



**Àrea Integral
de Salut
Barcelona Nord**

CSB Consorci Sanitari de Barcelona
Ers públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona
adscrit al Servei Català de la Salut

Corporació Sanitària de Barcelona

Model d'Atenció integrada al Malalt Crònic Complex en el territori de Barcelona Nord

30 de novembre de 2011

Sonia Pérez López
Direcció APS
CIS COTXERES

Carles Benet
Secretaria Tècnica
RSB/CSB Cat-Salut



Amb aquest model d'Atenció Integrada a la cronicitat, volem millorar substancialment la vida dels malalts, de les famílies i cuidadors, dels professionals i de la ciutadania a Nou Barris.

Txelló Llobat

Txelló Llobat

Txelló Llobat

Txelló Llobat

V1.7
(30/11/2011)



Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

37282 **DISPOSICIONS** DOGC 5915 – 7.7.2011

DEPARTAMENT DE LA PRESIDÈNCIA

ACORD
GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

L'Organització Mundial de la Salut defineix la gestió de malalties cròniques com la "gestió continuada de les malalties al llarg d'un període d'anys o dècades". La seva gestió requereix, cada vegada més, la intervenció de professionals d'àmbits i de diferents nivells d'atenció, des de la comunitat i els pacients crònics i al fet que els i les pacients, especialment gent gran, sovint pateixen més d'una malaltia crònica alhora. Aquest fet resulta d'especial rellevància en un escenari dominat per l'envelliment de la població. Es preveu que a Europa el percentatge de persones de més de 65 anys passarà del 16,45% el 2009 a un 26% el 2040.

La relació de l'edat amb les malalties cròniques i amb el consum de recursos sanitaris està clarament establerta, i la prevalença de malalties cròniques augmenta conforme avança l'edat. S'estima que les malalties cròniques seran la principal causa de discapacitat el 2020, i que cap al 2030 es doblarà la incidència actual d'aquest tipus de malalties en persones de més de 65 anys. Les persones amb múltiples malalties cròniques representen més del 50% de la població amb malalties cròniques.

La demanda i el consum de recursos originats per les malalties cròniques comporten la major despesa assistencial per als sistemes de salut, i poden comportar fins al 75% de la despesa sanitària. Diversos estudis posen de manifest que un nombre reduït de pacients origina l'ús intensiu d'estades hospitalàries, atencions urgents i consultes d'atenció primària.

La cronicitat representa, així mateix, conviure amb una malaltia o discapacitat al llarg del temps de forma processual. No es pot parlar d'una sola forma de cronicitat, sinó de diverses i també de diverses formes de viure-les, que dependran de predisposicions personals, de l'entorn i d'altres característiques a vegades difícils de dilucidar.

A Catalunya la cronicitat, per la seva incidència en la població i per la taxa de morbiditat que comporta, és un dels problemes prioritaris de salut i fa necessari el desenvolupament d'estratègies globals, coordinades i integrades en el nostre sistema sanitari.

El Pla de Govern 2011-2014 fa palès que les necessitats sanitàries de la població evolucionen i que el model d'atenció assistencial ha d'adaptar-s'hi, reforçant el valor de l'atenció integrada a les persones i de l'eficàcia i la qualitat del model prestat, i estableix, entre els seus objectius, el de definir i implementar el Pla de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya, i promoure l'encàix dels serveis sanitaris i socials.

En definitiva, la creació d'un marc de prevenció i atenció a la cronicitat es presenta com una oportunitat per realitzar un canvi de paradigma, en què cal comptar amb la implicació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social, per tal d'establir un marc d'actuació integral des d'una perspectiva poblacional.

Aquest nou paradigma comportarà una reordenació del sistema sanitari per tal de reorientar-lo a la resolució de les necessitats de les persones que pateixen o es troben en situació de patir processos crònics. Un sistema elaborat a partir del coneixement dels i de les professionals, amb la participació integral de totes les persones actives implicades en l'àmbit de la salut i serveis socials, que tindrà en compte l'equitat i la sostenibilitat.

Vistos els informes de l'Assessoria Jurídica del Departament de Benestar Social i Família de data 27 de juny de 2011 i de l'Assessoria Jurídica del Departament de Salut de data 17 de juny de 2011;

37282 **DISPOSICIONS** DOGC 5915 – 7.7.2011

DEPARTAMENT DE LA PRESIDÈNCIA

ACORD
GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Vigència 2011-2014


Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

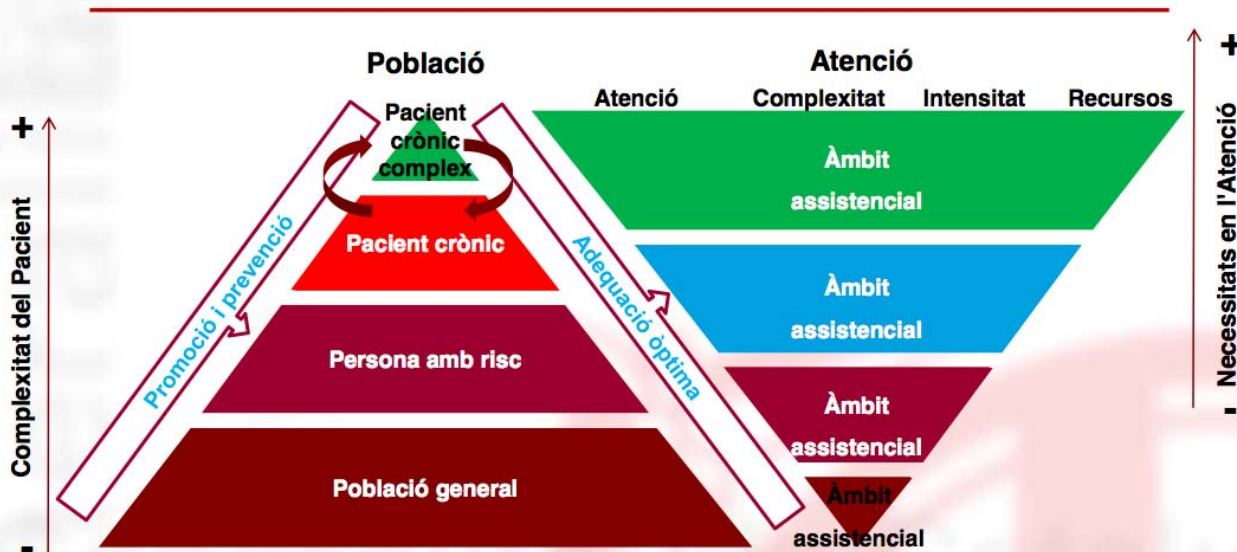
**Presentació del Programa de
Prevenció i Atenció a la Cronicitat**

5 de juliol de 2011



Dedicació del sistema sanitari

Piràmides invertides: salut i atenció sanitària



El sistema sanitari dedica, aproximadament, el 75% dels recursos a atendre el 5% de la població, que aplega els malalts crònics complexos (franges verdes de la piràmide).

El PPAC s'orienta a reduir la fragilitat d'aquests pacients i prevenir o retardar el seu deteriorament progressiu tot potenciant les actuacions a la base de la piràmide, entre població sana i persones amb factors de risc.



Objectiu general

- Proposar fórmules organitzatives d'atenció als malalts crònics complexos (MCC), de manera que siguin més resolutives, adequades, eficients i satisfactòries, donat una atenció proactiva, una resposta resolutiva i assegurant els principis d'equitat.



Objectius específics I

- Obtenir bons resultats en salut.
- Millorar la qualitat de vida del malalt i la seva família.
- Potenciar l'autocura i l'autonomia del malalt.
- Adequar els recursos i serveis per a la continuïtat assistencial i necessitats socials.
- Disminuir o retardar la institucionalització del malalt, mantenint-lo a la comunitat.

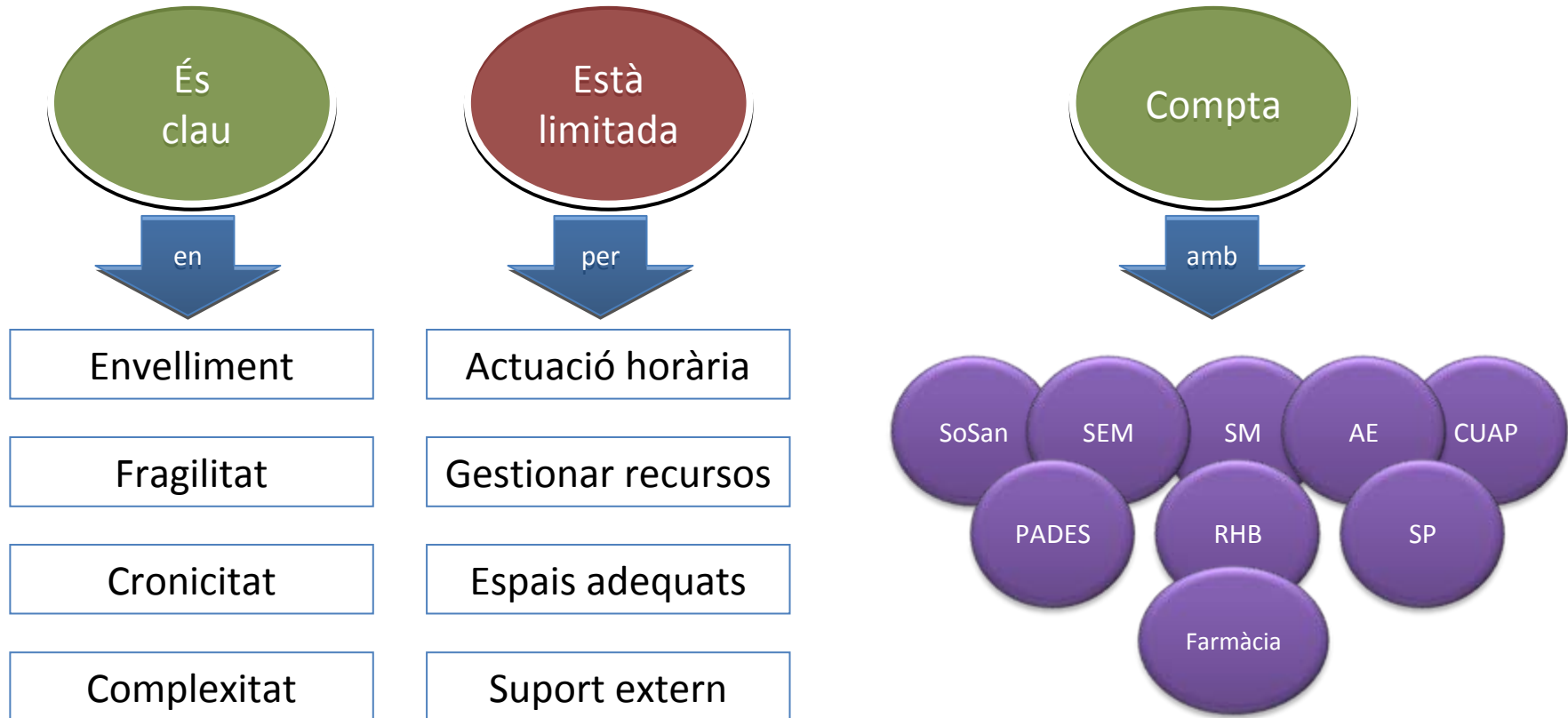


Objectius específics II

- Optimitzar el tractament farmacològic amb conciliació terapèutica.
- Disminuir el nombre de reingressos d'urgències i dies d'hospitalització.
- Millorar les competències dels professionals en el maneig d'aquests malalts.



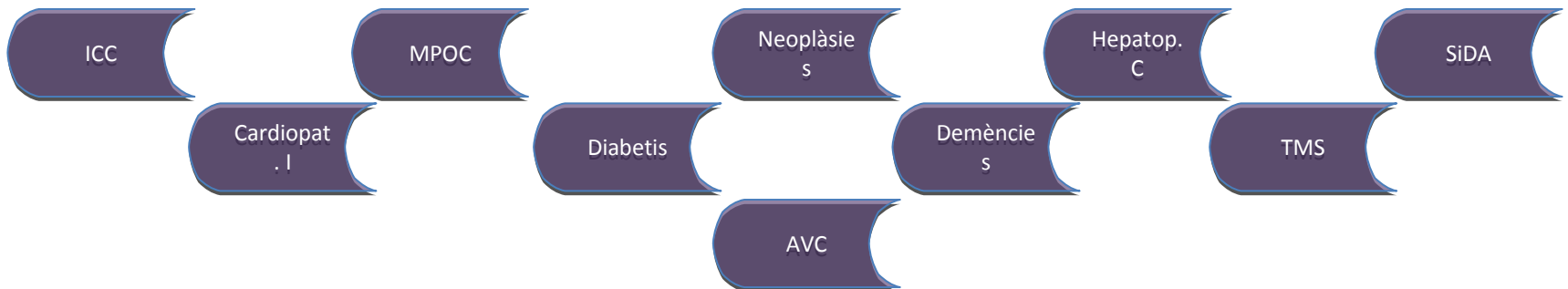
Atenció Primària com element clau de la xarxa





Criteris de selecció població EAP

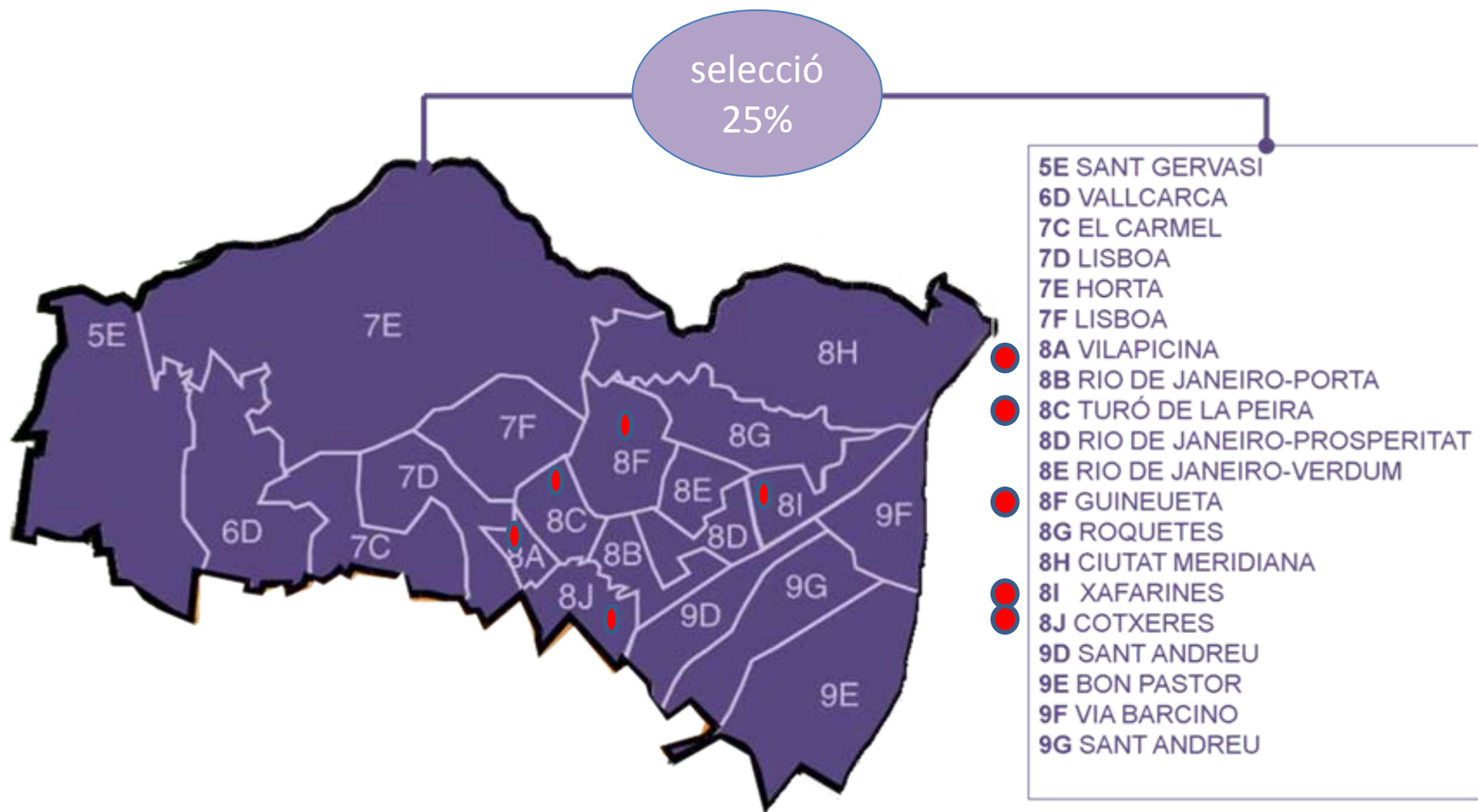
- Persones **majors de 14 anys** que han fet **2 o més ingressos hospitalaris** no programats en el darrer any i que tenen com a mínim **1 o més dels següents diagnòstics**:



Consumeixen **10 o més fàrmacs** i en els ingressos han generat **9 o més estades d'hospitalització**.



Mapa Equips d'Atenció Primària





Taula de la selecció població EAP

Pacients amb 2 ingressos o mes, amb 1 patologia o més de les 10 seleccionades, amb polimediació i amb estada=> a 9dies

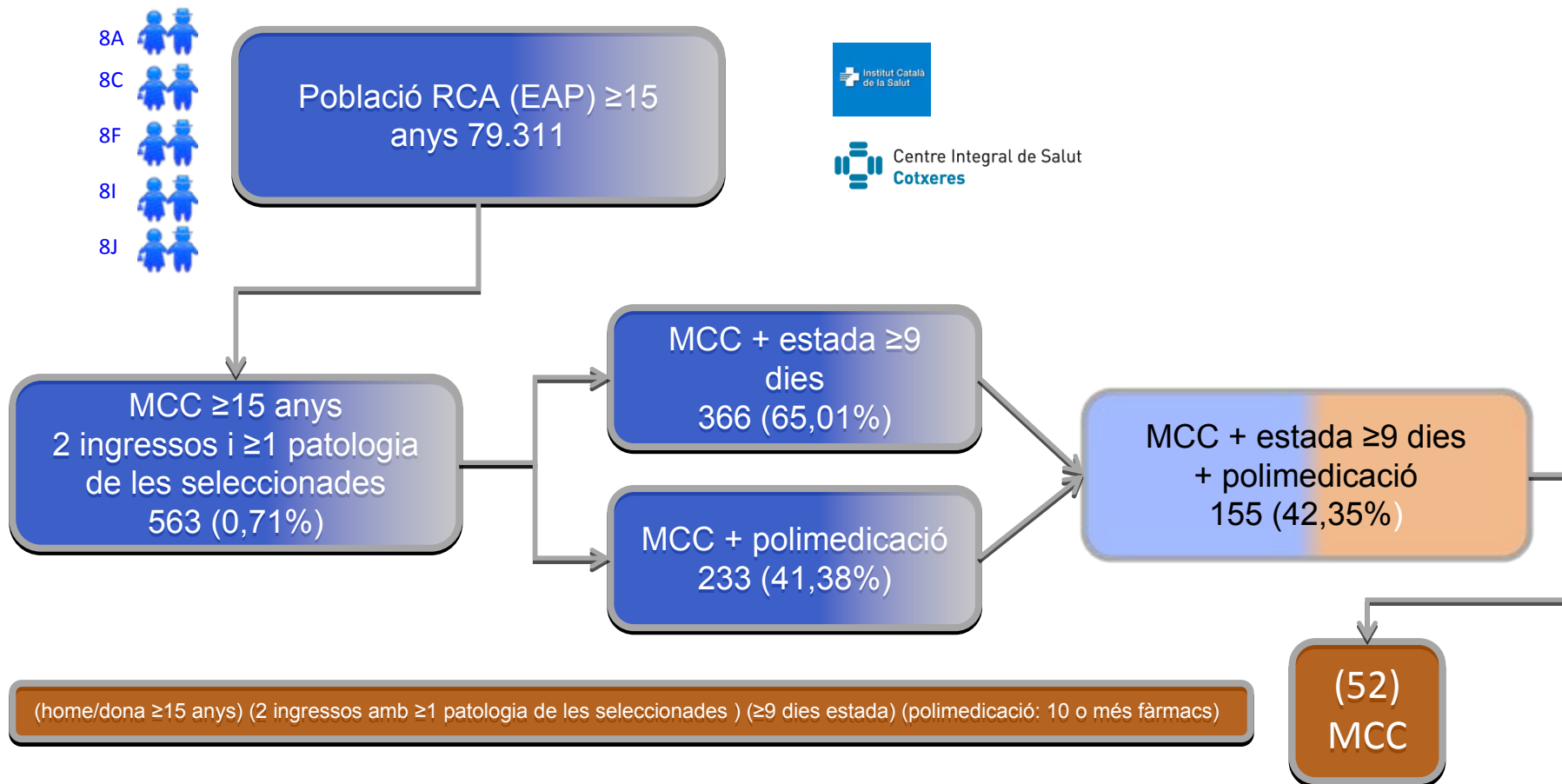
ABS	POBLACIÓ ABS RCA 2011 més 15anys	POBLACIÓ EAP RCA 2011 més 15 anys	% PCC sobre Pob. RCA ABS	% PCC sobre Pob. RCA EAP	Població Criteris PCC	POLIMEDICACIÓ		Estades =>9dies	
						Poli =>10	% sobre població criteris PCC	Estades =>9dies	% sobre població criteris PCC
Barcelona 8A Vilapicina	9.707	9.570	1,06	1,08	103	44	42,72	73	70,87
Barcelona 8C Turó de la Peira	12.701	11.988	0,80	0,84	101	36	35,64	65	64,36
Barcelona 8F Guineueta	23.683	22.766	0,82	0,86	195	82	42,05	117	60,00
Barcelona 8I Xafarines	16.108	15.400	0,83	0,87	134	58	43,28	92	68,66
Barcelona 8J Cotxeres	20.990	19.587	0,14	0,15	30	13	43,33	19	63,33
TOTAL (Nord)	83.189	79.311	0,68	0,71	563	233	41,4	366	65,01

Pacients amb 2 o més ingressos , amb criteris PCC -amb altes =>9dies i polimediació

ABS	Estades =>9dies		Població Criteris PCC	POLIMEDICACIÓ en relació estada	
	Estades =>9dies	%		Poli =>10	%poli
Barcelona 8A Vilapicina	73	70,87	103	30	41,10
Barcelona 8C Turó de la Peira	65	64,36	101	24	36,92
Barcelona 8F Guineueta	117	60,00	195	49	41,88
Barcelona 8I Xafarines	92	68,66	134	42	45,65
Barcelona 8J Cotxeres	19	63,33	30	10	52,63
TOTAL (Nord)	366	65,01	563	155	42,35



Selecció ABS Barcelona Nou Barris





ABS Barcelona 8A Vilapicina



Població RCA (EAP) ≥ 15
anys 9.570

MCC ≥ 15 anys
2 ingressos i ≥ 1 patologia
de les seleccionades
103 (1,08%)

MCC + estada ≥ 9
dies
73 (70,87%)

MCC + polimediació
44 (42,72%)

MCC + estada ≥ 9 dies
+ polimediació
30 (40,10%)

(home/dona ≥ 15 anys) (2 ingressos amb ≥ 1 patologia de les seleccionades) (≥ 9 dies estada) (polimediació: 10 o més fàrmacs)

12
(40%)
MCC



ABS Barcelona 8C Turó de la Peira



Població RCA (EAP) ≥ 15
anys 11.988

MCC ≥ 15 anys
2 ingressos i ≥ 1 patologia
de les seleccionades
101 (0,84%)

MCC + estada ≥ 9
dies
65 (64,36%)

MCC + polimedicació
36 (35,64%)

MCC + estada ≥ 9 dies
+ polimedicació
24 (36,92%)

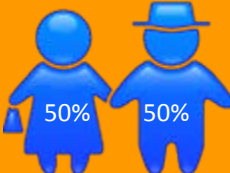
(home/dona ≥ 15 anys) (2 ingressos amb ≥ 1 patologia de les seleccionades) (≥ 9 dies estada) (polimedicació: 10 o més fàrmacs)

Veur
e 8A



Selecció CIP 8A Vilapicina/8C Turó



ABS	Número MCC	CIP
 <p>50% 50%</p> <p>8A-8C</p> <p>78,3 anys</p>	1	002
	2	000
	3	007
	4	002
	5	002
	6	7009
	7	000
	8	006
	9	008
	10	008
	11	001
	12	005



ABS Barcelona 8F Guineueta



Població RCA (EAP) ≥ 15
anys 22.766

MCC ≥ 15 anys
2 ingressos i ≥ 1 patologia
de les seleccionades
195 (0,86%)

MCC + estada ≥ 9
dies
117 (60,00%)

MCC + polimediació
82 (42,05%)

MCC + estada ≥ 9 dies
+ polimediació
49 (41,88%)

(home/dona ≥ 15 anys) (2 ingressos amb ≥ 1 patologia de les seleccionades) (≥ 9 dies estada) (polimediació: 10 o més fàrmacs)

10
(20%)
MCC



Selecció CIP 8F Guineueta



ABS	Número MCC	CIP
 8F 67,4 anys	1	008
	2	000
	3	003
	4	000
	5	003
	6	002
	7	007
	8	002
	9	008
	10	007



ABS Barcelona 8l Chafarinas



Població RCA (EAP) ≥ 15
anys 15.400

MCC ≥ 15 anys
2 ingressos i ≥ 1 patologia
de les seleccionades
134 (0,87%)

MCC + estada ≥ 9
dies
92 (68,66%)

MCC + polimedicació
58 (43,28%)

MCC + estada ≥ 9 dies
+ polimedicació
42 (45,65%)

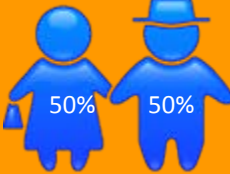
(home/dona ≥ 15 anys) (2 ingressos amb ≥ 1 patologia de les seleccionades) (≥ 9 dies estada) (polimedicació: 10 o més fàrmacs)

10
(24%)
MCC



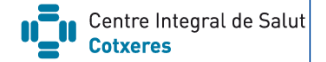
Selecció CIP 8I Chafarinas



ABS	Número MCC	CIP
 8I 76,5 anys	1	008
	2	2016
	3	3003
	4	7004
	5	005
	6	7002
	7	3009
	8	5006
	9	9002
	10	5005



ABS Barcelona 8J Cotxeres



Població RCA (EAP) ≥ 15
anys 19.587

MCC ≥ 15 anys
2 ingressos i ≥ 1 patologia
de les seleccionades
30 (0,15%)

MCC + estada ≥ 9
dies
19 (63,33%)

MCC + polimediació
13 (43,33%)

MCC + estada ≥ 9 dies
+ polimediació
10 (52,63%)

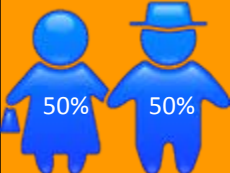
(home/dona ≥ 15 anys) (2 ingressos amb ≥ 1 patologia de les seleccionades) (≥ 9 dies estada) (polimediació: 10 o més fàrmacs)

(20)
MCC



Selecció CIP 8J Cotxeres



ABS	Número MCC	CIP	Número MCC	CIP
 8J 85,0 anys	1		11	
	2		12	
	3		13	00
	4		14	6
	5		15	
	6		16	0
	7		17	8
	8		18	5
	9		19	02
	10		20	



Ja tenim els 52 pacients, i ara què?





Ja tenim els 52 pacients, i ara què?

1. DEFINICIÓ D'ACTUACIONS A NIVELL D'UN
MARC GENERAL (MACRO)

2. DEFINICIÓ I ANÀLISI A NIVELL DE CAS
(MICRO)



1.DEFINICIÓ D'ACTUACIONS A NIVELL D'UN MARC GENERAL:

1.1 IDENTIFICACIÓ INFORMÀTICA DEL MCC

PRESENT



**ALERTA I ETIQUETA DELS MCC EN
ELS PROGRAMES INFORMÀTICS
DELS DISPOSITIUS QUE HAN
D'ATENDRE AQUESTS MALALTS.**

FUTUR





1.DEFINICIÓ D'ACTUACIONS A NIVELL D'UN MARC GENERAL:

1.2 ACTUACIÓ I ROL A DESENVOLUPAR DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA:

MCC ESTABLE



MCC DESCOMPENSAT

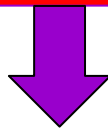


1. DEFINICIÓ D'ACTUACIONS A NIVELL D'UN MARC GENERAL:

1.2 ACTUACIÓ I ROL A DESENVOLUPAR DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA:

MCC ESTABLE

**.ACTUACIONS PROACTIVES DE
SEGUIMENT DEL MCC**



COM?

- .VALORACIÓ SITUACIÓ CLÍNICA.
- .SUPPORT ALS CUIDADORS QUE TÉ.
- .VALORACIÓ SOCIAL INTEGRAL.
- .FOMENTAR L'EMPOWERMENT I L'AUTOCORA DELS MALALTS.
- .CONTROL DE LES PATOLOGIES CRÒNIQUES D'AQUESTS MALALTS.
- .FORMACIÓ I CONTROL EN LA PRESCRIPCIÓ DE MEDICAMENTS (INADEQUACIÓ I SEGURETAT).
- .PROGRAMES D'ADHESIÓ TERAPÈUTICA
- .FOMENTAR LA PARTICIPACIÓ COMUNITÀRIA.
- .PACIENT EXPERT

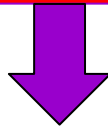


1.DEFINICIÓ D'ACTUACIONS A NIVELL D'UN MARC GENERAL:

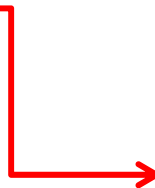
1.2 ACTUACIÓ I ROL A DESENVOLUPAR DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA:

MCC ESTABLE

.ACTUACIONS PROACTIVES DE
SEGUIMENT DEL MCC



OBJECTIUS



.EVITAR DESCOMPENSACIONS
DE LES SEVES MALALTIES PER
DISMINUIR INGRESOS
HOSPITALARIS.

.MILLORAR L'ADEQUACIÓ DE LA
SEVA PRESCRIPCIÓ.

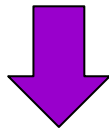


1. DEFINICIÓ D'ACTUACIONS A NIVELL D'UN MARC GENERAL:

1.2 ACTUACIÓ I ROL A DESENVOLUPAR DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA:

MCC DESCOMPENSAT

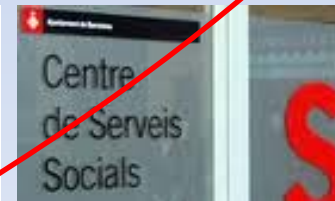
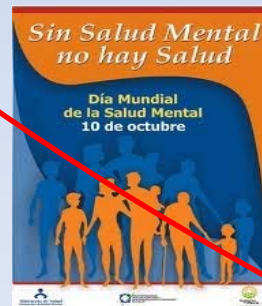
.DEFINICIÓ DELS DISPOSITIUS PER FER EL DIAGNÒSTIC I/O PRE-INGRÉS PER ARRIVAR A L'ESTABILITZACIÓ CLÍNICA D'AQUESTS MALALTS.



COM?

.TENIM EN COMPTE TOTS ELS DISPOSITIUS SANITARIS TERRITORIALS I DERIVAR A AQUESTS MALALTS AL CENTRE MÉS ADEQUAT.

1.3 Coordinació Territorial:





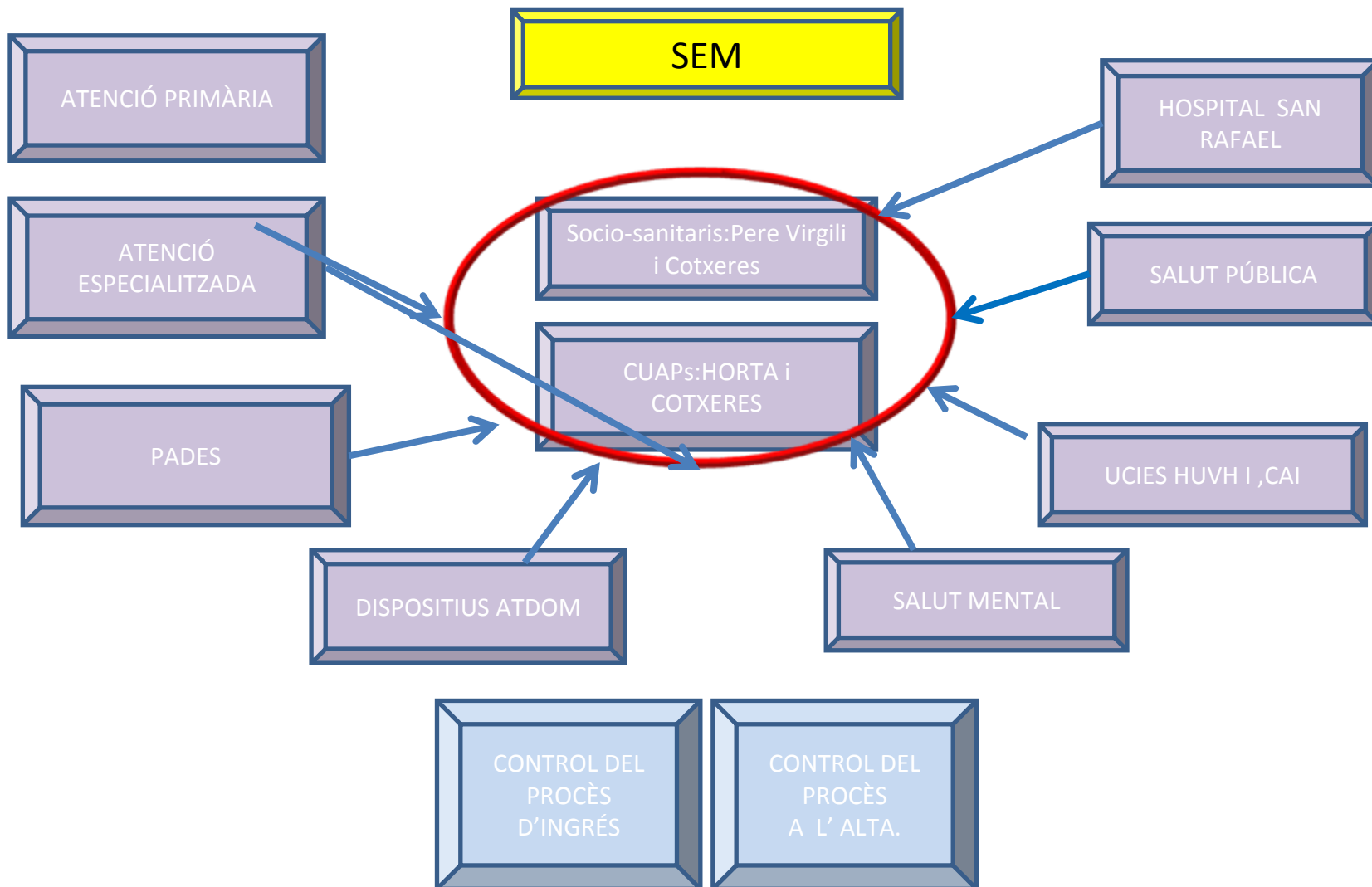
1. DEFINICIÓ D'ACTUACIONS A NIVELL D'UN MARC GENERAL:

1.4 CIRCUITS ASSISTENCIALS





1.4 CIRCUIT D'ATENCIÓ INMEDIATA DEL MCC:





Experiències en el territori (I)



7th Congress of the EUGMS / 53rd Congress of the SEGG	
Reference	Colprim D, Martín R, Parer M, Espinosa L, Inzitari M, Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011, 46(Espec Cong): 24-106
Title	Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases managed by an expert primary care team as an alternative to conventional hospitalization. A pilot study.
Authors	D. Colprim (1-2), R. Martín (3), M. Parer (3), L. Espinosa (1), M. Inzitari (1-4).
Work center(s)	(1) Hospital Socio-Sanitari Pere Virgili, Barcelona, Spain (2) Geriatric Department, Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain (3) Equip Atenció Primària Vallcarca-Sant Gervasi, Barcelona, Spain. (4) Institute on Aging, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.
Summary	<p>Objective Direct admission of geriatric patients with reactivated chronic diseases to an intermediate care (IC) geriatric unit may be an alternative to hospitalization in an acute general hospital. In a specific geographic area of Barcelona, we implemented a pilot clinical pathway to promote direct admission of these patients, routinely and actively followed-up by an expert primary care team, to a specialized geriatric IC unit. We aim to compare baseline characteristics and outcomes at discharge between patients admitted from home (HO), and those admitted from an acute hospital (AH) where had been previously hospitalized for similar acute diagnostics.</p> <p>Methods We included patients admitted to IC from January 2010 to March 2011. We recorded demographics, social status (living alone), comorbidity (Charlson index) and number of chronic medications. At admission, we assessed functional status (Barthel index), cognitive status (Pfeiffer SPMQ), risk of falls (Downton scale), and risk of pressure ulcers (Emina scale). We recorded discharge destination (including mortality and transfer to the acute hospital), and length of stay.</p> <p>Results We had 41 admissions, (20 AH vs 21 HO). Prevalent diagnostics at admission were: chronic heart failure (41.5%), COPD (12.2%), chronic kidney disease (9.8%) and urinary infections (7.3%). Mean age (SD) was 85.46±7.12, 26 (63%) were women. Comparing the two groups, there were no statistically significant differences in age, gender, social status, comorbidity and number of medications. At admission in IC, patients coming from home had a worse functional status (Barthel score 65.2±33, 1 AH vs 43.7±25,2 HO, p<0.02), but similar cognition, risk of falls and of pressure ulcers. At discharge, AH and HO had comparable mortality (4 Vs 3 deaths, p=0.52), transfer to the acute hospital (3 vs 0, p=0,125), and length of stay (42,6±25,4 vs 37,3±20,8 days, p=0,469).</p> <p>Conclusions At admission to IC, compared with patients discharged from the acute hospitals, patients admitted from home had similar demographic, clinical and social characteristics and a worse function. Outcomes at discharge were similar. Our pilot results encourage exploring direct admission to an IC unit, linked with a primary care expert team, for older adults with reactivated chronic diseases, as an alternative to conventional hospitalization</p> <p>ADDENDUM: the AH grup summed up 297 days of acute hospital admission (mean acute LOS being 13,5 days), which could be avoided in the HO grup .</p>

7th Congress of the EUGMS / 53rd Congress of the SEGG	
Reference	Colprim D, Martín R, Parer M, Espinosa L, Inzitari M, Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011, 46(Espec Cong): 24-106
Title	Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases managed by an expert primary care team as an alternative to conventional hospitalization. A pilot study.
Authors	D. Colprim (1-2), R. Martín (3), M. Parer (3), L. Espinosa (1), M. Inzitari (1-4).
Work center(s)	(1) Hospital Socio-Sanitari Pere Virgili, Barcelona, Spain (2) Geriatric Department, Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain (3) Equip Atenció Primària Vallcarca-Sant Gervasi, Barcelona, Spain. (4) Institute on Aging, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.



Cap a una millora en el model

Mirar al darrera

Mirar al davant

Acció reactiva

Acció proactiva

Individual

Interdisciplinar

Presencial

Pot ser també tele-presencial

No planificat

Pla personalitzat

Visió parcial: orientat a la malaltia

Visió Holística: necessitats BSS

Serveis fragmentats

Serveis integrats



Requeriments Pla d'Actuació Territorial

- ✓ Compromís institucional
- ✓ Lideratge clínic en el territori
- ✓ Coordinació territorial del projecte
- ✓ Selecció Equips d'Atenció Primària
- ✓ Selecció de la població
- Selecció d'eines i instruments
- Reordenació i reorientació dels serveis de salut
- Avaluació del resultats



Eines i Instruments a tenir en compte

Sistema d'informació integrat



Monitoratge telefònic proactiu



Rutes assistencials



TicSalut: ajuda i suport en la gestió de la salut



Guies electròniques de Pràctica Clínica



Visualitzar els Bancs d'Ajuts tècnics Serv. Socials





TicSalut i Estratègies actuals: eSalut

Història Clínica Compartida (HC3)

Carpeta Personal de Salut

Digitalització de la imatge

Telemedicina i teleassistència

Recepte Electrònica



Tic i Cronicitat: "Salut i qualitat de vida"



Tweets rellevants amb hastag #ctecno i #ticsalut

BCN, 29/09/2011



El 74% de la població adulta manifesta tenir una malaltia crònica. #Ctecno #ticsalut

24-Sep-11 10:20 | CTecno



El 52% persones entre 15 i 24 anys tenen una malaltia crònica, i el percentatge augmenta fins al 96% en majors de 65 anys #Ctecno #ticsalut

24-Sep-11 17:20 | CTecno



Les malalties cròniques seran la causa principal de discapacitat el 2020. #Ctecno #ticsalut <http://t.co/p9ZSsW7u>

26-Sep-11 06:21 | CTecno



Els darrers anys s'ha incrementat notablement l'índex de sobreenvelliment: prop del 14% d'aquest grup té més de 85 anys. #Ctecno #ticsalut

27-Sep-11 11:24 | CTecno



Un Programa de crònics ha de tenir tecnologia però tb ha de tenir ànima #ctecno #ticsalut

29-Sep-11 18:02 | DraDRuiz



Gran afirmació: "per introduir tecnologies a la salut, cal primer una alfabetització tecnològica i també sanitària" #ctecno #ticsalut

29-Sep-11 18:55 | CTecno



El 64% dels pacients voldrien tenir la seva historia clínica a la seva tarja sanitària. #CTecno #ticsalut

29-Sep-11 18:59 | Cesar_Mtnz



Innovar en el model

El Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)





Proposta avaluativa per indicadors

exemple



Ingressos hospitalaris innecessaris

Taxa d'hospitalitzacions evitables en ICC i MPOC

Reingresos per reagudització en 30d post a l'alta

Cost de farmàcia

Polimediació i medicació inadequada

Utilització inadequada dels serveis d'urgència



Cap a uns bons resultats

Millorar la salut de les persones, famílies i cuidadors

Educar i corresponsabilitzar al ciutadà i entorn

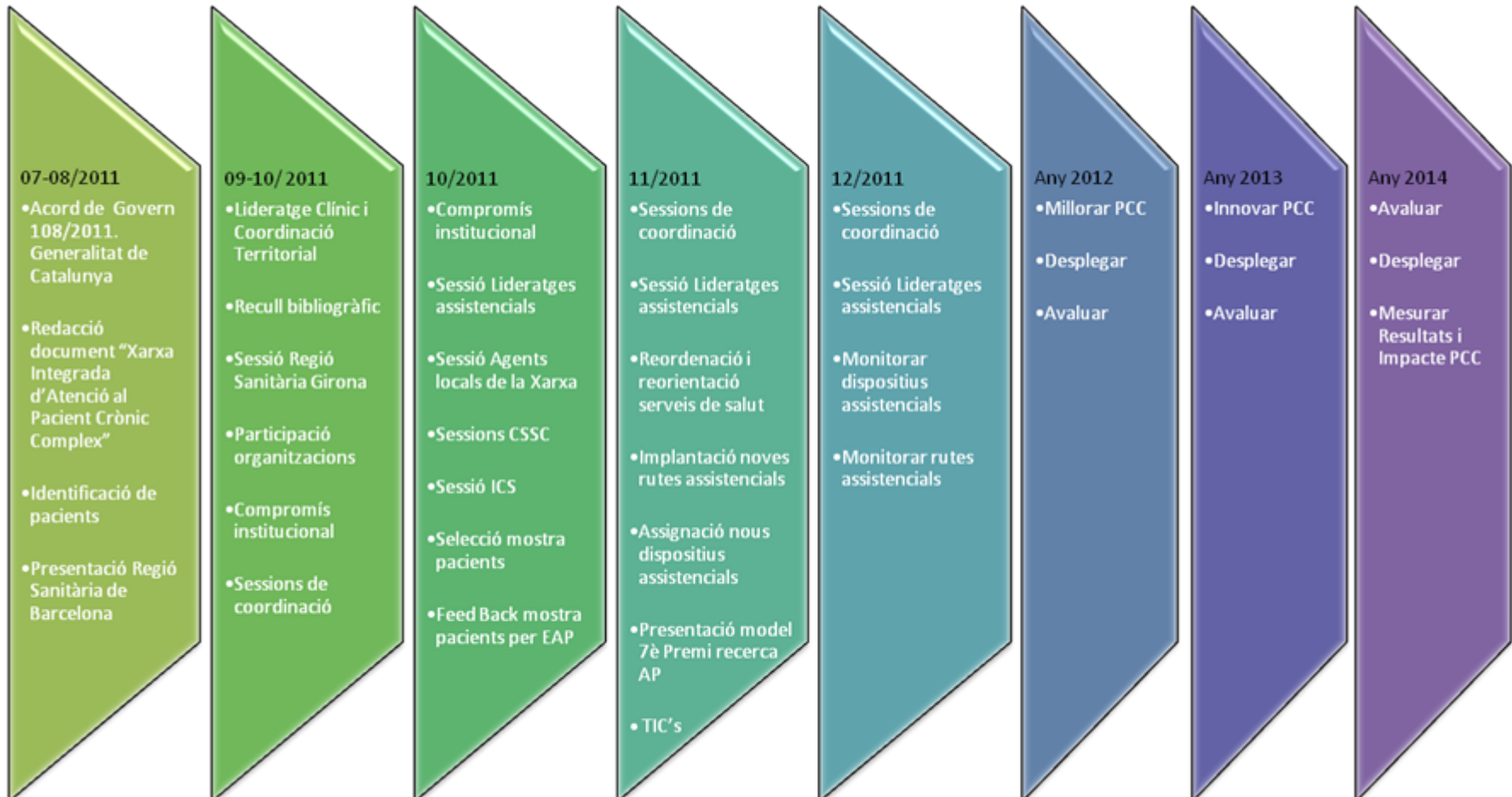
Garantir l'atenció correcta en la trajectòria vital

Mantenir a les persones en la seva comunitat

Millorar la transició entre els sistemes de salut i social



Cronograma del Programa





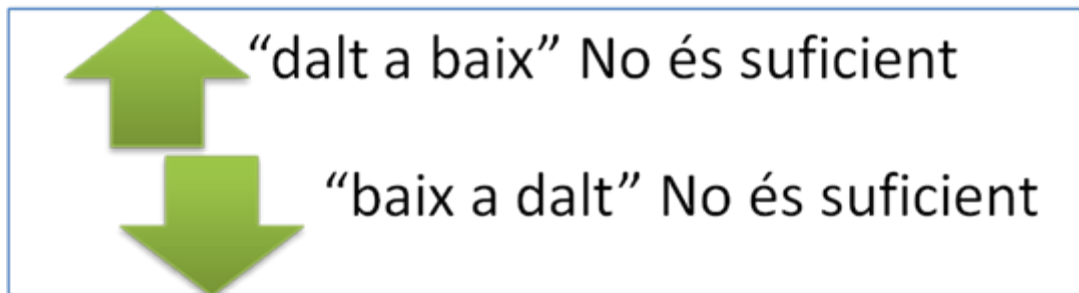
Primer repte

- Una acció purament **dirigista** “des de dalt a baix” pot trobar dificultats en el lideratge i la implicació clínica dels professionals.
- Una acció purament **desenvolupista** “des de baix a dalt” pot no trobar recolzaments, eines i mecanismes formals. Pot generar illes d'excel·lència.



Primer equilibri

- Establir una direcció estratègica clara i definida, alhora que es segueix un procés nou i participatiu que s'inicia des de la primera línia clínica assistencial i de gestió sanitària del territori, adaptant-la als canvis i fites aconseguides.





Segon repte:



**EL REPTE ÉS: D'ORGANITZACIÓ I
COOPERACIÓ.**

**.PRIORITAT: GARANTITZAR LA
COMUNICACIÓ ENTRE ELS DIFERENTS
NIVELLS ASSISTENCIALS.**



Alguns documents de referència



Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.
DS /SCS, novembre de 2010

Atenció pro- activa en un model d'atenció integrada per a pacients crònics
en situació de complexitat en el marc del PIAPISC. CSSC, febrer de 2010



Estratègia para afrontar el reto de
la cronicidad en Euskadi.
Osakidetza, juliol de 2010

Xarxa d'atenció integrada d'atenció
al pacient crònic complex.
RSB, juliol de 2011





En aquest projecte col·laboren i acompanyen

Benet, Carles RSB/CSB; Beni, Carme RSB/CSB; Berenguer, Rafael ICS ABS Guineueta; Buron, Raquel ICS ABS Vilapicina /Turó; Camacho, Concepción CSSC; Coma, Anna RSB/CSB; Cornet, Joan TICSALUT; Escosa, Àlex SAP Muntanya / Dreta; Estany, Jaume RSB/CSB; Faixedas, Ma. Teresa RSG; García, José A. SAGESSA; García, Lourdes CIS ABS Cotxeres; Garrido, Isabel ICS ABS Chafarinas; González, Carme RSB/CSB; Gracia, Lluís PSPV ; Guarga, Àlex RSB/CSB; Guinart, Anna ICS ABS Vilapicina /Turó; Inzitari, Marco PSPV; Llauger, Ma. Antònia SAP Muntanya / Dreta; Luque, Francesc J. ICS ABS Guineueta; Manyach, Josep TICSALUT; Martínez, Teresa CIS Cotxeres; Miró, Mònica RSB/CSB; Monteverde, Cristina CIS SS Cotxeres; Moya, Francisco TICSALUT; Orti, Clara ICS ABS Chafarinas; Pérez, Sònia CIS ABS Cotxeres; Pérez, Xavier SSIBE; Plaza, Aina RSB/CSB; Puigdollers, Montserrat RSB/CSB; Romea, Soledad ICS H Vall Hebron; Ruano, Ignasi RSB/CSB; Rubio, Anna CIS Cotxeres; Sala, Clara SAP Muntanya / Dreta; Serrasolsas, Rosamaria RSB/CSB; Serrat, Josep CIS Cotxeres; Vallverdú, Imma RSB/CSB; Zara, Corinne RSB/CSB;

i seguim creixent...

“ Dignes-m'ho i potser m'oblidi
Ensenya'm i ho recordaré!
Involucra'm i ho entendré! ”
Benjamin Franklin(1706-1790)

