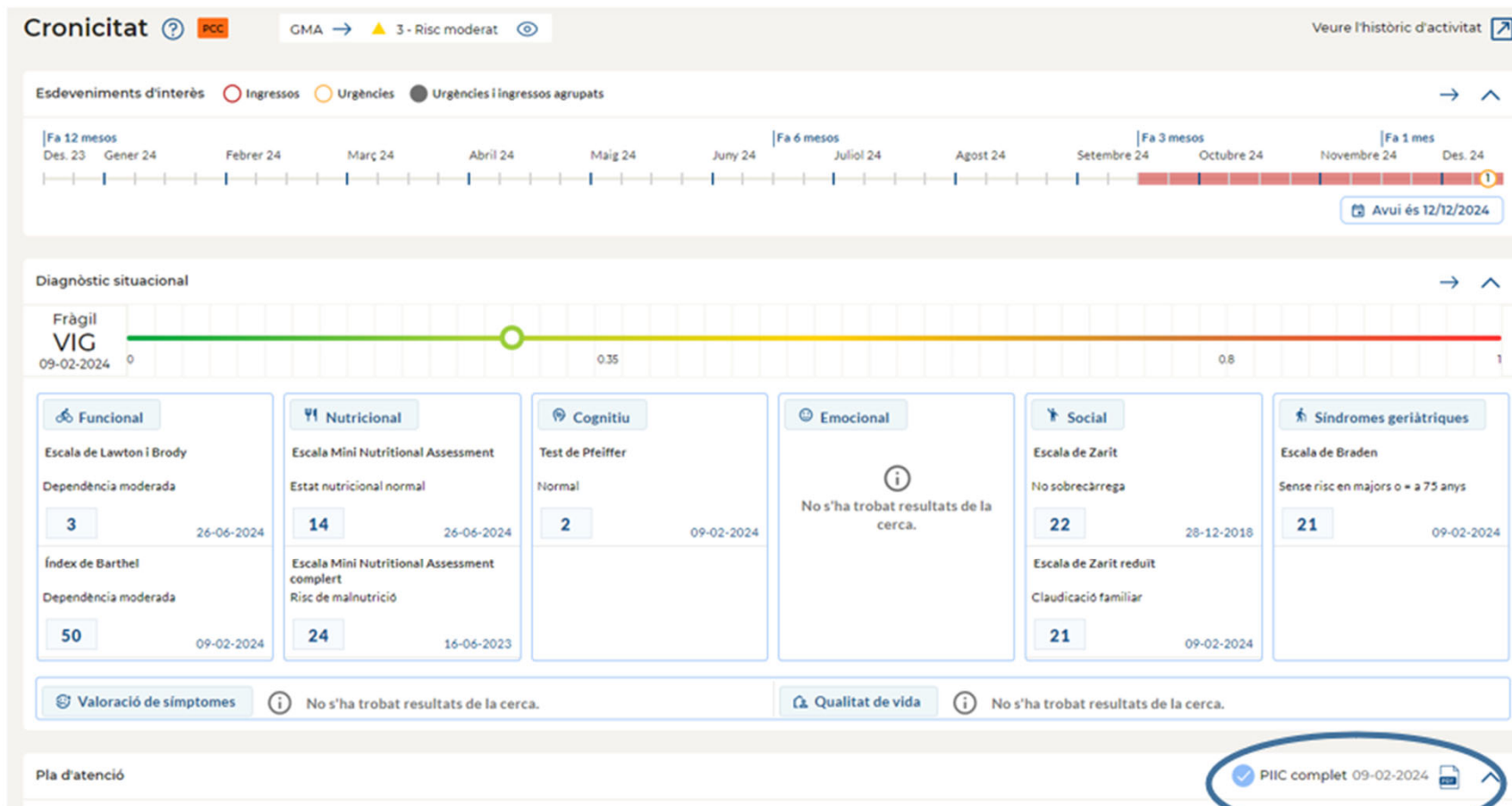
11-12-2024	 Disfàsia/afàsia
29-05-2024	 Ferida
07-03-2017	 Dependència
10-12-2016	 Infart cerebral
29-11-2011	 Diabetis mellitus tipus 2

Prescripció vigent (7 resultats)  

07-11-2024	SYNJARDY 5MG/1000MG 60 COMPRIMIDOS... 
07-11-2024	SUMIAL 40MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIER... 
07-11-2024	RAMIPRIL SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS ... 
07-11-2024	PARACETAMOL PENSA 1G 40 COMPRIMIDO... 
07-11-2024	FUROSEMIDA SANDOZ 40MG 30 COMPRIMI... 

COMPARTICIÓ DEL PLA

ETAPA 4 DEL PROCÉS D'ATENCIÓ



4

SEGUIMENT EN SITUACIÓ D'ESTABILITAT

ACTUACIÓ EN FASE D'ESTABILITAT



Mantenir un **seguiment actiu i planificat**, per detectar canvis de manera precoç, anticipar necessitats i prevenir possibles descompensacions.

No es tracta només d'actuar quan apareix una crisi, sinó de fer una **atenció continuada i proactiva**.

Revisió periòdica i proactiva de la situació	Seguiment individualitzat	Suport a l'entorn cuidador	Coordinació assistencial	Objectiu final
<ul style="list-style-type: none">• Contols regulars de salut, funcionalitat i social.• Ajustar la freqüència del seguiment segons el grau de complexitat.• Revalorar la persona després d'un ingrés o una crisi de salut.	<ul style="list-style-type: none">• Actualitzar el pla d'atenció (PIIC) segons l'evolució.• Revisar objectius assistencials, tractaments i necessitats detectades.• Promoure l'autonomia, l'autocura i l'empoderament de la persona.	<ul style="list-style-type: none">• Detectar signes de sobrecàrrega o dificultats del cuidador principal.• Oferir orientació, recursos i suport quan sigui necessari.	<ul style="list-style-type: none">• Mantenir una bona comunicació entre els diferents professionals i serveis implicats.• Definir circuits clars de derivació, contacte i resposta.• Planificar les transicions assistencials	<ul style="list-style-type: none">• Proactivitat per mantenir la màxima estabilitat possible.• Detectar precoçment els problemes o signes de descompensació i intervenir de manera anticipada per prevenir crisis i ingressos innecessaris.• Oferir una atenció continuada, coordinada i centrada en la persona.

5

ATENCIÓ A LA CRISI / DESCOMPENSACIÓ

ATENCIÓ A LA CRISI I DESCOMPENSACIÓ




Resposta ràpida, coordinada i proporcional, prioritzant el domicili i garantir la continuïtat assistencial.

1 QUÈ S'HA DE GARANTIR

- Donar **resposta inicial a la demanda d'atenció de crisi**.
- Disposar d'un **mecanisme territorial de resposta 7x24**.
- Adaptar la resposta terapèutica segons la gravetat i el context.
- **Compartir la informació clínica rellevant**, el pla pactat i les voluntats de la persona.
- Garantir seguiment fins a la resolució de la crisi i retorn a l'estabilitat.

2 COM S'ACTIVA I S'ACTUA

 **Contacte tlf segons horari**

 **8h – 20h**
EAP

 **20h – 8h**
ACUT / SEM


 **Durant l'atenció**

- Valoració clínica inicial.
- Accés al **PIIC** i a la **HC3**.
- Inici i seguiment del procés crisi-transició.
- Compartició d'informació actualitzada en cas de derivació.
- **Adequació terapèutica segons situació i voluntats de la persona.**


3 ADEQUACIÓ NIVELL ASSISTENCIAL

- Prioritzar sempre que sigui possible l'**atenció al domicili**.
- Potenciar dispositius **ambulatoris o intermedis** com a alternatives a l'ingrés.
- Coordinar els diferents **dispositius assistencials**:

 Domicili / CAP / HaD / PADES

 CUAP / Hospital de Dia

 Atenció Intermèdia

 Urgències / hospitalització

Evitar la fragmentació assistencial i assegurar una atenció continuada, coordinada i **centrada en la persona** al llarg de tot el procés

6

ATENCIÓ A LES PERSONES identificades com a MACA

ATENCIÓ A PERSONES amb MALALTIA AVANÇADA



Reorientació dels objectius assistencials

- **Prioritzar la qualitat de vida**, confort i benestar
- Atenció centrada en la persona
- Objectius adaptats a l'evolució clínica



Planificació anticipada de decisions

- Respectar valors i preferències
- **Planificació de decisions anticipades (PDA / DVA)**
- Adequar la intensitat terapèutica a l'evolució clínica



Atenció al domicili i continuïtat assistencial

- **Potenciar l'atenció domiciliària si és la preferència de la persona**
- **Coordinació** entre nivells assistencials i **equips de suport**
- (PADES, HaD, UCP)
- **Evitar intervencions desproporcionades i ingressos innecessaris**



Atenció coordinada, progressiva i orientada als valors i objectius de la persona

7

GESTIÓ DE LES TRANSICIONS

Gestió de les transicions



Garantir transicions segures i coordinades entre nivells assistencials, assegurant la continuïtat de les cures i l'adequació dels recursos a les necessitats canviants de la persona, amb l'objectiu de minimitzar la variabilitat, prevenir descompensacions i reduir els reingressos evitables

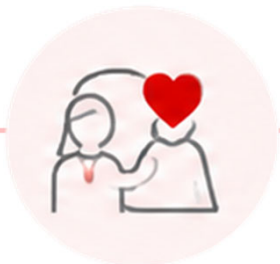
5.1 CONTINUÏTAT ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS

- Revisar i actualitzar el PIIC segons la situació clínica, funcional i social de la persona.
- Adequar el nivell d'atenció i els recursos a les necessitats canviants de la persona.
- Facilitat la coordinació i l'intercanvi d'informació entre professionals i dispositius assistencials.

5.2 PLANIFICACIÓ DE LES ALTES

- Planificar l'alta des de l'inici del procés assistencial
- Garantir la continuïtat de les cures abans i després de l'alta
- Assegurar que la persona i els cuidadors disposin de la informació i els recursos necessaris
- Mantenir el PIIC actualitzat i compartit entre els professionals implicats.

TRANSICIONS



Continuïtat assistencial

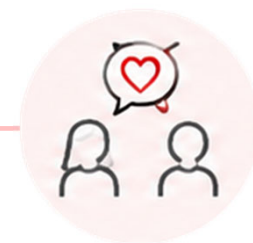
Seguiment actiu i coordinació territorial 7x24 per garantir resposta continuada.

Accés a la HC3.



Planificació de l'alta

Preparar precoçment l'alta hospitalària i coordinar necessitats clíniques i socials.



Continuïtat postalta

Seguiment precoç després de l'alta per detectar incidències i prevenir reingressos.



Evitar la fragmentació assistencial i assegurar una atenció continuada, coordinada i centrada en la persona al llarg de tot el procés

Pla d'accions per la implementació de la Ruta

1. Difusió de la Ruta de Complexitat 2.0
2. Fomentar l'ús del PIIC (sessions informatives/formatives)
3. Optimització dels circuits i recursos (CAI, HaD, PADES, ACUT)
4. Revisió i actualització de la Ruta per adaptar-la a la població de Salut Mental
5. Prescripció farmacològica centrada en la persona

REFERÈNCIES

Ruta Assistencial de Complexitat 2.0 PCC / MACA – 2025-2026 Barcelonès Nord i Baix Maresme

Departament de Salut. (2025). Pla d'actuacions 2025 per a la integració de l'atenció a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Generalitat de Catalunya. <https://doi.org/10.62727/DSalut/11081.2>

Departament de Salut. (s. f.). Bases per a la identificació i atenció a les persones grans fràgils a Catalunya. Generalitat de Catalunya. [Fragilitat...ada (MACA)]

Mas MÀ, et al. Designing a Person-Centred Integrated Care Programme for People with Complex Chronic Conditions: A Case Study from Catalonia. *Int J Integr Care* 2021;21(4):22. doi: 10.5334/ijic.5653. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.5653>

Mas MÀ, et al. Evaluating Person-Centred Integrated Care to People with Complex Chronic Conditions: Early Implementation Results of the ProPCC Programme. *Int J Integr Care* 2023;23(4):18. doi: 10.5334/ijic.7585. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.7585>



Generalitat de Catalunya

Departament de Salut
Servei Català de la Salut

www.catsalut.gencat.cat

adreça electrònica