

# RUTA ASSISTENCIAL DE COMPLEXITAT 2.0 PCC / MACA - 2025

BARCELONÈS NORD I BAIX MARESME

Setembre 2025



| Tipus de document | Fitxa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaborat per      | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sonia Gonzalez Bautista. Coordinadora SAID. BSA</li><li>- Sònia Jiménez Panés. Cap T. Social HUGTiP</li><li>- Ester Julbe. Adjunta a la direcció assistencial d'APiC. ICS BNiM</li><li>- M. Àngel Mas. Direcció Clínica Territorial de Cronicitat Metropolitana Nord i Servei de Geriatria HUGTiP</li><li>- Míriam Moreno. Gestora de Cas HUGTiP</li><li>- Montse Pimienta. Metgessa CAP Progrés-Raval. BSA</li><li>- Mercè Riquelme. Cap T. Social ICO</li><li>- M. Jesús Vallès. Coordinadora continu extrahospitalari. FHES</li></ul> |
| Coordinació       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Olga Ruesga, RAISS Barcelonès Nord i Maresme</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

#### Distribució del document

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJECTIU     | Impulsar la implementació de la Ruta Assistencial als professionals de salut de l'AGA Barcelonès Nord i Baix Maresme, per millorar l'atenció a les persones amb problemes de salut complexes, utilitzant els recursos adequats amb visió territorial.                       |
| DESTINATARIS | <ul style="list-style-type: none"><li>- Atenció Primària</li><li>- Atenció Hospitalària</li><li>- Atenció Intermèdia</li><li>- Atenció Continuada</li><li>- SEM</li><li>- CUAP</li><li>- PADES</li><li>- ICO</li><li>- Institut Guttmann</li><li>- RSBMN CatSalut</li></ul> |

|                    |                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Registre revisions | Gener 2026: s'incorpora algoritme residències i codificació fragilitat |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|

# ÍNDEX

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| ÍNDEX.....                                                                     | 3  |
| LLISTA D'ACRÒNIMS .....                                                        | 4  |
| 1. MODEL D'ATENCIÓ .....                                                       | 5  |
| 2. SEGUIMENT EN SITUACIÓ D'ESTABILITAT .....                                   | 8  |
| 3. SITUACIÓ DE CRISI I DESCOMPENSACIÓ .....                                    | 9  |
| 4. ESPECIFICACIONS DE LA RUTA PER A PERSONES IDENTIFICADES COM A<br>MACA ..... | 14 |
| 5. GESTIÓ DE LES TRANSICIONS .....                                             | 18 |



## LLISTA D'ACRÒNIMS

|        |                                                       |
|--------|-------------------------------------------------------|
| ACUT   | Atenció Continuada i Urgent                           |
| AI     | Atenció Intermèdia                                    |
| ATDOM  | Atenció domiciliària                                  |
| BNiM   | Barcelonès Nord i Maresme                             |
| COAC   | Comitè Operatiu d'Atenció a la Cronicitat             |
| CAP    | Centre d'Atenció Primària                             |
| CP     | Cuidador Principal                                    |
| CUAP   | Centre d'Urgències d'Atenció Primària                 |
| EAP    | Equip d'Atenció Primària                              |
| ECAP   | Estació Clínica d'Atenció Primària                    |
| ESH    | Equip de Suport Hospitalari                           |
| GC     | Gestora de Cas                                        |
| GMA    | Grups de morbiditat ajustada                          |
| HaD    | Hospitalització a Domicili                            |
| HC3    | Història Clínica Compartida a Catalunya               |
| ICCC   | Infermera Clínica de Cronicitat Complexa              |
| LC     | Líder Clínic (metge/infermera referent de cronicitat) |
| MACA   | Persones amb malaltia crònica avançada                |
| NECPAL | Instrument per identificar necessitats pal·liatives   |
| PADES  | Programa d'Atenció domiciliària i Equips de Suport    |
| PCC    | Persones amb cronicitat complexa                      |
| PDA    | Pla de Decisions Anticipades                          |
| PIAI   | Pla Individual d'Atenció Interdisciplinària           |
| PIIC   | Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit           |
| PREALT | Instrument de Planificació de l'alta                  |
| RHB    | Rehabilitació                                         |
| SEM    | Servei d'Emergències                                  |
| TSS    | Treball Social Sanitari                               |
| UCP    | Unitat de Cures Pal·liatives                          |
| VGI    | Valoració Geriàtrica Integral                         |



# 1. MODEL D'ATENCIÓ

## 1.1 IDENTIFICACIÓ

| QUÈ (actuacions a fer)                                                                                                         | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                       | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificació de persones amb fragilitat, cronicitat complexa(PCC) o avançada(MACA)                                            | Establir circuits clars de notificació i validació dins dels equips d'atenció primària (EAP).<br>Per fragilitat codificar R54 (segons eCAP i SAP)                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP com a responsable principal d'identificar i validar.</li> <li>LC territorial reconegut.</li> </ul> |
| Registre compartit de dades                                                                                                    | Vetllar perquè la informació sigui compartida i accessible a través del PIIC                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul>                                                       |
| Utilitzar criteris de PCC i instrument NECPAL 4.0 per a la identificació                                                       | Garantir la formació dels professionals en l'ús del NECPAL 4.0 i altres eines com VGI, criteris PCC i MACA,                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul>                                                       |
| Sistemes de doble cribratge: suggeriment dels sistemes d'informació ( ex: GMA) i validació dels professionals                  | Fer seguiment periòdic de la qualitat del procés d'identificació i la concordança amb la prevalença estimada.                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul>                                                       |
| Suggeriment de la identificació per altres dispositius assistencials del territori (Hospital, CUAP, ACUT, At. Intermèdia, SEM) | <ul style="list-style-type: none"> <li>A través de l'ECAP.</li> <li>A través del PREALT, o de l'informe d'alta del servei/ assistència.</li> <li>A través de la gestora de casos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul>                                                       |

## 1.2 DIAGNÒSTIC SITUACIONAL

| QUÈ (actuacions a fer)                                                    | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                  | QUI (dispositiu / professional responsable)                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Avaluar la situació Clínica, funcional, social i emocional de la persona. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista amb la persona</li> <li>Valoració multidimensional interdisciplinària (Valoració Geriàtrica Integral (VGI)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul> |



|                                           |                                                                 |                                                                                         |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificar necessitats i factors de risc | Avaluació entorn, escales de valoració comunes al sistema (VGI) | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

### 1.3 PLA D'ATENCIÓ

| QUÈ (actuacions a fer)                                                                                                                 | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                                             | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consensuar el Pla d'atenció amb la persona atesa i família o amb l'entorn de suport, inclou persona institucionalitzada <sup>1</sup> . | <ul style="list-style-type: none"> <li>A través del PIIC, revisant-lo cada vegada que es produeix un canvi significatiu i com a mínim 1 cop a l'any en el PCC i cada 6 mesos en MACA.</li> <li>A través del PIAI.</li> </ul> <p>En tots els casos amb la persona atesa i amb l'entorn cuidador</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul>                                                                           |
| Planificar seguiment planificat: incloure adequació de la medicació, PDA, cures i suport social                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites sistemàtiques mínim cada 12 mesos en PCC i mínim cada 6 mesos en MACA, i sempre després d'una agudització.</li> <li>Aplicar el model centrat en la persona.</li> <li>Incorporar conferència de cas en situacions complexes.</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> <li>Participació d'especialistes hospitalaris, PADES, RHB, TSS, HaD.</li> </ul> |
| Activar recursos sanitaris i socials en funció de les necessitats de la persona detectades.                                            | A través dels circuits i plataformes d'accés de cadascun dels recursos necessaris.                                                                                                                                                                                                                 | Tots els dispositius territorials.                                                                                                                                |
| Prevenió de complicacions                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Educació sanitària.</li> <li>Assignar referents clars al pacient i entorn (ICCC-Gestora de cas, EAP)</li> <li>Proporcionar telèfons i horaris.</li> </ul>                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>LC territorial reconegut</li> </ul>                                                                           |

<sup>1</sup> En la present Ruta Assistencial, sempre que es parla de persona atesa a domicili, inclou la persona institucionalitzada (àmbit residencial).



|                            |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Reforçar la comunicació i la garantia de suport 7x24</li></ul>                                                                                                                           |                                                  |
| Conciliar Pla de medicació | <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisar l'adequació terapèutica seguint les guies clíniques farmacoterapèutiques vigents.</li><li>• Coordinació amb farmacèutics clínics quan es tracti de medicació complexa.</li></ul> | Tots els professionals que prescriuen un fàrmac. |

## 1.4 COORDINACIÓ DEL PLA D'ATENCIÓ

| QUÈ (actuacions a fer)            | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                              | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                    |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Garantir continuïtat assistencial | Coordinació entre diferents nivells                                                                                                 | Tots els dispositius territorials                                                                                              |
| Compartir informació              | <ul style="list-style-type: none"><li>• PIIC actualitzat</li><li>• Garantir accés als diferents dispositius del territori</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• EAP</li><li>• Accés i ús compartit per a: tots els dispositius territorials.</li></ul> |
| Identificar referents             | Comunicació clara amb pacient                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• EAP</li><li>• LC territorial reconegut</li></ul>                                       |

## 2. SEGUIMENT EN SITUACIÓ D'ESTABILITAT

### 2.1 REVISIÓ PERIÒDICA DE LA SITUACIÓ DE LA PERSONA I/ O DEL SEU ENTORN CUIDADOR

| QUÈ (actuacions a fer)                                                                | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                                       | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Seguiment proactiu: Revisar situació clínica de la persona i la situació del cuidador | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites sistemàtiques mínim cada 12 mesos en PCC, i mínim cada 6 mesos en MACA, i sempre després d'una agudització.</li> <li>• Aplicar el model centrat en la persona.</li> <li>• Incorporar conferència de cas en situacions complexes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP</li> <li>• LC territorial reconegut</li> <li>• Altres professionals implicats segons necessitats (PADES, hospitalització domiciliària, especialistes).</li> </ul> |
| Avaluar entorn                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistes de seguiment</li> <li>• Visites orientades a l'apoderament de la persona/ entorn cuidador</li> </ul>                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP</li> <li>• LC territorial reconegut</li> </ul>                                                                                                                    |
| Detectar i identificar noves necessitats clíniques, funcionals, emocionals o socials  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració sistemàtica</li> <li>• Actualitzar o suggerir les modificacions al PIIC quan calgui.</li> </ul>                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP</li> <li>• LC territorial reconegut</li> </ul>                                                                                                                    |

### 2.2 PLANIFICACIÓ I INTERVENCIÓ ESTRUCTURADA DURANT TOT EL PROCÉS

| QUÈ (actuacions a fer)                                           | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definir/elaborar el Pla d'Atenció en tot el procés assistencial. | <p><u>A nivell individual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar i actualitzar el pla d'atenció, inclosa la PDA i recomanacions en cas de crisi.</li> <li>• Promoure l'apoderament i la participació activa de la persona i cuidadors.</li> <li>• Valorar i intervenir sobre l'entorn i riscos socials.</li> </ul> <p><u>A nivell territorial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activar els comitès territorials de complexitat (PCC/MACA).</li> <li>• Designar un líder clínic i de gestió de cada proveïdor del territori.</li> <li>• Definir circuits clars de comunicació, temps de resposta i responsabilitats entre proveïdors.</li> <li>• Planificar les transicions i garantir resposta territorial 7x24.</li> <li>• Promoure dinàmiques de gestió de cas per a situacions complexes.</li> </ul> | <p><u>A nivell individual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP</li> </ul> <p><u>A nivell territorial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COAC BNiBM</li> <li>• Cada proveïdor</li> <li>• Líders de cronicitat dels diferents proveïdors.</li> <li>• Líders de cronicitat dels diferents proveïdors.</li> <li>• EAP i Líders de cronicitat dels diferents proveïdors.</li> </ul> |
| Activar recursos segons evolució i necessitats                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinació entre nivells assistencials.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP</li> <li>• LC territorial reconegut</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

### 3. SITUACIÓ DE CRISI I DESCOMPENSACIÓ

#### 3.1 CRISI I DESCOMPENSACIONS

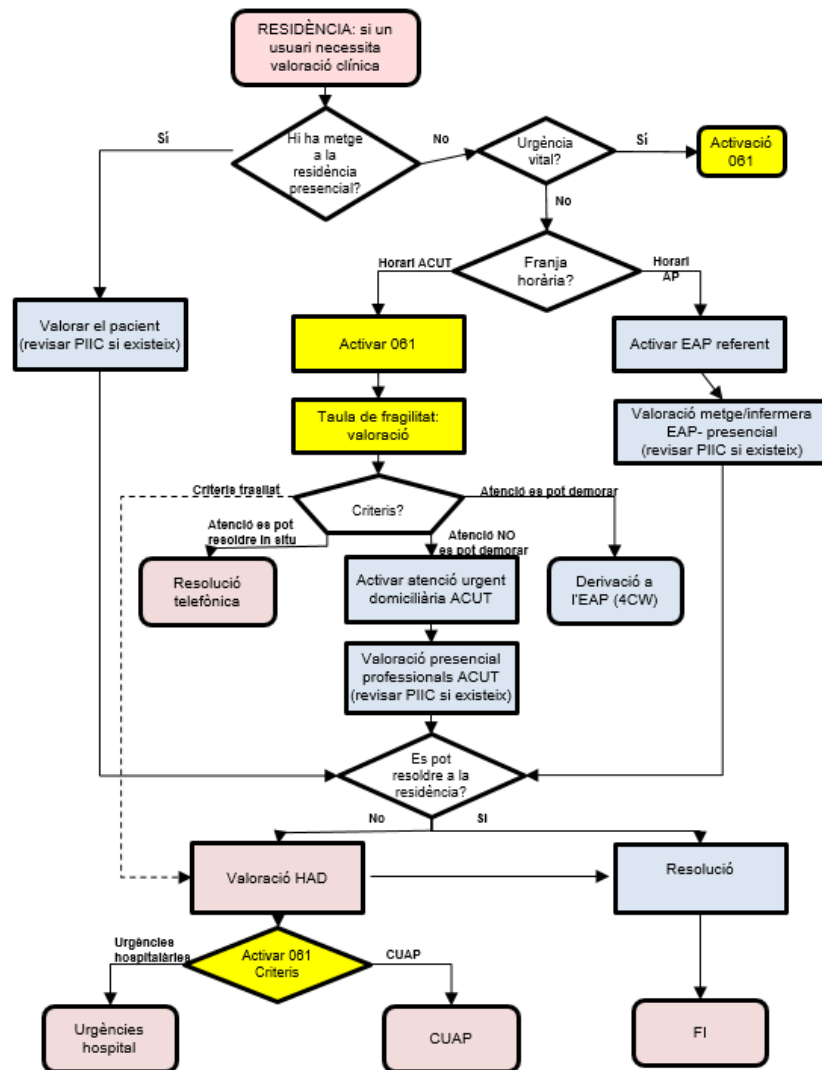


| QUÈ (actuacions a fer)                                                                          | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Disposar d'un mecanisme de resposta territorial d'atenció 7x24.                                 | <u>Contacte telefònic:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dins de l'horari de funcionament de l'EAP (8-20h): al telèfon del seu EAP.</li> <li>Fora d'aquest horari (20 – 8): al telèfon ACUT i/o SEM.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>Professionals d'altres nivells assistencials.</li> </ul>                                                                                                                                   |
| Donar resposta inicial a la demanda d'atenció en crisi.                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Valoració telefònica de la gravetat clínica.</li> <li>Visita urgent es farà amb els dispositius territorials corresponents.</li> <li>Visita domiciliària preferent.</li> <li>Visita domiciliària programada.</li> </ul>                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP</li> <li>CUAP-ACUT i SEM</li> <li>EAP</li> <li>EAP</li> </ul>                                                                                                                                       |
| Adaptar la resposta terapèutica i compartir la informació pactada i les voluntats de la persona | <ul style="list-style-type: none"> <li>Disposar d'accés al PIIC i a la història compartida del pacient (HC3).</li> <li>Iniciar i fer el seguiment de la crisi-transició, s'ha de disposar de canals per a compartir informació actualitzada en cas de necessitat de derivació.</li> </ul>                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP i professionals d'altres nivells assistencials.</li> </ul>                                                                                                                                          |
| Adequar el nivell d'atenció de la persona segons els recursos del territori.                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinar en els diferents dispositius assistencials: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenció a domicili / CAP</li> <li>- CUAP</li> <li>- Hospital de dia</li> <li>- Urgències/ hospitalització convencional</li> </ul> </li> <li>Prioritzar sempre que sigui possible l'atenció al domicili de la persona</li> <li>Potenciar dispositius ambulatoris/intermedis alternatius</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP i professionals d'altres nivells assistencials: HaD, PADES, Treball Social Sanitari.</li> <li>EAP i professionals d'altres nivells assistencials</li> <li>Hospitals d'Atenció Intermèdia</li> </ul> |





## ALGORITME PER A PERSONES INSTITUCIONALITZADES (RESIDÈNCIES DE GENT GRAN)



v.04 (14/09/2023)

### \* Criteris derivació domicili PCC I MACA → CUAP

Pacients amb patologia aguditzada:

- Insuficiència Cardíaca Crònica (ICC).
- Malaltia Pulmonar Obstructiva crònica (MPOC)
- Hipertensió arterial
- Descompensacions diabètiques
- Gastroenteritis aguda amb deshidratació
- Infecció urinària
- Infecció respiratòria

- Contusions, traumatismes i ferides lleus
- Dolor abdominal
- Dolor toràcic
- Còlic nefrític
- Hiperglucèmia/Hipoglucèmia
- Síndrome febril sense focus
- Desorientació



**\* Criteris derivació domicili PCC I MACA → Urgències hospitalàries**

- TCE amb tractament anticoagulant
- AVC en fase aguda
- Cardiopatia isquèmica aguda o inestable
- Sospita d'urgència quirúrgica
- Pacients tributaris de tecnologia terapèutica complexa (ventilació mecànica invasiva, ingrés en cures intensives, ...)
- Pacients hemodinàmicament inestables
- Sospita clínica fractura de maneig hospitalari

## 4. ESPECIFICACIONS DE LA RUTA PER A PERSONES IDENTIFICADES COM A MACA

### 4.1 EN L'ESFERA INDIVIDUAL

| QUÈ (actuacions a fer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                                       | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració multidimensional: identificar necessitat, explorar els valors, preferències, desitjos i preocupacions de la persona:</li> <li>• maneig de malaltia, necessitats físiques, psicològiques, familiars, socials, espirituals, ètiques, final de vida, pèrdua i dol.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista amb la persona atesa i el seu entorn social i familiar</li> <li>• Exploració multidimensional</li> <li>• Informar sobre els documents per recollir voluntats anticipades i fer la Planificació de decisions anticipades (PDA)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP</li> <li>• LC territorial reconegut</li> <li>• Altres professionals implicats segons necessitats (PADES, hospitalització domiciliària, especialistes).</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració social sanitària</li> <li>• Atenció, educació i suport a l'entorn cuidador.</li> <li>• Identificar situacions de vulnerabilitat.</li> <li>• Identificar al cuidador principal.</li> </ul>                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista a la persona atesa i entorn familiar-cuidador principal,</li> <li>• Avaluar social (entorn familiar i social)</li> </ul>                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treball Social Sanitari</li> <li>• Altres professionals implicats</li> </ul>                                                                                          |
| Garantir que persona atesa i el seu entorn cuidador disposin de la informació respecte recursos als que pot accedir                                                                                                                                                                                                           | Establir canals de comunicació: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona atesa-professionals</li> <li>• Entorn cuidador-professionals</li> </ul>                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestora de casos / ICCC</li> <li>• Professionals de referència de l'EAP</li> </ul>                                                                                    |
| Registrar voluntats anticipades i planificació de decisions anticipades                                                                                                                                                                                                                                                       | Incorporar la informació de la PDA al PIIC per què sigui visible en HC3                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP: equip referent</li> <li>• Professionals d'altres nivells: identificació suggerida</li> </ul>                                                                     |
| Conciliar la prescripció farmacèutica                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Revisió sistemàtica del pla de medicació per valorar adequació                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metge/essa d'EAP referent</li> <li>• De manera oportunista, altra nivell assistencial</li> </ul>                                                                      |

## 4.2 RESPOSTA ASSISTENCIAL D'ACORD AMB EL GRAU DE COMPLEXITAT DE LA SITUACIÓ

| QUÈ (actuacions a fer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                      | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informar a la persona atesa de quins són els seus professionals de referència i com accedir a l'atenció sanitària 24 hores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites de seguiment</li> <li>• Informació de dades de contacte</li> </ul>                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestora de casos / ICC</li> <li>• Equips de referència</li> </ul>                                                                                                                                            |
| Planificar actuacions segons evolució i estat situacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar transicions (malaltia avançada, situació final de vida)</li> <li>• Fer ús de l'escala NECPAL i altres eines de valoració (Fràgil_VIG)</li> </ul>                                                                       | Equips implicats segons ubicació pacient: <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP</li> <li>• Gestora de casos / ICC</li> <li>• Equips hospitalaris</li> <li>• Atenció Intermèdia</li> <li>• Treballador Social Sanitari de referència</li> </ul> |
| Garantir la continuïtat assistencial en totes les etapes de la malaltia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activar equips de suport atenció domiciliària, PADES, davant la complexitat clínica o símptomes de difícil control</li> <li>• Derivar a Unitat de Cures Pal·liatives (UCP) d'Atenció Intermèdia si no és possible garantir l'atenció domiciliària (complexitat simptomàtica, risc social, manca de CP, etc.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració clínica i social i consens pacient/família per activar el recurs</li> <li>• Coordinació entre EAP i altres dispositius implicats per a la activació PADES/UCP</li> <li>• Informe de derivació per a PADES/UCP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP / equip de referència</li> <li>• Gestió de casos / ICC</li> <li>• ESH</li> <li>• Equips de cronicitat</li> <li>• PADES</li> </ul>                                                                        |
| Adequar nivell d'intensitat terapèutica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consensuar amb persona atesa/família nivell de tractament (nivell 1 a 5)</li> <li>• Prioritzar atenció en entorn domiciliari si és possible</li> </ul>                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP / equip de referència</li> <li>• Equip PADES</li> <li>• Equip HaD</li> <li>• ESH</li> </ul>                                                                                                              |
| Identificar situació d'últims dies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecció clínica de signes de SUD</li> <li>• Descartar causes irreversibles</li> </ul>                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP / equip de referència</li> <li>• PADES</li> <li>• HaD</li> <li>• ESH</li> </ul>                                                                                                                          |

### 4.3 ACCIONS ORIENTADES A AFAVORIR L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

| QUÈ (actuacions a fer)                                                                                          | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                                        | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Promoure un abordatge domiciliari proactiu per part dels professionals sanitaris                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració integral</li> <li>• Coordinació multiinterdisciplinària</li> </ul>                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP / equip de referència</li> <li>• ATDOM- GC</li> <li>• Equip de Cronicitat</li> <li>• PADES</li> <li>• ESH</li> <li>• HaD</li> <li>• CUAPs</li> </ul> |
| Garantir la activació d'equips específics en cas de situació de final de vida i davant de la complexitat        | Garantir el continuïtat assistencial en situacions de final de vida, mitjançant l'activació de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equip ATDOM</li> <li>• PADES</li> <li>• HaD</li> <li>• ESH</li> </ul>                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP / equip de referència</li> <li>• ATDOM-GC</li> <li>• Equip Cronicitat</li> <li>• HaD</li> <li>• ESH</li> </ul>                                       |
| Garantir la informació dels recursos socials en totes les etapes de la malaltia                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment i acompanyament continuat</li> <li>• Coordinació amb professionals de Serveis Socials i derivació als Treballadors socials dels dispositius per a garantir el continuïtat assistencial</li> <li>• Activació de recursos socials</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treball Social Sanitari</li> </ul>                                                                                                                       |
| Garantir l'accessibilitat i disponibilitat dels equips com a element clau per generar confiança en les famílies | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assignar referents clars al pacient i entorn (Gestora de cas/ICCC, PADES, EAP)</li> <li>• Proporcionar telèfons i horaris.</li> <li>• Reforçar la comunicació i la garantia de suport 7x24</li> </ul>                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP / equip de referència</li> <li>• ATDOM-GC</li> <li>• Equip cronicitat</li> <li>• PADES</li> <li>• HaD</li> <li>• ESH</li> </ul>                      |
| Mantenir actualitzat PIIC                                                                                       | Registrar cada canvi rellevant en l'evolució de la persona atesa per garantir el traspàs                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAP / equip de referència</li> <li>• Altres equips/nivells</li> </ul>                                                                                    |



|  |                                                   |                                              |
|--|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  | informació en cas<br>intervenció d'altres nivells | assistencials:<br>identificació<br>suggerida |
|--|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## 5. GESTIÓ DE LES TRANSICIONS

### 5.1 CONTINUÏTAT ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS

| QUÈ (actuacions a fer)                                                                | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                       | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisar el PIIC i adequar el recurs d'acord amb el que consta en el PDA               | Mitjançant revisió sistemàtica de l'HC3                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP i equip de referència.</li> <li>Altres equips/nivells assistencials</li> </ul> |
| Adequar el nivell d'atenció de la persona segons necessitat i recursos del territori. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe clínic actualitzat</li> <li>PIIC actualitzat</li> <li>Banc de recursos del territori i criteris d'accés</li> <li>Disposar dels canals de comunicació entre nivells/professionals per donar una resposta coordinada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP i equip de referència.</li> <li>Altres equips/nivells assistencials</li> </ul> |

### 5.2 LA PLANIFICACIÓ DE LES ALTES

| QUÈ (actuacions a fer)                | COM (recomanacions per dur-ho a terme)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | QUI (dispositiu / professional responsable)                                                                              |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assegurar la continuïtat de les cures | <u>Previ a l'alta:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisió del Pla terapèutic.</li> <li>Elaboració de l'informe PREALT, o informe ProPCC</li> <li>Comunicació efectiva amb el recurs de destí.</li> <li>Activar/tramitar dispositius d'atenció, segons necessitat</li> <li>contacte telefònic en les primeres 24 hores</li> </ul> | <u>Previ a l'alta:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equip assistencial referent del recurs d'origen</li> </ul> |

|                           |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | i si precisa programar una visita domiciliària.<br><u>Post alta:</u><br>Contacte telefònic a les primeres 24-48 hores i, si precisa, programar una visita domiciliària. | <u>Post alta:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equip assistencial referent del recurs de destí</li> </ul>                               |
| Mantenir PIIC actualitzat | Registrar modificacions del PIIC davant del canvi rellevant en l'evolució de la persona atesa per garantir el traspàs d'informació                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP / equip de referència</li> <li>Altres equips/nivells assistencials: identificació suggerida</li> </ul> |

