

Atenció integrada social i sanitària

Línia
**Atenció integrada
a l'entorn domiciliari**

Document resum



**Generalitat
de Catalunya**

Alguns drets reservats

© Departament de Salut i Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, 2022



Aquest document es publica amb una llicència Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Això vol dir que sou lliure de Compartir — copiar i redistribuir el material en qualsevol mitjà i format.

El llicenciador no pot revocar aquestes llibertats, sempre que seguïu els termes de la llicència següents:

Reconeixement — Heu de reconèixer l'autoria de manera apropiada, proporcionar un enllaç a la llicència i indicar si heu fet algun canvi. Podeu fer-ho de qualsevol manera raonable, però no d'una manera que suggereixi que el llicenciador us dóna suport o patrocina l'ús que en feu.

NoComercial — No podeu utilitzar el material per a finalitats comercials.

SenseObraDerivada — Si remescleu, transformeu o creeu a partir del material, no podeu difondre el material modificat.

No hi ha cap restricció addicional — No podeu aplicar termes legals ni mesures tecnològiques que restringeixin legalment a altres de fer qualsevol cosa que la llicència permet.

1a edició electrònica: febrer de 2022

Disseny gràfic i maquetació: Víctor Oliva

Autoria i revisió

Coordinació:

Dolors Rusinés i Bonet. Coordinadora de Programes Estratègics. Secretaria General del Departament Treball, Afers Socials i Famílies. Membre del Pla d'atenció integrada social i sanitària.

Joan Carles Contel i Segura. Membre del Comitè Operatiu del Pla d'atenció integrada social i sanitària. Direcció General de Planificació en Salut. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut.

Pilar Hilarión Madariaga. Coordinadora del grup de treball. Subdirectora de la Fundació Avedis Donabedian.

Elaboració:

Ana Fontquerni Gorchs. Directora territorial del Servei Emergències Mèdiques (SEM) a Girona i Catalunya Central.

Anna Manresa Font. Metgessa de família. CAP Tarraco. Membre del Grup AtDom. CAMFiC.

Anna Puig Marí. Directora de l'Àrea de Desenvolupament Corporatiu del Servei d'Emergències Mèdiques.

Ana Ríos Jiménez. Adjunta a la Direcció de Cures d'Atenció Primària. Institut Català Salut. Departament de Salut.

Àngel Díaz i Anson. Coordinador d'Inspecció en l'Àmbit de Col·lectius amb Risc. Servei d'Inspecció i Registre. Direcció de Serveis. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Anna Maria Palou Capdevila. Direcció General de Serveis Socials. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Anna Vila i Rull. Direcció General d'Autonomia Personal i Discapacitat. Departament Treball, Afers Socials i Famílies.

Antonio Vaquerizo Cubero. Grup impulsor de les estratègies de salut mental i addiccions 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut.

Assumpció González Mestre. Infermera. Fins a l'any 2018, cap del Programa Pacient Expert Catalunya® i Programa Cuidador Expert Catalunya®. Departament de Salut.

Bianca Fenoll Almerich. Coordinadora de l'entitat prestadora de serveis Suara.

Carme Correa i Gegúndez. Cap del Servei de Planificació i Avaluació Estratègica. Gabinet Tècnic. Secretaria General. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Corinne Zara Yahni. Gerència d'Acció Territorial del Medicament. Regió Sanitària de Barcelona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Cristina Casanovas-Guitart. Gerència de Cartera de Serveis. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Cristina Gené i Alegret. Cap del Gabinet Tècnic. Secretaria General. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Cristina Molina Parrilla. Àrea de Salut Mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Dolors Rusinés i Bonet. Coordinadora de Programes Estratègics. Departament Treball Afers Socials i Famílies.

Eloi Mayordomo Martínez. Secció de Recursos per a la Infància i les Famílies. Gerència de Serveis de Benestar Social. Diputació de Barcelona.

Ester Amado Guirado. Responsable de Farmàcia. Gerència d'Atenció Primària de Barcelona. Institut Català de la Salut. Departament de Salut.

Ester Gil Sánchez. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Departament de Salut.

Ester Quintana Escarra. Cap del Departament de Persones Grans. Ajuntament de Barcelona.

Ester Sarquella i Casellas. Directora de Desenvolupament de Negoci en Salut Digital. Tunstall.

Eva Ferran i Roig. Delegació Territorial de Tarragona. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Eva Melendo Azuela. Membre del Pla Director Sociosanitari. Departament de Salut.

Francesc Güell Viaplana. Divisió d'Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Francesc Xavier Delgado i Alonso. Coordinador de Programes d'Inclusió i Cohesió Social. Direcció General de Serveis Socials. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Gemma Pifarré i Matas. Cap de l'Àrea de Promoció de l'Accessibilitat i de Supressió de Barreres. Direcció General d'Igualtat. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Georgina Tomàs Comas d'Argemir. Direcció General de Serveis Socials. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Imma Vallverdú Duch. Consorci Sanitari Barcelona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Isidre Cano Ibáñez. Treballador familiar. Suara

Jaume Fort Consul. Treballador social sanitari. Direcció d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut a Girona. Departament de Salut.

Jesús Vaquero Cruzado. Metge responsable de l'Equip de Gestió de la Cronicitat. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat. Institut Català de la Salut. Departament de Salut.

Joan Carles Contel i Segura. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Direcció General de Planificació en Salut. Membre del Comitè Operatiu del Pla d'atenció integrada social i Sanitària. Departament de Salut.

Joan Lluís Piqué Sánchez. Exdirector de Prestacions. Gerència d'Atenció Ciutadana. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Joan Vidal Corsa. Referent d'Arranjaments a la Llar i Prestacions Tècniques. Diputació de Barcelona.

Jordi Amblàs Novellas. Membre del Programa Prevenció i Atenció Cronicitat. Consell Assessor PAISS. Departament Salut.

Jordi Cid Colom. Grup impulsor de les estratègies de salut mental i addiccions 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions. Departament Salut.

Jordi Roca Casas. Director gerent. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic. Director operatiu d'Atenció Intermèdia. Servei Català de la Salut. Comitè Operatiu PAISS. Departament de Salut.

Josep Datzira. Professor de processos del màster de qualitat de l'Institut Universitari Avedis Donabedian-Universitat Autònoma de Barcelona. Director de La Llar Fundació.

Josep Figa Vaello. Metge de família i director de l'Equip d'Atenció Primària Cassà de la Selva. Institut Assistència Sanitària (IAS).

Josep Lluís Jerez i Martínez. Coordinador de la Inspecció en l'Àmbit de la Gent Gran. Servei d'Inspecció i Registre. Direcció de Serveis. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Josep Maria Villegas Subirana. Terapeuta ocupacional. Servei de Teràpia Ocupacional i Productes de Suport (Banc d'Ajudes Tècniques, BAT). Consell Comarcal d'Osona.

Laura Agud i Ferrer Responsable d'Implantació Territorial de Projectes de Foment de la Inversió. Secretaria General. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Maria Josep Barón i Castellar. Cap del Servei de Programació. Sub-direcció d'Anàlisi i Programació. Direcció General de Protecció Social. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Maria Josep López Dolcet. Directora de sector. Gerència Territorial de Girona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Marco Inzitari. Director assistencial del Parc Sanitari Pere Virgili. President de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. Membre Consell Assessor del PAISS.

Maria Antònia Lleuger Rossello. DAP Barcelona. Servei d'Atenció Primària Dreta. Directora operativa del Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut. Departament de Salut.

Maria Candelas. Cuidadora experta.

Maria Carrera i Cortina. Inspectora de Serveis Socials. Servei d'Inspecció i Registre. Direcció de Serveis. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Maria Jesús Real Vázquez. Coordinadora de Prestacions Socials. Treballadora social. Equip de valoració de la dependència. Badalona Serveis Assistencials (BSA).

Maria Josep Caldes i Canela. Sírius. Àrea de Promoció de l'Accessibilitat i Supressió de Barreres. Direcció General d'Igualtat. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Maria Pia Ferrer i Jeremias. Cap del Servei de Formació i Gestió del Coneixement Especialitzat. Gabinet Tècnic. Secretaria General. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Marisa Arumí Ortiz. Directora del Programa d'atenció domiciliària. Benestar Social. Àrea d'Atenció a les Persones. Diputació de Barcelona

Marisa Martí Aguasca. Infermera i adjunta a la direcció del CAP Adrià. Institut Català de la Salut. Departament de Salut.

Marta Ballester Santiago. Coordinadora de Projectes. Fundació Avedis Donabedian. Institut Universitari Avedis Donabedian-Universitat Autònoma de Barcelona.

Marta Fabà Ortega. Responsable de l'Equip Tècnic de Gerència. Institut Municipal de Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona.

Marta Solé i Pascual. Cap de la Subsecció de Suport a la Planificació. Gerència de Serveis de Benestar Social. Diputació de Barcelona.

Merche Cuesta Roca. Cap Territorial d'Emergències. Direcció d'Urgències i Emergències Socials. Àrea de Drets Socials. Ajuntament de Barcelona.

Miquel Àngel Manzano. Tècnic de la Subsecció de Suport a la Planificació. Gerència de Serveis de Benestar Social. Diputació de Barcelona.

Montse Domènech i Prat. Cap del Servei de Benestar Social. Consell Comarcal de l'Alt Penedès.

Montse Puigdollers Garcia. Direcció executiva de Serveis i Programes. Regió Barcelona Àrea Metropolitana (Sant Cugat del Vallès). Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Montse Rossinès i Bayó. Treballadora Social. Àrea de Polítiques Socials i Igualtat. Consell Comarcal del Vallès Oriental.

Núria Arraràs Torrelles. Metgessa. Responsable del Programa d'atenció domiciliària i equips de suport de Lleida. Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital Universitari Santa Maria. Institut Català de la Salut. Departament de Salut.

Paloma Amil Bujan. Infermera. Programa Pacient Expert Catalunya®. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut.

Pau Sánchez Ferrín. Metge geriatra.

Pilar Hilarión Madariaga. Subdirectora. Coordinadora del grup de treball. Institut Universitari Avedis Donabedian-Universitat Autònoma de Barcelona.

Pilar López Calahorra. Cap de la Divisió de Prestacions Farmacèutiques. Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Sebastià Santaeugènia González. Director del Pla director sociosanitari. Director del Programa de prevenció i atenció cronicitat (PPAC). Director del Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS). Departament de Salut

Silvia Pérez Corts. Àrea de Polítiques Socials i Igualtat. Consell Comarcal del Vallès Oriental.

Simona Fontanet. Treballadora familiar. Associació de Treballadors/es Familiars de Catalunya.

Teia Fàbrega i Pairó. Directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa. Consell Assessor del PAISS.

Valle Vinardell i Arbulo. Sub-directora general d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Victoria Mir Labalsa. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut.

Xavier Canals i Montero. Àrea Implantació Territorial de Projectes de Foment de la Inversió. Secretaria General. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Índex

1	INTRODUCCIÓ: CONCEPTUALITZACIÓ I MARC DE REFERÈNCIA.....	12
1.1	Situació de punt de partida a Catalunya	16
2	PROPOSTA D'UN NOU MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA A DOMICILI	18
2.1	Quina és la missió d'un programa d'atenció integrada a domicili?.....	19
2.2	Quina és la visió del PAID?	19
2.3	Quins són els principis d'actuació del PAID?	20
2.4	Quins són els valors del PAID?	21
2.5	Quina finalitat i objectius té el PAID?.....	21
2.6	Quin és l'abast del PAID?	22
2.7	A quina població s'adreça el PAID?	26
2.8	Quins són els criteris d'inclusió del PAID?	27
2.9	Hi ha criteris d'exclusió del PAID?	29
2.10	Quines característiques té el programa d'atenció integrada a domicili?.....	30
3	CATÀLEG DE SERVEIS D'ATENCIÓ INTEGRADA A L'ENTORN DOMICILIARI	33
3.1	Quins són els processos bàsics del PAID?	36
3.2	Quins són els processos bàsics i crítics en el PAID?.....	37
3.2.1	Procés d'acollida i accés al PAID	37
3.2.2	Valoració.....	40
3.2.3	Planificació de l'atenció integrada	42
3.2.4	Execució del PAI	43
3.2.5	Atenció continuada i urgent.....	44
3.2.6	Gestió de les transicions.....	45
3.2.7	Seguiment i revaloració del procés d'atenció	46
3.2.8	Comiat o finalització del procés d'atenció.....	46

4	IMPORTÀNCIA DINS DEL PAID DE L'ATENCIÓ A LES FAMÍLIES, ALTRES PERSONES CUIDADORES I COMUNITAT DE REFERÈNCIA.....	48
4.1	Valoració i suport a la persona cuidadora i la família.....	49
4.2	Atenció a la comunitat.....	52
4.3	Atenció a la llar i entorn on viuen les persones.....	52
4.4	Són importants les tecnologies, els productes de suport i els serveis de suport per dur a terme una atenció domiciliària de qualitat?.....	54
4.5	Tecnologies de la informació i la comunicació en el PAID.....	55
4.6	Potencial dels sistemes d'informació en el PAID.....	57
4.7	Importància en l'AD de la introducció i innovació en la gestió d'articles ortoprotètics, productes de suport i serveis relacionats.....	59
4.8	Habitatges intel·ligents i més accessibles.....	60
5	PAID I NOU MODEL DE GOVERNANÇA TERRITORIAL.....	61
5.1	Organització dels recursos humans del PAID.....	63
5.2	Com ha d'evolucionar el model de finançament i compra de serveis per impulsar el PAID?.....	65
5.3	Innovació i gestió del coneixement en atenció integrada a domicili.....	66
6	SUBSISTEMES D'ATENCIÓ I PRINCIPALS SERVEIS VINCULATS A L'AD I NECESSITATS D'ATENCIÓ DE COL·LECTIUS ESPECÍFICS.....	67
6.1	Atenció domiciliària de salut a l'atenció primària de salut: programa ATDOM.....	68
6.2	Paper dels equips del PADES en l'atenció a persones en situació complexitat al domicili.....	69
6.3	Hospitalització domiciliària en el marc del PAID.....	71
6.4	Rehabilitació domiciliària en el marc del PAID.....	72
6.5	Programes d'oxigenoteràpia domiciliària.....	74
6.6	Paper de la farmàcia comunitària: contribució a l'atenció farmacèutica i utilització segura dels medicaments.....	75
6.7	Interconnexió amb altres serveis de l'entorn domiciliari: serveis d'atenció diürna i serveis d'intervenció socioeducativa.....	77

6.8	Transport adaptat i transport sanitari.....	78
6.9	Respostes a les necessitats de determinats col·lectius al domicili i al seu entorn ...	79
6.9.1	Atenció a infants i adolescents.....	79
6.9.2	Atenció a dones embarassades i durant el postpart	83
6.9.3	Atenció a persones amb trastorn de salut mental i addiccions	85
6.9.4	Atenció a persones amb demència o Alzheimer	86
6.10.	Serveis d'ajut a domicili	87
6.11	Serveis de tecnologia de suport i cura: TLA bàsica i TLA avançada	88
6.12.	Serveis de suport a familiars cuidadors i altres persones cuidadores no professionals.....	88
7	SISTEMA D'AVALUACIÓ AL PAID	90
7.1	Indicadors de qualitat dels equips funcionals PAID.....	90
7.2	Indicadors de seguiment del PAID.....	97
8	FULL DE RUTA DE L'ATENCIÓ INTEGRADA DOMICILIÀRIA. ACCIONS RECOMANADES PER AL DESPLEGAMENT DEL MODEL.....	104
8.1	Indicadors d'avaluació proposats en el desplegament del model per a cada línia de treball.....	105

1 INTRODUCCIÓ: CONCEPTUALITZACIÓ I MARC DE REFERÈNCIA

L'[atenció domiciliària \(AD\)](#) es pot entendre com l'atenció social i/o sanitària que es presta a una persona al lloc on viu, amb l'objectiu de mantenir-la en el seu entorn habitual, sempre que sigui possible, i aconseguir així el seu nivell màxim de salut, qualitat de vida, benestar i autonomia. En canvi, l'AD compartida és l'atenció en què intervenen conjuntament professionals de diversos àmbits i nivells d'atenció, que comparteixen informació i objectius i, si escau, prenen decisions de manera conjunta, per garantir l'atenció integral i integrada de les persones al domicili.

És ben coneguda la necessitat de revisar els models d'AD, ja que hi ha uns quants factors que fan previsible un augment de la demanda d'aquest tipus de serveis en els propers anys:

- Intensitat i ritme dels canvis demogràfics.
- Potenciació d'estratègies centrades en les persones, entorn cuidador i en la comunitat, amb la necessitat de passar a una visió i intervenció integrada i holística de les persones.
- Canvi de paradigma amb la introducció d'una atenció basada en valors, desitjos i preferències.
- Existència d'una elevada fragmentació de serveis que es presten a l'entorn domiciliari, amb dificultats d'interrelació de sistemes d'informació.
- Necessitat d'harmonització de les intervencions al domicili dels serveis del sistema sanitari i d'aquests amb els serveis socials, motivacions que duen a la necessitat de disposar d'una AD integral.

Entre els marcs de referència de l'atenció, és necessari que es tingui en compte la proposta de la National Academy of Medicine, dels Estats Units, que, en les seves noves regles d'atenció i suport, hi inclou les consideracions següents:

- S'ha de personalitzar l'atenció segons els valors, les preferències i la necessitat de la persona.
- La persona atesa i la persona cuidadora són el referent per al control dels resultats.
- L'atenció s'ha de fonamentar en la relació de continuïtat i el treball col·laboratiu i preventiu.
- El coneixement s'ha de compartir i la informació ha de fluir lliurement.

- La presa de decisions està basada en l'evidència i es fa de manera conjunta amb la persona i la seva família o entorn cuidador.
- La seguretat ha de ser una prioritat del sistema, especialment en un entorn tan fragmentat.
- S'anticipen les necessitats dels grups d'interès.
- S'ha de treballar per disminuir al màxim les possibles ineficiències (escenaris de no atenció o de superposició en alguns casos).

En la prestació de serveis a l'entorn domiciliari, moltes vegades hi **concorren** un gran nombre de professionals d'organitzacions amb sistemes d'informació i finançament diferents. A continuació es mostra, de manera gràfica, l'escenari d'alta fragmentació que hi ha en l'entorn de l'AD.

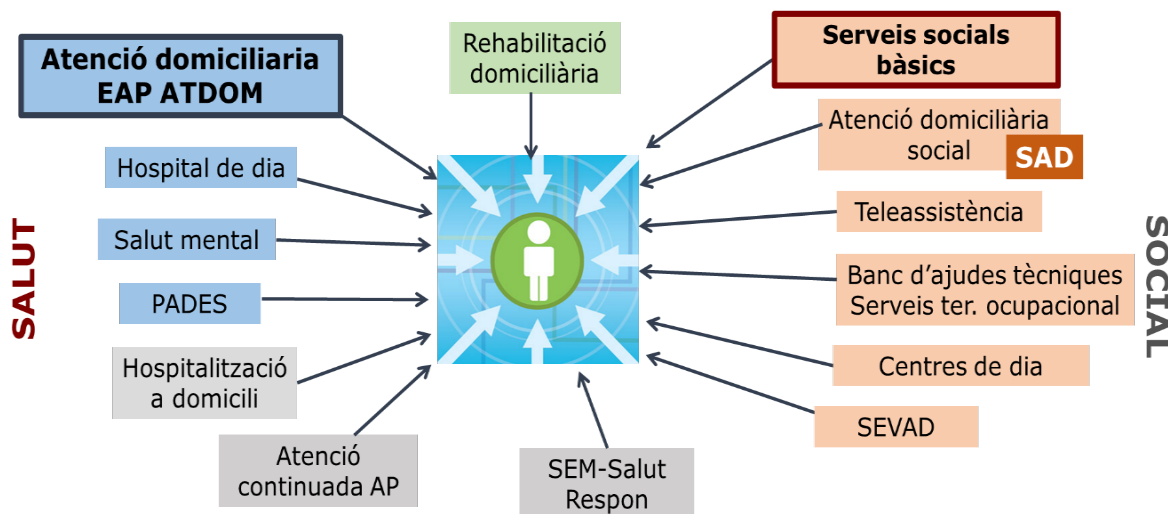


Figura 1. Diferents actors implicats i que cal tenir en compte en la construcció d'una atenció compartida i integrada

Quan es planteja el desenvolupament d'un model, hi ha diverses formes d'abordar-lo. En el supòsit que ens ocupa, s'ha optat per seguir part de la filosofia de la metodologia EFQM, segons la qual, en primer terme, cal definir els resultats esperats, després s'han de plantejar els processos clau i, finalment, les polítiques i les estratègies que tenen en compte els professionals i els recursos necessaris per portar-les a terme.

Per elaborar el model, s'han seguit els grans passos següents:

1. **Revisió en profunditat de la bibliografia existent** en matèria dels següents aspectes: atenció integrada (AI), atenció domiciliària (AD), governança en models d'AI, i marcs avaluatius de l'AI social i sanitària.
2. **Identificació de les veus de les persones** a les quals s'adreça el model d'AI i dels professionals, gestors i referents del món local, a escala territorial i departamental (Departament de Salut i Departament de Treball, Afers Socials i Famílies –DTSF).
3. Elaboració del **marc conceptual i de referència del model d'AI**.
4. Definició del **marc estratègic del marc d'AD integrada**.
5. **Identificació dels resultats esperats** i dels indicadors de qualitat dels equips prestadors de serveis en el marc de l'entorn domiciliari.
6. Identificació dels **processos clau d'atenció**.
7. Identificació dels **reptes de l'AD integrada** en diferents nivells i equips d'atenció.
8. Desenvolupament d'un model de **bon govern** del programa d'AD integrada.
9. Elaboració del **full de ruta** per als propers set o vuit anys de treball.
10. Elaboració del **marc avaluatiu** a àmplia escala, escala intermèdia i petita escala.
11. Elaboració del **manual d'indicadors de qualitat** dels equips d'atenció funcionals d'atenció integrada a l'entorn domiciliari.
12. Identificació de les **eines necessàries** que facilitin el desplegament del present model.
13. Definició d'estratègies de **gestió del canvi** que facilitin el desplegament del model d'AI.

El model d'AI a l'entorn domiciliari inclou els elements clau propis del Pla atenció integrada social i sanitària (PAISS) pel que fa a:

- **Reconeixement a la singularitat, els valors i les fortaleses pròpies de cadascun dels elements** que integren la xarxa prestadora de serveis a l'entorn domiciliari i de les seves experiències prèvies en relació amb l'AI a les persones dins del territori.
- **Visió poblacional** del model d'AD.
- **Visió territorial de base comunitària**. El model assumeix els **dispositius d'atenció primària (AP) sanitaris i de serveis socials com a principals actors** per promoure respostes assistencials i preventives de màxima proximitat
- **Atenció centrada en les persones i la comunitat** com a marc d'actuació de referència.

- **Lideratge professional** com a motor de transformació. El model ha d'identificar líders en els territoris, que ajudin a construir el sistema d'AI a domicili a escala territorial i implementin directrius i accions que es destil·len del model.
- **Pràctiques compartides** dels professionals que garanteixin una **resposta preventiva, proactiva, planificada, personalitzada i adaptada** a les necessitats d'atenció de les persones, basades en un pla individual d'atenció compartit únic al domicili, amb la definició d'un o una **professional referent (PR)** i un o una **professional correferent per a les situacions de més complexitat i que impliquin els dos sistemes**.

A escala europea, l'AD constitueix un àmbit d'atenció molt important i en molts casos un sector en si mateix, tant en la seva vessant sanitària com en la social. A més a més, apareix amb força l'AI com a resposta i política pública emergent que ajuda a situar diversos àmbits d'atenció sota aquesta mirada.

Es disposa d'algunes anàlisis a escala internacional sobre la gran variabilitat entre els models de provisió i finançament en la prestació de serveis d'atenció domiciliària (AD). Algunes de les observacions en aquest àmbit són les següents:¹

- **Variabilitat** de models, la **majoria són fragmentats amb separació provisió social i sanitària** i tipus de titularitat.
- **Governança:**
 - Serveis molt **descentralitzats**.
 - **Criteris d'admissió** al servei que es decideixen a escala nacional.
 - **Paràmetres de qualitat** i servei establerts a escala nacional.
- **Finançament:**
 - A Europa s'estima que hi ha una inversió del **0,6% del PIB en AD** i un 3,5%, en serveis residencials.
 - Es financen amb una **combinació d'impostos i assegurança obligatòria**. Hi ha copagament.
- **Clients i usuaris:**

¹ Adaptat de [Home Care across Europe. Case Studies](#). World Health Organization 2013 (European Observatory on Health Systems and Policies).

- Deficiències en l'atenció als problemes de salut mental (SM).
- Dèficits dels serveis formals, que es cobreixen amb els informals.
- **Gestió:**
 - Coexisteixen diferents serveis i de titularitat diversa.
 - Coordinació voluntària i escassa. Hi ha més coordinació en les altes d'hospitals d'aguts.
 - Problemes de personal
 - Introducció de noves tecnologies.
- **Recursos econòmics:**
 - Existència de copagaments.
 - Racionalització en algunes àrees. Possibilitat d'estalvi amb AD preventiva.
 - Predomini de la descentralització.

També comencen a sorgir guies de pràctica clínica basades en l'evidència, com l'exemple del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), de Gran Bretanya, en el qual s'identifiquen evidències en aspectes clau del procés d'atenció a persones al domicili des d'una perspectiva d'AI sanitària i social.

1.1 Situació de punt de partida a Catalunya

Dins de l'anàlisi de la situació de punt de partida a Catalunya, es poden destacar els elements d'interès següent:

- Situació de **transició demogràfica molt intensa d'envelliment**: a la meitat d'aquest segle s'arribarà al voltant d'un 35% i un 15% de més grans de 65 anys i 80 anys, respectivament
- **Increment del nombre de persones** amb afectacions de salut i condicions cròniques i especialment en **situació de multimorbiditat i complexitat**.
- **Canvis socials** i impacte en el sistema de benestar.
- **Canvis** en el **model familiar**.
- **Dèficits de cobertura i intensitat de l'AD** encara a tots els àmbits d'atenció respecte a situacions en altres països: entre el 5-6% de la població de més de 65 anys en

programes AD per part de l'atenció primària de salut (APS) i un 4% en el cas dels serveis d'ajut a domicili (SAD).

- **Iniquitat territorial** en l'accés a la provisió de serveis d'ajut a domicili social amb grups o subpoblacions de persones amb necessitats excloses.
- **Existència de dinàmiques i cultures organitzatives** que no han estat facilitadores de l'AI.
- **Existència de regulacions antigues** que actuen com a **barrera per dur a terme una AI a domicili**: compra de serveis conjunta, compartició de la informació sanitària i social de serveis socials.
- Oportunitat d'incorporar **TIC** i escenaris de **models d'atenció no presencials**.
- **Marc avaluatius amb un excessiu èmfasi en activitat** i no en resultats en salut i benestar i bona experiència d'atenció de les persones usuàries i entorn cuidador.
- **Feminització i envelliment dels professionals** dins de l'àmbit sanitari.

2 PROPOSTA D'UN NOU MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA A DOMICILI²

El model català d'atenció integrada a domicili proposa atendre les persones comptant amb elles mateixes, posant a les persones realment al centre, tenint en compte les seves preferències, valors, necessitats, percepcions i expectatives, oferint-los un servei integral i multidimensional que garanteixi la continuïtat assistencial, des del compromís amb els seus drets i deures, mitjançant un pla d'atenció individualitzat i compartit, pensat i fet conjuntament entre tots els professionals que participen en el procés i prestat de manera que les mateixes persones, les seves persones cuidadores o la família el percebin com un servei únic, que respon a les necessitats sanitàries o socials que no puguin assumir elles mateixes o el seu entorn més proper.

En aquest marc, la permanència de les persones al seu domicili i el seu entorn facilita el desplegament d'un sistema de salut i serveis socials basat en processos d'atenció centrats en les persones, per millorar i afavorir el seu projecte vital, així com la capacitat del seu entorn relacional i comunitari per donar-hi suport i empoderar-la quan sigui necessari.

L'atenció domiciliària (AD) creua els límits entre la vida domèstica i la pública i sovint aquests es difuminen i són un veritable repte per a la construcció d'un model integrat. Si bé els serveis es poden oferir formalment a través d'una sèrie d'estructures organitzacionals públiques i privades, **bona part de l'AD és informal**, prestada per familiars, amics i altres persones cuidadores. A més a més, l'atenció a l'entorn domiciliari, en ser un escenari de prestació de serveis en una multiplicitat de cartera de serveis de salut i de serveis socials, també difumina de vegades la distinció entre l'àmbit ampli, l'intermedi i a petita escala, i introdueix un element de consens necessari entre els enfocaments territorials i locals, amb la necessitat d'harmonitzar polítiques, normatives, reglaments i sistemes organitzatius i de finançament del servei. Pel fet que pot ser tan multivariada i descentralitzada, l'AD requereix un abordatge simultani en tots tres àmbits.

L'AD es pot entendre com l'atenció social i/o sanitària que es presta a una persona al lloc on viu, amb l'objectiu de mantenir-se en el seu entorn habitual i aconseguir, així, el seu màxim nivell de salut, qualitat de vida, benestar i autonomia.

L'AD compartida és l'atenció en què intervenen conjuntament professionals de diversos àmbits d'atenció, que comparteixen informació i objectius, i prenen decisions de manera conjunta per garantir l'atenció integrada al domicili.

² Correspon a capítol 2 del document *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

L'AD implica:³

- L'acceptació de l'usuari per ser inclòs en el programa, i la seva voluntarietat per accedir als recursos.
- Un enfocament centrat en la persona i en les seves capacitats i fortaleses, en lloc d'estar centrat en la seva dependència o malaltia, i que es refereix a l'atenció i el suport al llarg de tota la vida.
- Un conjunt de serveis integrats prestats per equips multiprofessionals, amb un enfocament centrat en les necessitats de salut i socials de les persones ateses.
- La integració de l'atenció entre el treball conjunt amb les persones ateses, les persones cuidadores, els proveïdors dels serveis, els responsables de gestió i la resta d'actors implicats.

2.1 Quina és la missió d'un programa d'atenció integrada a domicili?

El programa d'atenció integrada a domicili (PAID) té la missió d'oferir i assegurar un **abordatge preventiu, de resposta adequada i d'intervenció** proactiva integral, integrada i amb capacitat de resposta per atendre i donar suport **a les persones que tinguin necessitat d'atenció domiciliària** en qualsevol etapa de la seva vida, a les seves famílies, unitat de convivència i entorn proper, d'acord amb les seves preferències, valors i voluntats, i que garanteixi la **intensitat de suport i d'atenció** necessària, així com continuïtat en l'atenció.

2.2 Quina és la visió del PAID?

El programa vol esdevenir el **pilar principal de l'atenció social i sanitària a l'entorn domiciliari** de les persones, des de la **proximitat i integrat a la comunitat**. S'articula en una **xarxa de serveis** integrats d'AD, amb vocació de ser **universal, de qualitat, flexible, efectiva, sostenible, eficient i centrada en les persones**, que proporcioni una bona experiència d'atenció i treballi de manera harmònica amb el conjunt d'agents implicats.

³ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf

2.3 Quins són els principis d'actuació del PAID?

El PAID incorpora els principis d'actuació següents:

1. Atenció de proximitat i amb una plena integració comunitària.
2. Abordatge preventiu i proactiu.
3. Accés ràpid, àgil i simple, amb capacitat de resposta a les necessitats de les persones en cada moment.
4. Promoció de l'autonomia de les persones, amb una visió holística i promotora dels seus drets i deures.
5. Reconeixement, capacitació i empoderament de les persones i del seu entorn cuidador i relacional a escala comunitària.
6. Atenció basada en les valors i preferències de les persones; i, si elles no els poden expressar, l'entorn cuidador pot donar suport per recollir la informació.
7. Atenció continuada sanitària i social amb garanties d'atenció 7x24.
8. Xarxa integrada de serveis, sostenible i amb una utilització eficient dels recursos.
9. Treball conjunt interdisciplinari presencial i no presencial amb els agents implicats.
10. Sistema d'informació i comunicació integrat social i sanitari.

2.4 Quin són els valors del PAID?

Durant els treballs dels grups es va prioritzar que es dediqués temps de treball en la identificació de valors relacionats amb la construcció d'un model d'atenció integrada a domicili.

Els valors del PAID consensuats en els grups de treball han estat els següents:

<p>Respecte i promoció de drets</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honestedat • Transparència • Competència cultural • Respecte per les pertinències • Respecte pel codi deontològic • Confidencialitat • Intimitat 	<p>Equitat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilitat • Universalitat • Solidaritat • Intensitat de suports adequada • Enfocament comunitari • Justícia 	<p>Dignitat</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACP • Comprensió de la diversitat • Perspectiva de gènere • Transculturalitat • Espiritualitat • Suport a la presa de decisions 	<p>Participació activa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participació i empoderament de la persona atesa • Participació de l'entorn cuidador • Entorn comunitari • Coproducció de serveis
<p>Professionalitat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilitat • Qualificació i competència professional • Motivació • Compromís • Amabilitat • Innovació 	<p>Confiança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se en bones mans • Percepció de seguretat • Privacitat 	<p>Treball col·laboratiu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilitat • Treball en equip • Transdisciplinarietat • Continuitat • Coherència • Coordinació 	<p>Qualitat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fer allò correcte de manera correcta • Adequació • Satisfacció dels grups d'interès • Millora contínua • Experiència d'atenció • Recerca

Figura 2. Mapa de valors i atribut de valors del PAID

2.5 Quina finalitat i objectius té el PAID?

Entre les finalitats que té el programa, hi ha les següents:

- Contribuir a la **millora dels resultats en salut i benestar** de les persones ateses a l'entorn domiciliari, de l'entorn familiar i social que en té cura i de la comunitat en el seu conjunt.
- Optimitzar la **percepció de qualitat** respecte de l'atenció que reben les persones ateses a l'entorn domiciliari envers les seves necessitats socials i/o sanitàries.
- Millorar la **satisfacció professional** pel que fa a la prestació de l'atenció al domicili.

- Contribuir a la **sostenibilitat** del sistema de benestar actual, que garanteixi la **utilització més adequada dels recursos disponibles** i eviti hospitalitzacions i institucionalitzacions innecessàries o no adients.

Els objectius principals que s'han d'aconseguir en els propers set anys amb l'atenció integrada a l'entorn domiciliari són:

- Atendre les persones al seu domicili i entorn proper, donant **resposta a les necessitats, valors i preferències** derivades de la seva valoració integral i a les del seu nucli familiar, i garantint **l'equitat en l'accés**.⁴
- **Incorporar la persona atesa i les persones cuidadores i l'entorn familiar**, de manera voluntària, com a elements necessaris i sovint determinants en el diagnòstic compartit i en el **disseny de les estratègies**, per fer possible que la persona romangui al seu entorn habitual i, quan escaigui, que **l'elaboració i la implementació efectiva del pla individual d'atenció integral** es dugui a terme de manera compartida.
- Promoure una **millor qualitat de vida i experiència de cura de les persones ateses**, potenciant-ne l'autonomia personal i unes condicions adients de convivència al seu entorn, així com garantir sempre que sigui pertinent, adequat i factible que la persona pugui restar, si així ho vol, al seu domicili el màxim de temps possible i en les millors condicions, i reduir la probabilitat d'institucionalització.
- **Optimitzar els recursos existents**, incorporar **recursos i actius de la comunitat** i evitar la duplictat de les actuacions al llarg del procés d'atenció.

2.6 Quin és l'abast del PAID?

El PAID és el paraigua sota el qual s'articulen els diferents serveis, projectes, tecnologies i productes de suport (PS) per atendre les persones al seu domicili, tant per necessitats puntuals com a llarg termini, i en diferents àmbits d'intervenció. Inclou tota una sèrie d'accions de promoció de la salut i el benestar, de detecció precoç, d'intervenció oportuna, d'estratègies de recuperació i rehabilitació i d'atenció al final de la vida (vegeu la **figura 3**).

⁴ Implica que es potenciï la capacitat de resposta a les necessitats socials o sanitàries detectades al domicili, amb una actuació d'intensitat modulable en funció del moment evolutiu de les persones.

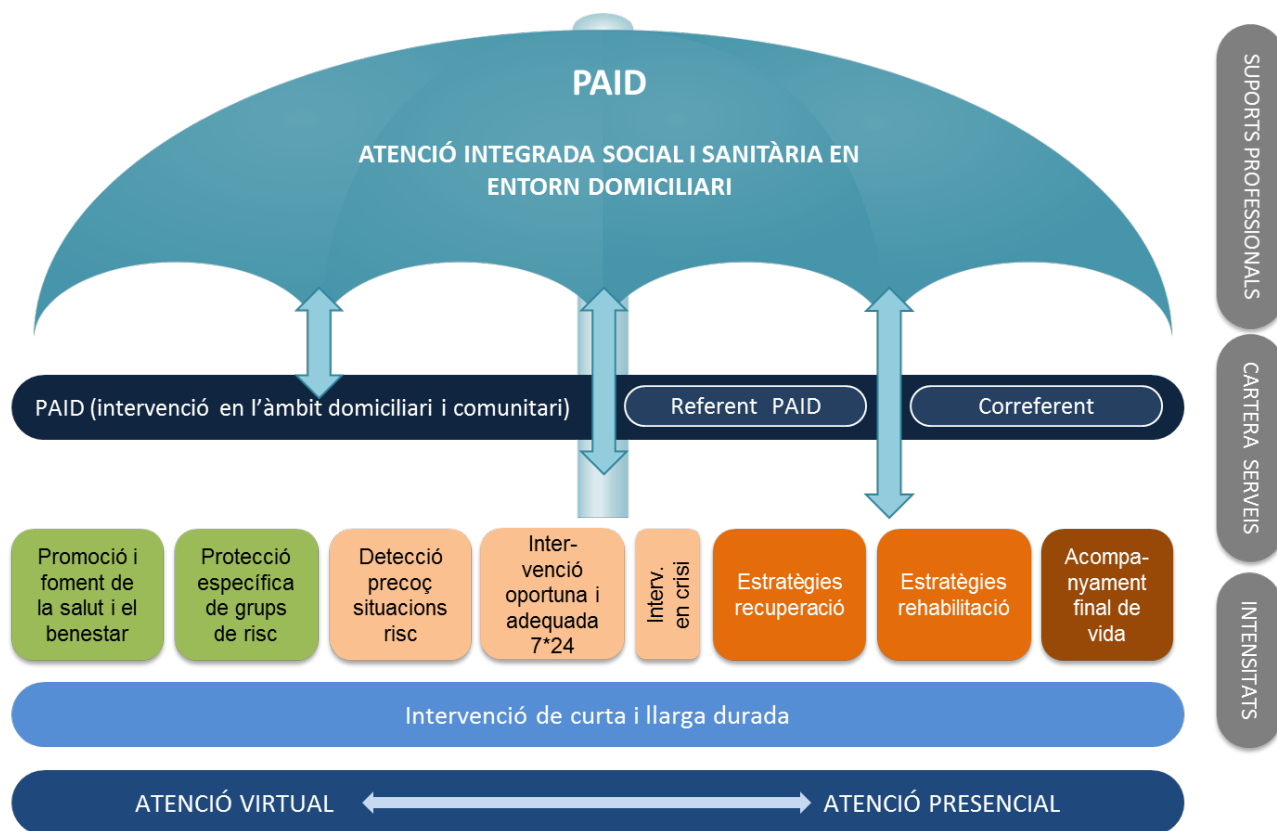


Figura 3. Un model integrat d'atenció social i sanitària als entorns domiciliaris

El PAID incorpora els serveis i les prestacions de **les carteres de serveis** socials i de salut, en les quals s'integra l'AD com a eix prestador. El programa ha de ser dinàmic i operatiu, ja que la situació de les persones i el seu entorn pot canviar de manera sobtada o evolutiva en el temps i ha de tenir capacitat de resposta i adaptació ràpida davant de situacions de crisi o situacions novingudes i també prou capacitat d'atenció proactiva en situacions d'alta complexitat.

El PAID conté una sèrie d'eixos per definir la població que cal atendre:

1. **Complexitat** de la situació.
2. **Intensitat** de suport.
3. **Necessitat de treball concurrent** social i sanitari.
4. **Urgència** de la situació.

5. Durada de la intervenció.

Aquests eixos poden presentar diferents nivells d'intensitat, i els processos organitzatius i d'atenció integrada han de respondre de manera diferenciada i adequada a cadascun d'aquests nivells. Cal tenir en compte que aquestes cinc variables tenen relació amb el grau d'estabilitat de la persona que s'ha d'atendre i de la situació de l'entorn domiciliari en el seu conjunt (vegeu la figura 4).

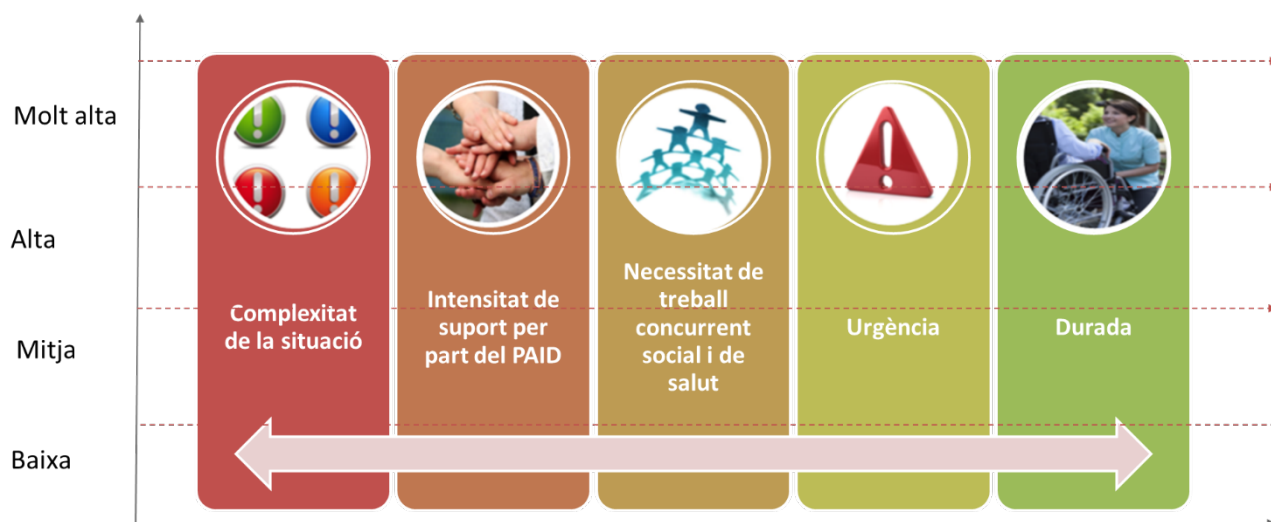


Figura 4. Eixos principals del PAID (a l'esquerre ens referim a la valoració quantitativa de cadascun dels atributs)

La determinació dels serveis de cadascuna de les carteres de serveis (social i sanitària) que s'han de prestar a cada persona de forma individualitzada depèn del nivell d'intensitat de cadascun dels eixos descrits. En la figura 5, es representa de forma gràfica aquesta conceptualització del PAID com a xarxa integral de serveis.

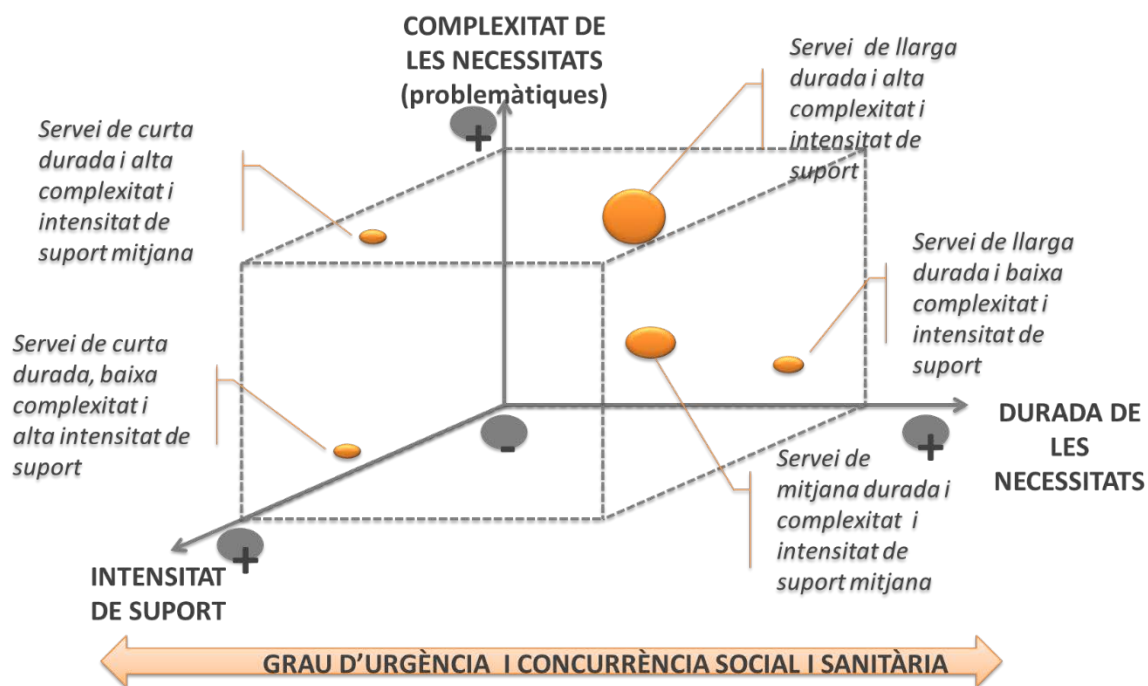


Figura 5 [BBI5]. Visió de la tipologia de serveis del PAID

El PAID ha de vetllar per la coordinació i l'articulació dels diversos serveis que es duguin a terme a l'entorn domiciliari, ja que es concep com una xarxa integrada dins del territori.

L'AD pot ser **presencial** o amb atenció i suport de tipus **virtual**, abraça més enllà del domicili pròpiament dit i s'estén a l'entorn comunitari més proper de les persones. Així, en funció de l'evolució de cada situació, hi ha la possibilitat d'intensificar la prestació del servei integrat d'una manera més presencial, o bé de disminuir la freqüència de les activitats programades per ajustar-les a les necessitats en temps real.

2.7 A quina població s'adreça el PAID?

El PAID és un programa transversal que **dona suport puntual o continuat a les persones al llarg de tota la seva trajectòria vital** quan requereixen una intervenció en un entorn domiciliari; inclou des de l'atenció prenatal en cas de situació de risc sanitari i social que sigui necessari que s'atengui a domicili fins a l'atenció que es presta a la família i les persones cuidadores principals de la persona atesa després de la seva mort, tenint una cura especial del procés de dol. A més, cal tenir en compte que les persones, al llarg de la vida, poden passar per diferents situacions de vulnerabilitat i de fragilitat o relacionades amb la seva interacció amb l'entorn que fan que en un moment determinat (que pot ser puntual o de més llarga durada) requereixin una intervenció en l'escenari del seu domicili i/o del seu entorn domiciliari (vegeu la **figura 6**).

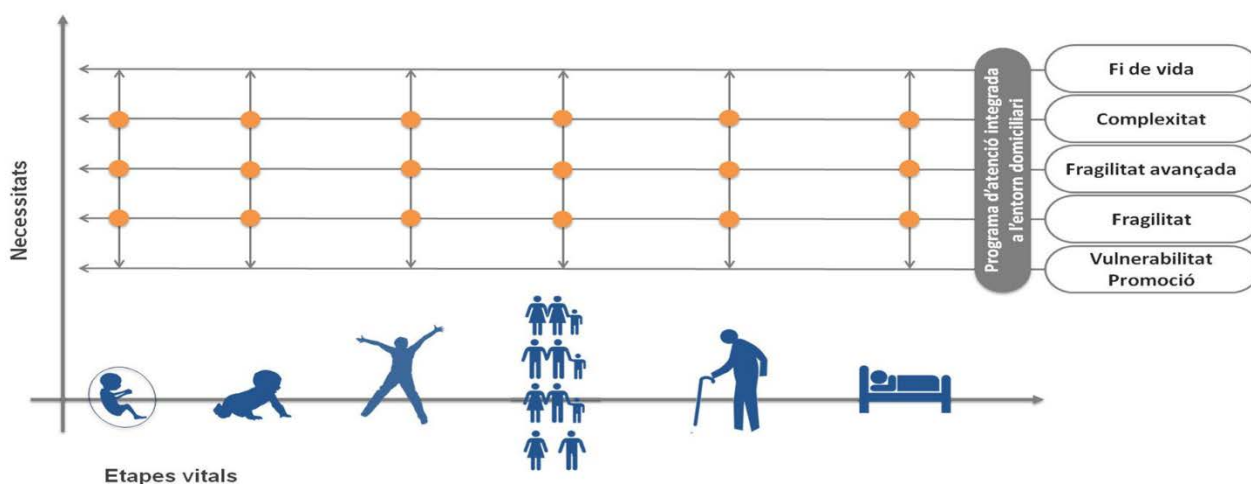


Figura 6. Població a la qual s'adreça el PAID

En relació amb l'atenció a l'entorn comunitari amb el qual s'ha de treballar per a la prestació de serveis del PAID, en la imatge següent (vegeu la **figura 7**) es reflecteixen diferents agents i serveis clau relacionats amb la prestació de serveis del PAID que hi poden intervenir.



Figura 7[BBI7]. Entorns domiciliaris del PAID

2.8 Quins són els criteris d'inclusió del PAID?

Tot i que el PAID, com s'ha vist en l'apartat anterior, s'adreça a totes les persones que en qualsevol moment del seu cycle de vida necessiten suport al seu entorn domiciliari, és ben cert que hi ha **determinats col·lectius** que, per les seves necessitats d'atenció específiques, són **clarament destinataris d'aquest programa** i als quals se'ls ha de prestar una atenció especial i que requereixen l'articulació d'un bon nivell de resposta domiciliària. Entre aquests col·lectius, destaquen **les persones en situació de complexitat**, les persones que presenten **trastorns mentals greus**, les persones amb **demència** i també **els infants i els adolescents** amb problemes de salut o en risc sanitari i social que requereixen atenció al seu domicili.

A continuació, es descriuen els **criteris d'inclusió** per accedir al PAID:

1. Persones que requereixen una **valoració de la seva situació a l'entorn domiciliari** amb la finalitat d'efectuar un diagnòstic integral (persona, ocupació i entorn) i elaborar un pla d'atenció o d'intervenció social i sanitari.⁵

⁵ Per exemple, en supòsits de sospita de violència psicosocial, presa de decisions sobre institucionalització, caigudes freqüents a la llar, no resposta a un tractament en el qual els condicionants socials de l'entorn domiciliari són rellevants per millorar la situació o manca de compliment del tractament, entre d'altres.

2. **Persones en estat de fragilitat i pèrdua de l'autonomia** que requereixen suport addicional al seu entorn cuidador al domicili per dur a terme activitats bàsiques, instrumentals i/o relacionals de la vida diària:
 - a) **Persones fràgils, dependents o amb un grau de vulnerabilitat més elevat** que viuen soles o amb família o xarxa social que té una capacitat limitada de suport, en què es detecten indicadors de risc ja acordats o establerts i per a les quals s'ha concertat prèviament una cartera de serveis d'AD.⁶
 - b) **Població allitada o amb circumstàncies del seu entorn que produeixen una situació d'aïllament,**⁷ que presenten un estat que requereix l'atenció o suport de professionals del sistema de salut i serveis socials.
 - c) Persones que requereixen una valoració i una **adequació potencial del domicili** per superar **barreres arquitectòniques**.
3. **Persones amb necessitats d'aplicació del pla terapèutic al seu domicili** que presenten una patologia aguda,⁸ crònica o avançada que requereix l'atenció i/o suport de professionals del sistema de salut i serveis socials:
 - a) **Persones que segueixen tractaments o teràpies** que requereixen un seguiment al domicili mateix.⁹
 - b) **Persones** que provenen **d'altres hospitalàries o sociosanitàries** i que tenen malalties cròniques o amb seqüeles que determinen una pèrdua sobtada d'autonomia o amb necessitat de continuïtat de cures.
 - c) **Persones** que tenen indicada una **hospitalització domiciliària** amb els criteris establerts en funció de cada programa.
 - d) **Persones en situació de complexitat** sanitària i/o social (per exemple: persones amb malalties cròniques avançades, processos de final de vida,

⁶ Es recomana que es disposi d'eines en què s'especifiquin els indicadors de risc en els quals caldria dur a terme un programa d'intervenció domiciliària.

⁷ Persones que no poden desplaçar-se a un centre prestador de serveis per ser ateses, per motius de salut o de condicions físiques o per la seva situació social o de l'entorn, d'una manera temporal o permanent, i/o que requereixen una ambulància per al trasllat.

⁸ Persones que pateixen problemes de salut aguts que requereixen una intervenció de curta durada, i que tenen dificultats per desplaçar-se i/o no tenen el suport necessari per ser ateses al domicili de manera autònoma.

⁹ Per exemple, en supòsits de guariment d'úlceres per pressió, seguiment de persones amb oxigenoteràpia, casos d'alimentació enteral o persones a qui s'ha indicat rehabilitació domiciliària.

malalties neurodegeneratives, trastorns mentals greus o malalties minoritàries) o limitació funcional que requereixen una intensitat més elevada d'atenció i suport de tipus social i sanitari al domicili.

4. Persones amb **discapacitat¹⁰ o trastorns de conducta** que requereixen suport al domicili, atès que l'entorn cuidador no pot cobrir les seves necessitats adequadament perquè viuen de manera autònoma, o que es troben en situació de risc de claudicació degut a l'elevat grau de suport i la intensitat de l'atenció al llarg de les 24 hores del dia.
5. **Persones que es troben en trajectòria de final de vida** al domicili i que requereixen l'atenció i suport professionals del sistema de salut i serveis socials.
6. **Persones o famílies amb dificultats d'integració social** o amb problemes potencials que puguin sorgir del seu **entorn cuidador inadequat o insuficient**, i que plantegen necessitats o tenen carències que no poden satisfer per elles mateixes.¹¹
7. Persones que es **neguen a ser ateses i en les quals es detecta un problema social o de salut pública** que requereix intervenció segons un criteri professional.

Durant el procés d'implementació d'aquest programa d'atenció integrada, se'n **recomana una estratègia de desplegament progressiu, seleccionant i prioritzant poblacions de risc o poblacions d'alt interès per al programa**, que tingui en compte intervencions d'alt impacte i que **generin noves sinergies i dinàmiques de treball col·laboratiu** presencial i no presencial, que responguin a les necessitats d'atenció integrada d'aquestes persones.

2.9 Hi ha criteris d'exclusió del PAID?

Entre les opcions d'exclusió identificades cal esmentar les següents:

- Persones i unitats de convivència que no es troben en situació de necessitar serveis domiciliaris, o que no compleixen els criteris d'indicació que es descriuen al catàleg de serveis del PAID.

¹⁰ Física, cognitiva, sensorial.

¹¹ Per exemple, competències parentals insuficients per tenir cura dels fills, situacions de sobrecàrrega de la persona cuidadora principal o claudicació, entre d'altres.

- Persones que, de forma voluntària, no volen rebre AD, sempre que això no representi un problema per a tercers.
- Persones que es troben a l'entorn comunitari i que tenen un abordatge propi i específic de suport dels serveis socials i de salut, amb programes ja establerts i amb els quals el PAID ha de mantenir estratègies de coordinació, com és el cas de les persones en centres residencials o persones sense sostre (persones amb problemàtiques de salut mental, addiccions o ambdues, que necessiten una acció integrada i incorporar-les en aquests programes), entre d'altres.

2.10 Quines característiques té el programa d'atenció integrada a domicili?

Una característica fonamental del PAID és que l'**atenció primària social i sanitària són els eixos vertebradors de l'AD**. A causa de l'alta diversificació d'organitzacions que treballen a l'entorn domiciliari, convé generar un marc d'ordenació del model, organitzat sobre la base del treball com a **plataforma de serveis¹²** que articulen l'atenció primària de salut (APS) i els serveis socials bàsics (SSB) (vegeu la figura 8).

¹² Espai on s'articulen i es produeixen processos d'interrelació de professionals, serveis, productes, tecnologia i sistemes d'informació i de comunicació.

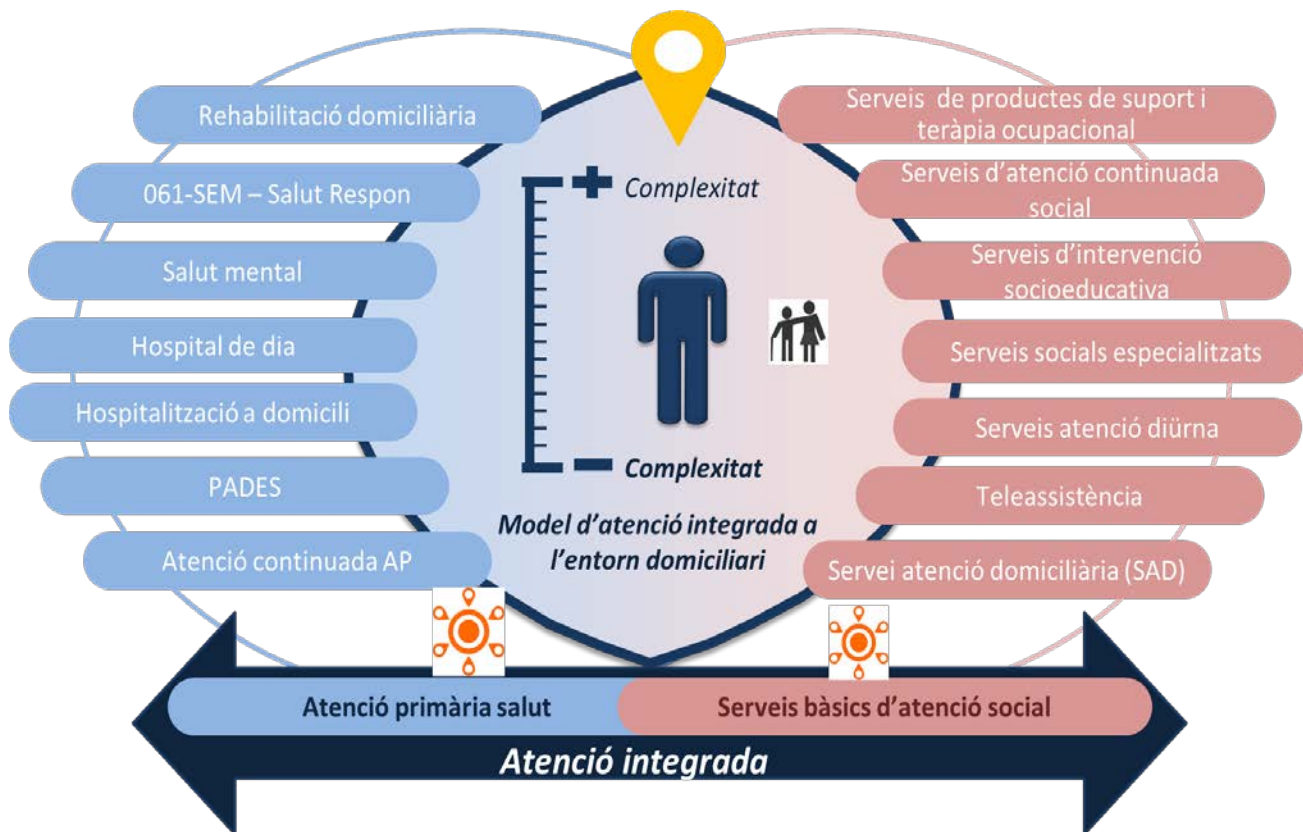


Figura 8. L'atenció primària social i sanitària com a vertebradores de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari

De forma sintètica, a continuació s'enumeren les **característiques** principals del PAID:

- L'AD és un **dret de cobertura universal**; per tant, la seva cobertura **ha d'estar garantida** per a totes les persones que compleixen els criteris establerts.
- S'ha de promoure l'**empoderament territorial** en tots els àmbits, especialment en els intermedis i a petita escala.
- L'**atenció** està **centrada en les persones**, la convivència i l'**entorn relacional** i de suport.
- L'**atenció** és **presencial i virtual**, amb un **enfocament individual i poblacional**, basat en el suport tecnològic i de productes de suport (PS) adequats i de serveis rehabilitadors i de teràpia ocupacional (TO).
- El **seguiment és fonamental**, com també ho és la disponibilitat **d'atenció continuada** dels professionals, que ha de garantir una **capacitat de resposta 7x24** i d'atenció

continuada proactiva per a les situacions que ho requereixin també en la vessant social.

- La **intensitat** dels **serveis** es planteja de forma **flexible**, segons la situació individual de les persones i del seu entorn.
- Es promouen **polítiques de planificació urbana i d'habitatge** per a l'adaptació funcional de l'habitatge o domicili (AFH) i la millora de l'accessibilitat a l'entorn comunitari.¹³
- A més de la **integració horitzontal** de tipus funcional entre els equips d'atenció primària (EAP) sanitaris i socials, el model d'atenció incorpora la **integració vertical** funcional amb els equips de suport especialitzats.
- Es potencia l'**autonomia dels equips**, amb un seguiment dels resultats obtinguts.
- Els **professionals** de l'APS i dels serveis socials són els **referents** de l'atenció a l'entorn domiciliari, i han de formar equips funcionals de treball amb una clara visió de treball transdisciplinari i amb dinàmiques col·laboratives.
- El **finançament és públic** —sense perjudici del copagament estipulat a les carteres de serveis social i sanitària.
- Els professionals del PAID es coordinen i prenen en consideració els serveis privats contractats per les persones, atès que formen part del seu entorn cuidador, i s'estableixen **pràctiques de treball conjunt** en el marc del desplegament de les accions previstes en aquest model d'atenció integrada.
- El model s'articula amb el suport de **sistemes d'informació i comunicació** per a l'atenció integrada.¹⁴

¹³ El concepte AFD és més extensiu i inclou tres tipus d'intervencions, cadascuna amb les seves característiques i rellevància: la proposta de millora d'accessibilitat en barreres als accessos i elements comuns de l'edificació (escales, passadissos, ascensor, etc.), l'adaptació mitjançant obres a l'interior de la habitatge i la provisió productes de suport i tecnologia destinades a facilitar o habilitar la realització d'activitats de la vida diària a la llar.

¹⁴ Històries compartides, agendes de l'atenció compartides, sol·licitud única, etc.

3 CATÀLEG DE SERVEIS D'ATENCIÓ INTEGRADA A L'ENTORN DOMICILIARI¹⁵

El catàleg del PAID el formen el **conjunt dels serveis** vinculats a l'AD de les **carteres de serveis socials i de salut**, i els **serveis addicionals** que es puguin generar de manera conjunta entre els dos sistemes. Així mateix, s'hi inclouen les **accions de suport** a altres programes o serveis que es duguin a terme a l'entorn domiciliari.

A continuació, es presenten els àmbits que ha d'englobar el catàleg del PAID i, per a cadascun, els objectes i les funcions assignades.

La classificació inicial d'àmbits, objectes i funcions és la següent:

Àmbit d'atenció i suport a les persones:

- Valoració integral de les persones i el seu entorn, identificació de necessitats i diagnòstic.
- Elaboració, implementació i seguiment i avaluació del pla d'atenció.
- Suport i promoció de l'autonomia i cura de les persones:
 - Suport a activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).
 - Suport a activitats instrumentals i relacionals de la vida diària.
 - Validació i gestió en la utilització de tecnologies i PS amb serveis TO a escala territorial.
 - Suport a l'autonomia a la pròpia llar.
 - Assistència a persones amb discapacitat (física, sensorial , etc.).
- Suport en l'adquisició i recuperació d'hàbits socials i personals.
- Atenció sanitària i suport en la prestació de serveis pel manteniment i cura de la salut:

¹⁵ Correspon al capítol 3 del document *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

- Atenció i cura.
 - Ús segur de la medicació i/o pla terapèutic (farmacològic o no farmacològic).
 - Resposta a situacions de risc: caigudes, úlceres per pressió, risc maltractament , etc.
 - Serveis de medicina física, funcional i rehabilitació. Teràpia ocupacional.
 - Atenció nutricional. Atenció podològica domiciliària.
- Actuació davant de situacions de crisi i urgència.
 - Atenció psicosocial.
 - Atenció al final de la vida.
 - Implementació d'estratègies de prevenció: caigudes, claudicació familiar, etc.
 - Tecnologies de suport i cura: TLA (teleassistència) bàsica i avançada, amb sensors, etc.
 - Transport sanitari i adaptat.

Àmbit de suport a la llar i millora de l'accessibilitat de l'entorn on viuen les persones:

- Atenció a les tasques de la llar.
- Adaptació, supressió de barreres i suport tecnològic a la llar.
- Millora de l'accessibilitat a l'entorn.

Àmbit de promoció i suport a persones cuidadores no professionals o informals:

- Promoció i millora de les competències del paper de les persones cuidadores.
- Suport a les persones cuidadores.
- Prevenció d'alteracions osteoarticulars i musculoesquelètiques.

Àmbit de suport a la unitat de convivència o unitat familiar:

- Suport a les relacions amb l'entorn familiar.
- Suport davant de possibles situacions de risc o maltractament.

Àmbit de suport a la intervenció comunitària relacionada amb l'entorn domiciliari:

- Suport adreçat a la comunitat i veïnatge: construcció de comunitats amigables, treball amb voluntariat.
- Suport en estratègies comunitàries transversals: promoció de l'autonomia, promoció del benestar , etc.

Cal que aquest catàleg de serveis s'articuli en cada territori tenint en compte les diferents iniciatives, programes i serveis d'AD existents, així com els criteris recomanats d'indicació, cobertura, intensitat i prioritització efectuats en el marc d'aquest model i de la valoració de la situació, les circumstàncies i els recursos territorials.

El desplegament d'aquest model implica la revisió de la cartera de serveis socials i de salut referida a l'AD i la identificació de possibles àrees de treball conjunt en cada territori.

Igualment, s'ha de tenir present que, més enllà del que descriu el catàleg del PAID, hi ha d'haver una interconnexió amb els serveis que no es presten directament al domicili de les persones ateses, però que sí que estan vinculats amb el que es denomina el seu entorn domiciliari. Són, per exemple, els **centres de dia per a gent gran** (serveis amb una orientació progressiva cap a plataformes de serveis i amb els quals el PAID pot crear dinàmiques d'intercanvi) o els serveis socioeducatius per a infants i adolescents.

El PAID s'ha d'integrar en l'ecosistema de serveis i explorar les interconnexions amb altres serveis del sistema per definir el seu perímetre funcional, involucrant-hi els diversos sectors i nivells del sistema de protecció social i de la resta de recursos i àmbits, més enllà dels socials i sanitaris: educació, habitatge, accessibilitat urbanística, ocupació o cultura, per citar-ne només alguns. L'atenció integral, doncs, engloba molt més que l'àmbit sociosanitari, tot i que aquest hi té un pes molt específic i substancial, especialment per a les persones en situació de cronicitat o dependència.

3.1 Quins són els processos bàsics del PAID?¹⁶

Els processos bàsics del PAID es poden estructurar de la següent manera:

Estratègics:

- Desenvolupament de sistemes d'informació i comunicació integrada.
- Desenvolupament professional i formació.
- Harmonització del PAID amb les carteres de serveis i recursos.
- Sistemes de compra de serveis del PAID.
- Gestió i millora de la qualitat i la innovació.
- Gestió territorial.
- Desplegament normatiu del PAID.
- Model de governança.

Operatius:

- Processos clau d'acollida, l'estada i el comiat.
- Drets de les persones i aspectes ètics de l'atenció. Inclou totes les implicacions del que representa l'ACP i en el seu entorn territorial.
- Coordinació entre l'entorn formal i informal de l'atenció.
- Atenció integrada vertical i horitzontal en el PAID.
- Seguretat de les persones i la gestió dels riscos a l'entorn domiciliari, tant per a la persona atesa com per al seu nucli de convivència i per als professionals prestadors de serveis.
- Atenció i suport a la família i a les persones cuidadores.

¹⁶ Correspon al capítol 4 del document *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

Suport:

- Gestió dels recursos humans.
- Gestió econòmica.
- Tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).
- Desenvolupament de les tecnologies de suport al domicili i al control i gestió dels processos d'atenció del PAID.
- Atenció a la llar de la persona (en termes de seguretat i gestió dels riscos).
- Utilització de les tecnologies de la informació, productes i serveis de suport a l'AD.
- Model de governança del PAID.
- Desenvolupament professional.
- Formació.
- Sistema d'informació integrada del programa.

3.2 Quins són els processos bàsics i crítics en el PAID?

3.2.1 Procés d'acollida i accés al PAID

La remissió al PAID la pot fer la persona mateixa, la família o la persona referent, els professionals de salut i de serveis socials i altres agents de la comunitat. La sol·licitud pot arribar a qualsevol dels dos sistemes d'atenció primària, sigui de salut o de serveis socials, o bé a potencials unitats funcionals o estructures de l'atenció integrada que es puguin desenvolupar en un futur. La unitat d'atenció primària receptora de la sol·licitud n'ha de donar coneixement a l'atenció primària de l'altre sistema.

Rebuda una sol·licitud de prestació de serveis del PAID, la persona o l'equip responsable de la recepció de la sol·licitud, en fa un **primer cribratge per identificar si es compleixen els criteris d'accés al PAID** definits en aquest model. L'equip n'informa la persona sol·licitant o remitent en el termini de 24-48 hores des de la recepció de la sol·licitud.

Per als supòsits en què la sol·licitud tingui **caràcter urgent**, s'ha d'activar el **procés específic de valoració urgent**, tenint en compte les recomanacions efectuades per al desplegament

del PAID. Cada territori ha d'establir un mecanisme acordat de resposta ràpida i activació de serveis sanitaris i socials, una vegada valorada la situació de la persona en un temps òptim.

Posteriorment, s'ha d'iniciar el procés d'acollida amb la valoració integral prèvia a la proposta del pla d'atenció. En el supòsit que no sigui una situació tributària d'atenció a l'entorn domiciliari, si escau, se n'ha de fer la remissió corresponent per donar resposta a les necessitats de la persona.

Cada persona ha de tenir **un professional referent i un professional correferent d'atenció primària per a l'AD**,¹⁷ que ha de constar de manera explícita en el sistema de registre del PAID, amb identificació de les **dades d'accés i contacte d'aquests professionals** perquè puguin ser consultats per altres d'implicats en el seguiment del cas. Els criteris d'assignació de les persones referents s'han d'establir en funció del motiu principal que activa l'AD. Només en situacions excepcionals i concretes, la persona referent de la persona atesa pot ser algun dels professionals de la xarxa especialitzada que ja coneixen o atenen la persona, i sempre treballant de forma coordinada amb els interlocutors de la persona dels equips bàsics d'atenció social (EBAS) i de l'EAP. La persona referent s'ha de relacionar amb la resta de professionals implicats.

En el supòsit que algun dels serveis del catàleg del PAID el prestin tercers, s'ha de deixar **constància de la identificació de l'entitat prestadora així com de les dades de contacte del seu professional de referència** i, si escau, de la persona d'atenció directa (per exemple, professionals de treball familiar, etc.).

Els professionals referents han de participar en totes les fases del procés d'atenció de la persona.

Per a una bona execució i seguiment del PAID, també s'aconsella que hi hagi un **referent familiar** o de l'entorn proper de la persona atesa, que pugui ser l'interlocutor principal i de continuïtat de l'atenció amb el seu entorn de convivència (vegeu la **figura 9**).

¹⁷ En experiències similars de programes d'atenció integrada a l'entorn domiciliari, és habitual que la persona de referència en l'àmbit de salut sigui el o la professional d'infermeria, i que en l'àmbit social ho sigui el o la professional de treball social o d'educació social.

En alguns casos, és important que s'articuli una coordinació efectiva amb la provisió de SAD privat en els casos en els quals l'accés a aquest servei s'hagi dut a terme de manera privada.

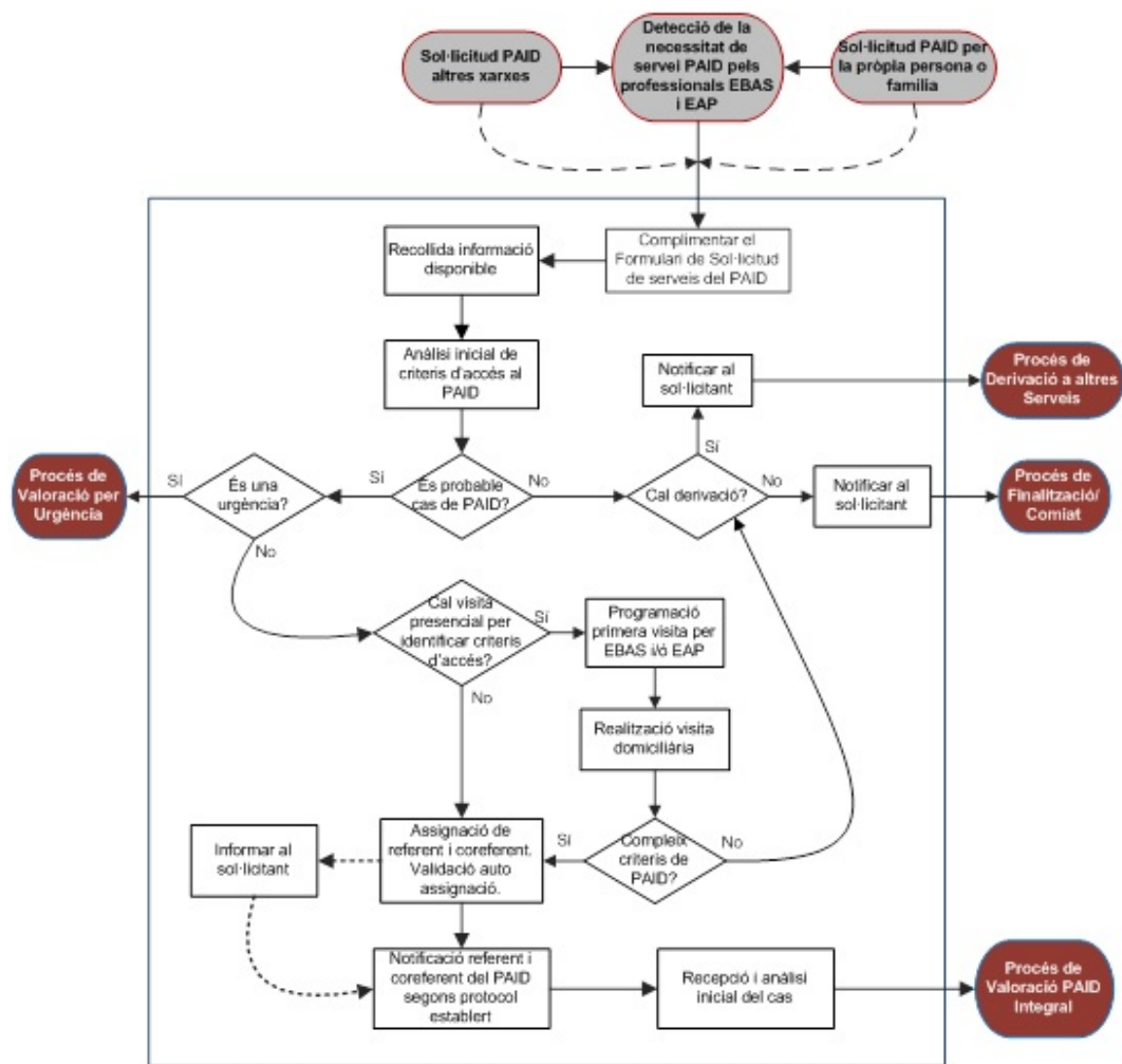


Figura 9[BB19]. Diagrama del procés d'accés al PAID

3.2.2 Valoració

El procés de **valoració integral**, que és liderat per la persona referent, inclou:

- Valoració de la persona.
- Valoració dels familiars i les persones cuidadores principals, si escau.
- Valoració de l'entorn.
- Valoració de les necessitats de serveis i prestacions.

Amb aquesta informació s'ha de **programar una visita a la persona al seu domicili (aspecte clau)**.

La valoració integral inclou la informació més rellevant dels àmbits següents:

- Preferències, valors i voluntats de la persona o manifestades pel seu entorn, si la persona no pot expressar-ho degut al dèficit cognitiu.
- Valoració funcional i grau d'autonomia funcional i instrumental: ABVD, activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) o activitats avançades de la vida diària (AAVD). S'hi emfatitza l'enfoc en la capacitat funcional per realitzar les ABVD, AIVD i AAVD, i s'evita un enfoc que se centri només en l'atenció a la dependència.
- Estat cognitiu i emocional. Inclou la valoració sobre la necessitat de suport en la presa de decisions.
- Situació de salut de la persona.¹⁸

¹⁸ Situació de salut de la persona

o Diagnòstics de salut i mobilitat.

o Identificacions i/o marcatges de fragilitat i de complexitat.

o Valoració específica i adaptada a cada col·lectiu atès.

o Valoració del dolor i presència d'altres símptomes.

o Ús segur de la medicació al domicili: conciliació de la medicació, compliment del tractament, emmagatzematge segur, etc.

- Situació i entorn sociofamiliar.^{19,20}
- Detecció de riscos.²¹
- Valoració de l'estat nutricional i valoració de la marxa i equilibri.
- Condicions del domicili/habitatge/edifici.²²
- Percepció subjectiva de les necessitats i els factors protectors i de resiliència de la persona. Valoració de l'experiència d'atenció.²³
- Qualitat de vida.
- Valoració aspectes i implicacions ètiques del procés d'atenció.²⁴
- Ús de recursos i serveis al domicili: teleassistència (TLA), treballadors de salut, fisioteràpia respiratòria, professionals de teràpia ocupacional, oxigenoteràpia, treballadors familiars, auxiliars de la llar i altres professionals, com d'assistència personal.

Actualment s'està treballant en un model de Valoració integral de la persona que contemplarà un model de valoració ràpida i ampliat per disposar dels continguts mínims de valoració integral i integrada generals i els específics per a perfils concrets de població atesa.

¹⁹ Avaluació de la situació i l'entorn sociofamiliar:

- o Valoració social bàsica.
- o Situació socioeconòmica.
- o Valoració de criteris de complexitat social.
- o Xarxa de suport. Relacions familiars i interacció amb la comunitat.
- o Avaluació de la persona cuidadora. Risc de claudicació de la persona cuidadora principal.

²⁰ Suports primaris.

²¹ Detecció de riscos:

- o Riscos de caiguda.
- o Lesions relacionades amb la dependència (ulceres per pressió, lesions per humitat, etc.)
- o Risc psicosocial.

²² Condicions del domicili/habitatge/edifici:

- o Riscos de la llar (per a la persona, per al professional, del domicili mateix).
- o Barreres arquitectòniques interiors i exteriors.
- o Necessitat de productes i tecnologies de suport per a la millora de l'autonomia i la inclusió social.
- o Necessitat d'intervenció de professionals de teràpia ocupacional.

²³ S'ha d'incloure una valoració de l'experiència en atenció de la persona i de l'experiència en atenció de la persona cuidadora, si es disposa de mètodes de mesura consistents en aquest àmbit.

²⁴ Per exemple, pla de decisions anticipades (PDA).

3.2.3 Planificació de l'atenció integrada

Cada persona ha de disposar d'un **pla individual d'atenció integral (PIAI)**,²⁵ especialment en el cas de les persones amb necessitats d'atenció complexes, on hi constin els professionals i els serveis que hi intervenen. Aquest pla ha de ser **únic**, compartit i accessible a tots els agents que treballen col·laborativament en el procés d'atenció d'una determinada persona. A aquest efecte, s'han de generar els entorns o les plataformes tecnològiques necessàries que ho facin possible, tal com s'exposa en l'apartat del model que aborda concretament aquest tema.

El PIAI es comença a confeccionar des de l'inici de l'atenció a les persones i ha de contenir els objectius, les prioritats i les accions que cal dur a terme en funció d'una valoració flexible i continuada que doni resposta a les necessitats, la intensitat de suport que requereixi la persona i l'activació d'altres suports primaris en entorn natural per assolir els objectius plantejats.

En funció del grau de concurrència social i sanitària, s'ha de programar una sessió interdisciplinària de consens, entre els diferents professionals implicats, per elaborar una **proposta preliminar del PIAI**. Així mateix, es poden incorporar també a aquesta sessió altres professionals específics o professionals d'entitats proveïdores, si es considera oportú. Aquesta sessió pot ser presencial o virtual i pot produir-se de forma síncrona o asíncrona, en funció de les necessitats del cas.

El pla s'elabora de forma conjunta amb la persona i el seu entorn cuidador, parteix de les seves preferències i voluntats, les seves necessitats, potencialitats i intensitats de suport i té en compte les adaptacions transculturals i de gènere.

Pel que fa als professionals de salut i serveis socials, **la realització del PIAI la lidera el o la professional referent** i, en funció de la intensitat de la concurrència, pot ser elaborat de forma conjunta i presencial pel o la referent i pel o la correferent.

L'**elaboració del pla** es pot fer mitjançant **diferents metodologies** que faciliten aquest procés de planificació conjunta: la **conferència de cas**, la utilització dels espais dels serveis d'atenció primària sanitària i social o de les unitats funcionals de treball integrat que es puguin crear, la visita domiciliària conjunta, la teleconferència o altres sistemes en entorn virtual que permetin realitzar, de forma sincrònica i en temps real, el pla esmentat. S'ha de disposar dels instruments que permetin dur a terme aquesta activitat no presencial.

Si s'arriba a un acord entre tots els agents en el disseny i la programació de les activitats que han de formar el PIAI, s'ha d'iniciar el procés d'assignació i activació dels serveis i recursos. Els serveis que es poden planificar des del PIAI són els inclosos en el catàleg de serveis del PAID. Per a les situacions que requereixen una activació de recursos per a la prestació del servei, s'ha d'iniciar el procés d'aprovació i gestió del recurs. Per als supòsits considerats una

²⁵ És recomanable que, en un futur, es pugui modelitzar un pla individual d'atenció integral per a les persones ateses a l'entorn domiciliari o en centres residencials.

situació d'urgència que no pot esperar, s'ha d'activar el procés d'inici de l'atenció urgent específic de cada territori.

En els casos en què es requereixin serveis del PAID sense cobertura universal segons la descripció actual de les respectives carteres de serveis, s'han de seguir els procediments recomanats en els reglaments i les normatives específiques d'aprovació i adjudicació del servei. Cal que el procediment administratiu de reconeixement del servei (garantia de drets, objectivitat, etc.), sigui suficientment àgil per evitar duplicitats i millorar l'accessibilitat al servei.

El PIAI ha d'estar **actualitzat en temps real**, i s'ha de deixar constància de la identificació i de les dades de contacte de tots els professionals implicats en l'AD. Cal que el sistema permeti conservar la traçabilitat de les versions anteriors del pla per conèixer l'evolució de la persona atesa, així com les aportacions dels professionals de diferents àmbits d'atenció que intervinguin en la valoració i elaboració del pla.

Per garantir la continuïtat assistencial en l'atenció, cal que totes les activitats programades i les realitzades constin en l'**agenda conjunta i compartida**, amb la identificació de les persones responsables de dur-les a terme.

3.2.4 Execució del PIAI

El desplegament del pla individual d'atenció integral (PIAI) inclou una sèrie de processos específics en funció de les accions prioritzades que són els següents:

1. El **pla d'atenció** pròpiament dit, derivat del diagnòstic situacional, amb una priorització de les intervencions que cal dur a terme.
2. La **informació i l'assessorament** a les persones, la família i les persones cuidadores principals.
3. El desplegament d'**estratègies d'empoderament** de les persones i la seva família; inclou processos educatius relacionats amb l'AD de la persona atesa i del seu entorn cuidador.
4. L'**actuació davant de situacions urgents o de crisi**, amb la disposició de plans de contingència en un entorn 7x24.
5. El seguiment de l'**atenció i la gestió de les incidències**.
6. L'**adequació de l'entorn** en funció de la valoració de necessitats amb PS o ajuts tècnics, si escau, així com amb la utilització de la tecnologia per romandre a la llar (grua, llit articulad elèctric, TLA, telemonitoratge, etc.), amb suport en la valoració per part de TO.
7. La **coordinació i la comunicació** entre els equips socials i sanitaris.

3.2.5 Atenció continuada i urgent

Construir un model d'atenció integrada a domicili requereix que es **disposi d'un sistema que garanteixi l'atenció continuada** en tots els supòsits i garanties **7x24**, capaç de donar **resposta tant a situacions de crisi** com a la **planificació d'una atenció proactiva** en un escenari fora dels horaris convencionals per a les persones en situació de més risc o vulnerabilitat, tant des del punt de vista sanitari com social.

Alguns **elements crítics** que s'han de preveure en aquest model d'atenció continuada i urgent per a persones ateses a domicili són els següents:

- Assegurar una bona **capacitat de resposta** davant de situacions de crisi, ja no **fora d'horari convencional**, sinó també dins del mateix **horari convencional**.
- Assegurar que l'atenció primària garanteixi l'atenció 7x24 per planificar l'**atenció proactiva i programada** de les persones en situació de més risc i que requereixen continuïtat d'atenció i visites de seguiment fora d'horari convencional (PCC, MACA, situació d'atenció pal·liativa al final de la vida, criteris de risc social, etc.).
- El PIAI ha de contenir la **informació crítica** i amb indicacions de recomanacions en cas de crisi. Ha d'estar accessible per totes les parts que poden intervenir en l'atenció a una persona i tenir traçabilitat en tots els àmbits d'atenció.
- Possibilitar l'**accés dels professionals** que intervenen en serveis d'atenció 7x24 **al PIAI de la persona** i altres plans relacionats amb el seu procés d'atenció.
- Establir **mecanismes de coordinació territorials** en la resposta a la situació de crisi que entra pel **circuit de TLA o altres dispositius socials**; cal definir uns criteris d'activació del sistema sanitari, bé el 061 o els dispositius ordinaris en horari diürn o d'atenció continuada. S'ha de potenciar la relació directa i garanties de resposta de l'AP en aquests casos. També la traçabilitat de les persones amb TLA dins dels sistemes d'informació.
- Incorporar de manera progressiva serveis que permetin planificar **mesures de resposta davant de determinades situacions socials** que poden generar una situació de crisi.
- Definir els **criteris d'activació**, que permetin als professionals de l'àmbit sanitari i de serveis socials activar la resposta adequada, així com el circuit o el protocol d'atenció establert entre les parts.

Disposar d'aquest dispositiu és especialment rellevant en la xarxa social, atès que actualment està poc desenvolupat, i és necessari planificar i articular un procediment per atendre les urgències socials.²⁶

²⁶ Per urgència social s'entén la situació excepcional i puntual que requereix una intervenció professional immediata perquè no es produeixi un deteriorament o empitjorament de la situació esdevinguda. Es caracteritza per un fet inesperat del qual la persona afectada pot ser conscient o no, i produeix una situació

3.2.6 Gestió de les transicions

Les transicions esdevenen un apartat de gran interès en la definició d'un model d'atenció integrada al domicili. La planificació de l'atenció en les transicions constitueix una resposta necessària per a les persones que requereixin la continuïtat de l'atenció a l'entorn domiciliari després d'un període d'ingrés en centres hospitalaris, sociosanitaris o de salut mental, en centres d'atenció residencial o en altres dispositius, serveis o equipaments d'atenció especialitzada.

Entre les poblacions de més risc a les quals s'ha de garantir un bon procés de transició, hi ha les següents:

- Persones en situació de complexitat social i sanitària, amb especial interès quant a les persones amb problemàtica de salut mental i addiccions (tan si estan diagnosticades com si no ho estan encara que s'hi identifiquin indicadors clars de malaltia mental).
- Persones amb una història d'alta utilització de recursos socials i sanitaris (hospitalitzacions, urgències, centres d'acollida, etc.).
- Persones ja incloses en programes d'AD i que retornen al domicili després d'un procés d'ingrés en un centre residencial, hospitalari o d'atenció intermèdia.
- Persones en situacions de cronicitat (demència, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, etc.) que ho requereixin.
- Persones incloses en grups de morbiditat ajustada (GMA) prioritzats, especialment persones amb càrrega de morbiditat més important.

Aquestes persones han de disposar d'una valoració de la planificació de l'alta o de la finalització del servei des del mateix moment de l'ingrés (moment "0") en un servei d'atenció hospitalari, sociosanitari o residencial.

En alguns casos, en el procés de planificació al moment de l'alta, es poden activar diferents professionals en el cas de persones que, per la seva condició, es puguin beneficiar de la seva intervenció, com és el cas de professionals infermers d'enllaç, gestors de casos, treball social sanitari o TO.

Cal prestar atenció a les persones que tenen diversos domicilis, com el cas dels denominats "avis oreneta", en què, en funció de la conveniència familiar dels cuidadors, viuen a un domicili o un altre segons el moment.

objectiva de desprotecció social que sobrepassa les seves capacitats personals, els recursos i els mitjans de subsistència, així com les relacions o les xarxes socials i familiars.

3.2.7 Seguiment i revaloració del procés d'atenció

Iniciada l'execució del PIAI, s'ha d'efectuar un seguiment periòdic de les intervencions i de les incidències que s'hi puguin presentar. Si la situació de la persona és estable i la intervenció es preveu que sigui de mitjana o llarga durada, es recomana que se'n faci una **primera revaloració al cap de sis setmanes** i una **revaloració almenys un cop l'any**, sempre que no hi hagi un canvi significatiu en el procés d'atenció que en requereixi una nova revaloració abans, segons els protocols o les guies per a situacions específiques.

El grau d'estabilitat i de complexitat i la resposta de les persones han de marcar la periodicitat de la revisió del pla, de tal manera que l'atenció sigui la idònia i pertinent en cada moment, d'una manera flexible i amb la possibilitat de poder transitar d'un servei a un altre de manera àgil i fluida, assegurant la continuïtat de l'atenció al llarg de tot el procés, i tenint cura especial de les transicions.

3.2.8 Comiat o finalització del procés d'atenció

La finalització del procés d'atenció al PAID es pot produir per diverses circumstàncies:

- Per l'assoliment dels objectius esperats.
- Perquè no es compleixen criteris d'inclusió al PAID.
- Pel trasllat de domicili fora de Catalunya. El trasllat de domicili entre diferents municipis de Catalunya o al mateix municipi no implica la sortida del PAID. En aquests supòsits, cal assegurar una bona transició entre els equips del PAID i els serveis relacionats.
- Per l'èxitus de la persona.
- Per la renúncia voluntària o per mutu acord.
- Pel procés de baixa temporal del programa per diferents motius.

Quan una persona ja no tingui criteris d'indicació del PAID, cal activar el procés específic de finalització o sortida del programa.

La finalització del procés d'atenció està vinculada al compliment dels objectius del PIAI. Si es detecten noves necessitats que no poden ser cobertes pel PAID, s'han d'activar els mecanismes de remissió en funció dels recursos disponibles al territori i de les preferències i les necessitats de la persona i de la seva família, per assegurar un bon procés de transició.

Abans de finalitzar l'atenció prestada pel PAID, el personal ha d'ajudar a efectuar les adaptacions i el pla organitzatiu de la família, sempre que es requereixi una continuïtat de l'atenció per part de l'entorn informal de la persona. Cal assegurar que el procés de finalització i comiat del servei generi una experiència d'atenció percebuda positiva.

És molt important que s'identifiqui en el sistema de registre electrònic del PAID la data probable de finalització de la prestació del servei i que no es deixin casos oberts de forma permanent. Si no es requereix en un moment determinat la participació d'un dels àmbits, el seguiment l'he de fer una de les parts i queda oberta l'activació de l'altre àmbit, si torna a ser necessari.

4 IMPORTÀNCIA DINS DEL PAID DE L'ATENCIÓ A LES FAMÍLIES, ALTRES PERSONES CUIDADORES I COMUNITAT DE REFERÈNCIA²⁷

L'atenció a les famílies i a altres possibles persones amb rol de cuidador implica que es reconeguin la família i el nucli de convivència de la persona com a objecte d'intervenció de l'AD. Cal assegurar una valoració bàsica mínima necessària que permeti comprendre la situació familiar (competència cuidadora, risc de claudicació, etc.) i el seu impacte en la capacitat cuidadora o de suport.

En aquest engranatge i vistes les sinergies que es produeixen entre l'atenció formal i la informal de l'AD, cal tenir molt present que es cuidi la persona cuidadora, amb visió d'atenció compartida social i sanitària, que potenciï mecanismes de suport i empoderament de les persones cuidadores principals i, alhora, un abordatge específic i diferenciat dels supòsits de famílies multiproblemàtiques i complexes i dels reptes que aquestes situacions presenten.

La planificació de l'atenció domiciliària implica també que es tinguin en compte les accions adreçades a la persona cuidadora principal i el nucli de convivència, especialment en els supòsits en els quals es detecta una situació de risc de claudicació de la persona cuidadora principal.

Per evitar les situacions de claudicació familiar, des del PAID s'han d'activar estratègies de prevenció i suport —relacionades amb processos de formació, mentoria, assessorament, escolta activa, gestió de l'estrès i de com s'ha de respondre davant de situacions disruptives i de trastorns del comportament de la persona que puguin afectar significativament la persona cuidadora— que contribueixin a millorar la seva capacitat de resiliència i d'adaptació a la nova situació. No obstant, la perspectiva comunitària no s'ha de circumscriure només a la persona cuidadora, sinó també a la persona atesa, aprofundint sempre que sigui possible en elements com el lleure, la cultura, etc.

²⁷ Correspon al capítol 5 del document *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

4.1 Valoració i suport a la persona cuidadora i la família

És necessària la **identificació de la persona cuidadora principal**, d'entre els diferents membres de la família, així com la de les possibles persones cuidadores secundàries que li donen suport. També és necessari que s'identifiqui qui és la persona **referent familiar per a l'AD**, persona clau en l'estratègia de comunicació amb la família i la resta de l'equip del PAID.

Els elements clau en la **valoració** de la situació familiar i l'entorn cuidador són els següents:

- Situació i nombre de persones cuidadores.
- Perfils de les persones cuidadores i les seves necessitats.
- Valoració d'acceptació de la persona cuidadora per part de la persona que ha de ser cuidada.
- Experiència de les persones cuidadores en la cura.
- Voluntat i capacitat de participació dels cuidadors.
- Capacitat d'adaptació de la família a l'hora d'encarar situacions complexes, emergents o sobrevingudes d'un dels seus membres del nucli familiar.
- Valoració de la càrrega de la persona cuidadora principal amb instruments objectius i detecció del risc de claudicació de la persona cuidadora i de la família.
- Identificació del tracte i les relacions en el nucli de convivència.²⁸
- Identificació de la necessitat de tecnologies, productes i serveis de suport que afavoreixen la tasca de la persona cuidadora (alça del lavabo, grues, etc.).
- Consideració de la resta de l'entorn familiar.
- Situació socioeconòmica de la família, per si és necessària l'ajuda externa.

²⁸ Identificació de possibles situacions de maltractament o violència en el nucli familiar o de convivència.

Les principals **accions de suport** a l'entorn cuidador són:

- Millorar la informació a la família i les persones cuidadores sobre drets i serveis disponibles, tenint en compte els valors, les preferències i els desitjos de la persona que cal atendre, amb un llenguatge clar i concís.
- Reforçar les competències d'atenció per disposar dels coneixements, les habilitats i les actituds necessàries per fer front a les necessitats de la persona atesa, oferint una tutela professional i un acompanyament a la persona cuidador informal amb un pla de treball supervisat.
- Efectuar un seguiment.
- Fomentar l'aprofitament de recursos disponibles a la comunitat.
- Facilitar eines per interactuar i reforçar les relacions.

Per poder cuidar la persona cuidadora, són necessaris **programes d'intervenció de caràcter preventiu i de suport a les persones cuidadores**, elaborats de forma coordinada pel sistema social i sanitari, amb els objectius següents:

- Disminuir la càrrega de les persones cuidadores.
- Garantir que les persones cuidadores disposin de tota la informació, orientació i assessorament individualitzats.
- Oferir coneixements i desenvolupar capacitats mitjançant accions formatives per millorar com s'ha d'afrontar la cura.
- Proporcionar estratègies perquè les persones cuidadores aprenguin a autocuidar-se, especialment tècniques d'abordatge de l'estrès (relaxació, organització del temps, aficions, etc.).

Entre les **accions** que cal desenvolupar en aquesta àrea, en destaquen les següents:

- Potenciar **programes i accions d'intercanvi de coneixements i experiències entre persones cuidadores** amb un alt grau d'expertesa i la resta de persones cuidadores,

per promoure canvis d'hàbits que millorin la seva autocura, la qualitat de vida i la convivència i la cura amb la persona a la qual cuiden.²⁹

- **Formació de les persones cuidadores** en habilitats i instruments per adaptar la seva realitat als canvis que sobrevindran amb l'evolució del procés de la persona que cuiden. Aquesta formació ha d'incloure continguts en diferents àrees, entre d'altres: cura de les necessitats de la persona atesa (alimentació, higiene, etc.), maneig de la medicació, mobilitzacions i transferències segures, incorporació d'eines de control físic del dolor, estratègies d'activació d'activitats de la vida diària i promoció de l'autonomia personal, productes de suport i adaptacions, l'educació en higiene postural, en les activitats de la vida diària (activació, promoció de la participació, prevenció de la dependència, assistència personal), en l'ús de productes de suport i les adaptacions, en la prevenció de riscos extrínsecs per facilitar la seguretat en les AVD i promoure l'adaptació funcional de l'habitatge, suport psicològic de la persona cuidadora, relacions familiars i coneixement dels recursos disponibles a la comunitat.
- Elaboració d'un recull d'indicadors (sistemes d'alerta) que facilitin la observació i la prevenció.
- Estratègies diverses i **multiplataforma (presencial, virtual, etc.) d'assessorament i formació a les persones cuidadores**, amb un abordatge poblacional i territorial (centres d'assessorament, etc.).

També s'han de generar i adaptar **nous serveis i respostes** concretes i pràctiques en el model:

- Preveure canvis en el model de serveis de **respir de la persona cuidadora a casa**. No cal que la persona hagi d'anar sempre de casa a un centre d'atenció residencial. Es pot habilitar que el respir de la persona cuidadora es faci a la llar per afavorir que la persona atesa no hagi de marxar del seu entorn.
- Potenciar que determinats serveis que necessita la persona cuidadora es realitzin a casa (analítiques, etc.).
- Definir estratègies d'atenció a la persona cuidadora un cop deixa d'exercir aquest rol.
- Incloure serveis de **fisioteràpia i TO** per a la persona cuidadora.
- Afavorir el **suport psicosocial** per a la persona cuidadora.

²⁹ Per exemple, el Programa Cuidador Expert Catalunya®.

4.2 Atenció a la comunitat

Tot seguit es comenten alguns elements que cal tenir en compte en aquesta àrea que implica l'atenció al veïnatge:

- Atenció per a **grups de persones usuàries** en l'AD amb combinació d'atenció individual i en grups reduïts que afavoreixi la interacció entre les persones ateses, així com la creació de noves xarxes de suport i grups d'ajuda mútua.
- Compactació de **serveis perquè les persones es puguin beneficiar d'una oferta de serveis conjunta o en grups**, per contribuir a l'enfortiment de vincles amb la comunitat (per exemple, el concepte d'illa de cures, on s'agrupen usuaris amb característiques similars d'AD, etc.).
- **Detecció de situacions de risc al domicili** per part dels agents comunitaris (per exemple, d'impagament de la llum per part d'una unitat de convivència, etc.) i de situacions de **conflictivitat veïnal** que permetin actuar proactivament.
- **Potenciació de comunitats guardidores**, que afavoreixen l'autocura i l'autoabordatge per part de les persones usuàries, els familiars i els grups (per exemple, comunitats o barris amics de les persones amb demències).

En la construcció del **mapa d'actius comunitaris**, s'hi han d'incorporar els actius que estan relacionats amb l'atenció a l'entorn domiciliari. Un element important a considerar és el fet d'incloure-hi un sistema de regularització del voluntariat més formalitzat.

4.3 Atenció a la llar i entorn on viuen les persones³⁰

Convé tenir molt en compte la dignificació dels espais on viuen les persones i la seguretat de la llar i del seu entorn, tant des de la perspectiva de la persona atesa i del seu nucli de convivència com dels professionals que l'atenen. L'entorn intern de la llar on viu la persona és un element que pot facilitar i afavorir els processos de recuperació i de vida autònoma i que pot condicionar els resultats esperats.

Cal valorar i abordar en el marc del PAID elements que contribueixin a millorar l'adequació dels espais i també s'han de tenir en compte les situacions de la llar on viu la persona següents:

- **Condicions de salubritat de l'habitatge:** soroll, humitats, qualitat de l'aire, ventilació, contaminació, risc d'infecció o risc de plagues.

³⁰ Correspon al capítol 6 del document *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

- **Adequació de l'habitatge:** discapacitat o dependència, famílies o infants a la llar, situacions d'amuntegament.
- **Accessibilitat i seguretat de la llar:** accessos, finestres, perill en la mobilitat i prevenció de caigudes, presència d'animals, risc de foc, presència d'intrusos a la llar no coneguts.³¹
- **Estabilitat o temporalitat de la llar:** habitatge temporal i sense estabilitat, persones amb un tipus de vida nòmada o xarxa social poc estable o amb la qual pràcticament no es pot comptar, habitatge aïllat.
- **Accessibilitat de l'entorn:** territori, edificació, mitjans de transport, productes i serveis, comunicació.

És important que es puguin **detectar i prevenir possibles riscos a la llar de forma precoç**. Per això, cal incorporar, en el moment d'efectuar la valoració integral de la persona inclosa en el PAID, aspectes vinculats amb aquesta àrea.

En la **valoració**, es recomana que s'hi incloguin els **continguts** següents:

- Risc de caigudes (elements estructurals o forma de realitzar les AVD que augmentin riscos).
- Risc de desorientació en l'espai i el temps.
- Risc de foc a la llar (cuina de gas, presència de productes inflamables, brasers, etc.).
- Riscos biològics.
- Mala ventilació.
- Existència de persones de tracte difícil a la unitat de convivència.
- Presència de situacions, eines o substàncies que poden posar en perill la seguretat de les persones.
- Detecció de riscos estructurals al domicili.
- Presència d'animals perillosos, presència d'animals que no estan cuidats, nombre important d'animals, etc.
- Presència de situacions d'amuntegament o síndrome de Diògenes.

³¹ S'ha d'incloure també el concepte del perill en les activitats de la vida diària, ja que hi ha persones que les realitzen amb un risc que pot provocar una caiguda o accident, per exemple entrar i sortir de la dutxa, realitzar algunes activitats domèstiques, etc.

- Riscos per als professionals (seguretat al lloc de treball, desplaçaments i accés, etc.).
- Necessitat de desplaçament d'un mínim de dos professionals.

Els professionals han d'activar, de forma conjunta, els serveis o els mecanismes existents per afavorir un entorn segur i adequat on pugui viure la persona en funció de les seves preferències i valors.

4.4 Són importants les tecnologies, els productes de suport i els serveis de suport per dur a terme una atenció domiciliària de qualitat?³²

El desenvolupament de les tecnologies i els productes de suport (PS) al domicili, entesos en el seu sentit més ampli, constitueixen un dels processos de suport més rellevants identificats en el PAID.

El **marc de referència** que ha d'orientar el desplegament de serveis relacionats és el següent (vegeu la **figura 10**):

³² Correspon al capítol 7 del document *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

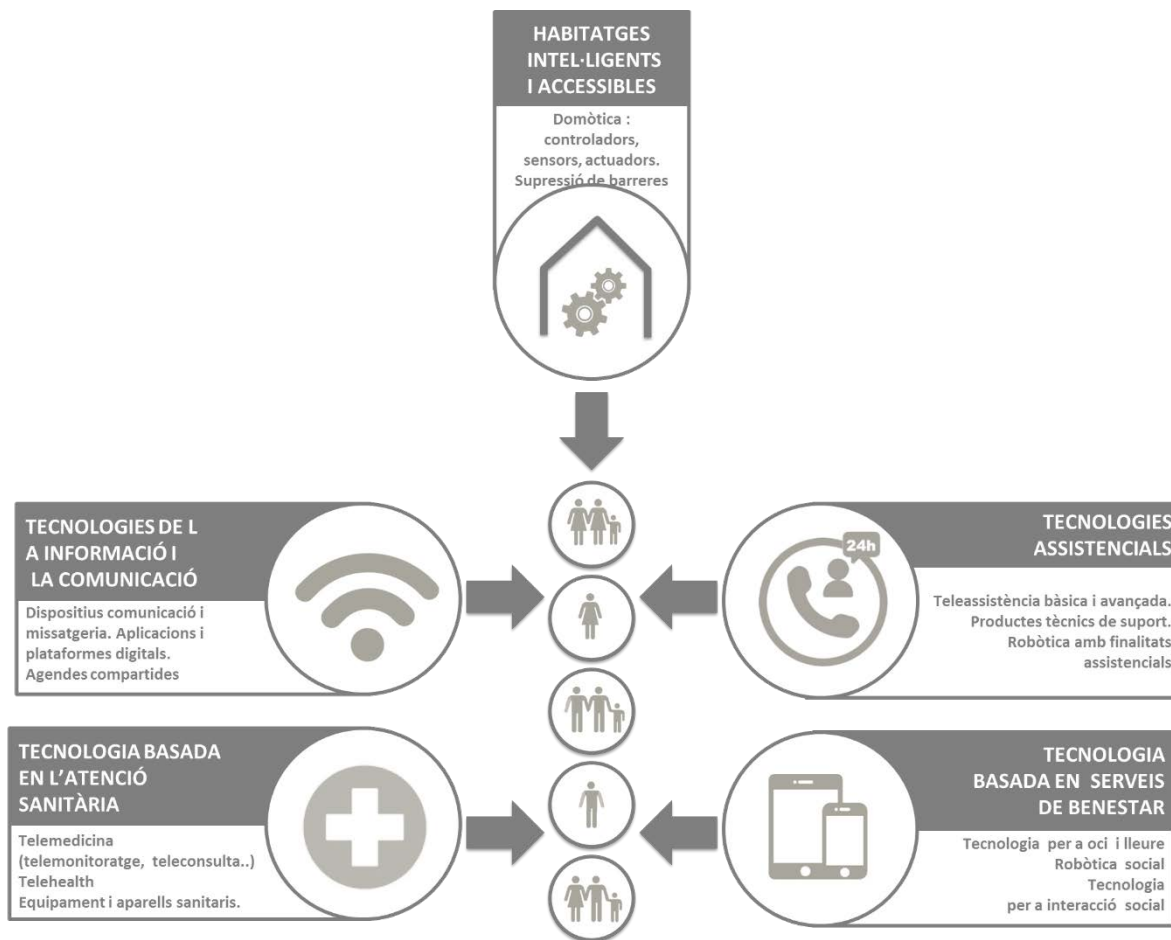


Figura 10. Classificació de la tecnologia i els serveis per ajudar les persones a viure a casa de forma independent.

4.5 Tecnologies de la informació i la comunicació en el PAID

Els processos d'atenció que tradicionalment només es podien prestar en establiments i centres de serveis per la seva disponibilitat d'eines, tecnologia i sistemes d'informació s'estan desplaçant cap a altres espais més propers a la comunitat, i el domicili n'és un dels principals. Aquest fenomen es produeix gràcies a la irrupció de **les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)** que **permeten**, d'una banda, **tenir accés a tota la informació vinculada a les persones** (història clínica i social) i, de l'altra, **poder fer un seguiment continuat** d'aquestes persones, mitjançant la telemedicina, la TLA i el telemonitoratge, la qual cosa permet que l'atenció al domicili es converteixi en determinats supòsits en una alternativa a l'hospitalització i a la institucionalització.

D'entre aquests diferents **elements de la nova tecnologia**, en destaquen els següents:

- **Instal·lació de sensors per a** les persones al seu entorn (domicili, carrer, etc.), que permet tenir-ne dades de manera contínua, amb notificació de sistemes d'alerta.
- Associació a un **sistema intel·ligent d'alertes i monitoratge**, que permet establir actuacions més ràpides i personalitzades.
- **Obtenció de dades** per a una millor **adequació i seguiment** del servei
- Facilitar la **teleassistència**, i estalviar el desplaçament de les persones ateses a domicili als centres per rebre atenció.

Aquestes tecnologies aporten una gran quantitat de dades que, si es desenvolupen sistemes per recollir-les i processar-les, es poden tractar amb **eines d'intel·ligència artificial que afavoreixen processos d'aprenentatge i de suport a la presa de decisions** i una atenció més proactiva, preventiva, predictiva i personalitzada de les persones ateses en el seu entorn domiciliari.

També les TIC faciliten l'automatització de la informació clau inclosa en els diversos processos d'atenció i l'elaboració d'un **quadre de comandament integral** per als equips de professionals d'atenció directa a les persones (microàmbit), a l'organització territorial (mesoàmbit) i als òrgans directius i de govern del PAID (macroàmbit).

Les solucions i els productes de teleassistència (TLA), telemonitoratge i telemedicina ofereixen un gran potencial en la prestació de serveis d'atenció integral no presencial. En el marc del PAID, cal treballar per l'optimització de **la TLA bàsica** i avançar en la implementació dels dispositius de **TLA de segona generació o TLA avançada**. Un dels valors principals de la TLA avançada rau en el seu caràcter de prestació integrada, tant en si mateixa (TLA integrada amb telemonitoratge) com en el conjunt de serveis que operen en el context domiciliari en un mateix territori. La TLA es converteix, així, en un element facilitador en la coordinació i la col·laboració entre els serveis socials i els sanitaris, amb la incorporació de la TLA en les rutes i els pactes territorials d'atenció integrada a l'entorn domiciliari, tenint en compte que, tot sovint, el coneixement de situacions de crisi de les persones es produeix per mitjà de la TLA.

També cal que aquests models incorporin programes interactius rehabilitadors i d'activitat adaptada.

4.6 Potencial dels sistemes d'informació en el PAID

Pel que fa al desplegament del sistema d'informació del PAID, es plantegen dues fases:

- **1a fase:** almenys totes les persones implicades d'atenció primària de l'àmbit sanitari i de serveis socials han de tenir accés a una informació mínima, que s'ha de treballar de manera concurrent i col·laborativa amb la persona mateixa. Inclou accions funcionals, tecnològiques i jurídiques (aquestes serien determinants) pel que fa a l'abordatge de la normativa existent en matèria de protecció de dades.
- **2a fase:** s'ha de disposar d'un entorn tecnològic que permeti dur a terme un treball col·laboratiu a l'hora de realitzar la valoració integral conjunta, el pla individual d'atenció integral, el seguiment periòdic i la revaloració, així com la introducció de funcionalitats més avançades de suport en el procés d'atenció a persones ateses en l'entorn del PAID.

Tot i que el sistema d'informació del PAID s'ha de definir i impulsar a partir dels treballs de la Comissió de sistemes d'informació socials i sanitaris integrats del PAISS, es detallen alguns dels **requeriments bàsics** que ha de preveure el PAID:

- Integració de la **informació bàsica de les persones ateses en el PAID** en el marc i el context de les iniciatives d'integració de l'atenció social i sanitària, amb la possibilitat de **visualització de dades d'interès comú** que faciliti el treball conjunt amb els sistemes d'informació ja existents en cada àmbit d'atenció.
- **Disponibilitat de manera accessible de la valoració i el PIAI de la persona**, amb informació actualitzada del procés d'atenció, seguiment, revaloració i finalització.
- **Visió de 360 graus** de la persona, on es puguin identificar a les estacions de treball **tots els agents i les unitats que interactuen amb la persona de manera molt visual i clara**.
- Creació d'una **agenda compartida virtual** entre tots els professionals de l'àmbit sanitari i social. Aquest és un element important per facilitar la **planificació d'espais i temps** per dur a terme una valoració i un pla d'atenció compartit o una visita domiciliària conjunta, si fos necessari.
- Disponibilitat de manera accessible de les **dades de contacte de cada proveïdor de prestació del servei i professionals referents (PR)**.
- Configuració d'una **espai de comunicació i de consulta entre la ciutadania i els professionals sanitaris i de serveis socials**, que constitueixi un **portal ciutadà o portal de les persones cuidadores**.

- **Model de coordinació no presencial entre professionals** que intervenen en el procés d'atenció. El sistema d'informació ha de disposar de serveis de **missatgeria segura** entre els agents i els professionals implicats en el procés d'atenció de les persones, per efectuar tot tipus de comunicacions.
- Desenvolupament de funcionalitats d'**alertes selectives de situacions de risc que activin un procés de continuïtat d'atenció**. Per exemple: elaboració d'informes generats en un procés d'atenció urgent fora d'horari convencional amb retorn de la informació i activació a professionals referents.
- Millora en el procés de **planificació a l'alta** de serveis sanitaris i de finalització de l'atenció de serveis residencials. Cal incorporar una funcionalitat de **publicació d'informe de prealta sanitari o social**, així com de l'**informe d'alta** o de finalització de l'atenció per part del servei remitent, **amb generació de missatgeria i alerta per al o la professional de referència** que continua amb el procés d'atenció postalta quan la persona retorni al domicili.
- Disponibilitat d'**elements de suport (intel·ligència activa)** en la presa de decisions relacionada amb el procés d'atenció de les persones al domicili.

Tots els implicats en el procés d'atenció a les persones a l'entorn domiciliari **han de nodrir el sistema d'informació** dels serveis sanitaris i socials i, **progressivament, s'han d'incorporar** a aquesta plataforma conjunta pública que dona servei a persones ateses en l'entorn del PAID. S'ha de requerir, establint-ho als plecs de contractació, que els **prestadors privats** que presten serveis al domicili aportin una informació mínima.

Per als casos de serveis subcontractats d'AD, la **informació generada en el procés de la prestació de serveis ha d'estar incorporada i estructurada en els sistemes d'informació dels SSB i de salut** com a requeriment exigible en la contractació de cada tipus de servei. D'aquesta manera, els sistemes d'informació propis de l'APS i els SSB poden disposar d'una informació de qualitat per compartir en escenaris d'interoperabilitat entre els sistemes d'informació propis i del PAID.

S'ha de potenciar la compra i la **utilització de dispositius de mobilitat** que facilitin aquest treball al domicili i que estiguin connectats als sistemes d'informació propis habilitats i ja adaptats per al treball a l'entorn domiciliari.

Per a l'avaluació del model d'atenció integrada a domicili, és important que estiguin disponibles un **conjunt mínim de dades sanitàries i de serveis socials que puguin ser agregades i utilitzades** en l'anàlisi poblacional i territorial. Amb aquest objectiu, cal **crear bases de dades compartides**. Per exemple, per a indicadors senzills previstos en l'avaluació, com ara el càlcul

de la prevalença o la cobertura de persones ateses en AD sanitària o social, cal disposar de la informació agregada.

4.7 Importància en l'AD de la introducció i innovació en la gestió d'articles ortoprotètics, productes de suport i serveis relacionats

La utilització de productes de suport o PS (ajudes tècniques) i de serveis de suport (fisioteràpia, teràpia ocupacional, logopèdia, nutrició, etc.) és cabdal en un model d'atenció domiciliària.

En la valoració integral a domicili, són claus la que pot aportar la TO amb la persona (valoració de les funcions preservades, capacitats i habilitats potencials i disfuncions), ocupació (capacitat per realitzar activitats de la vida diària bàsiques, instrumentals i avançades), i l'entorn relacional i comunitari i físic (valoració de barreres arquitectòniques i riscos per a l'adaptació funcional de l'habitatge).

Entre els temes clau, en destaquen els següents:

- La **sensibilització** en la promoció d'aquests productes i serveis en l'àmbit de la societat en el seu conjunt, i concretament dels professionals, persones ateses, familiars i persones cuidadores, proveïdors de serveis, gestors i responsables territorials.
- La introducció en base poblacional i territorial de **serveis de teràpia ocupacional (TO)**, en molts llocs encara inexistents, i **serveis de fisioteràpia domiciliària** per a persones incloses en programes d'AD. Els plans d'intervenció d'aquests serveis han de quedar integrats en els sistemes d'informació accessibles als professionals que treballen en el PAID
- La **formació** i la **millora de la competència** de tot el **personal** implicat, especialment el de l'atenció primària sanitària i la social.
- La creació de **guies, trajectòries de treball i procediments** unificats que orientin el procés d'atenció en funció de l'evidència i les millors pràctiques disponibles.
- La introducció dins del sistema bàsic de valoració **d'un cribratge** que puguin utilitzar els professionals de primera línia sobre la necessitat d'una avaluació en profunditat feta per professionals de teràpia ocupacional o d'altres serveis de rehabilitació.
- La generació de **serveis de suport integrat de base poblacional i territorial**, que en funció del nombre d'habitants pot tenir una **organització supramunicipal**, perquè s'integrin serveis d'**assessorament presencial i no presencial** i la **gestió de bancs d'ajudes tècniques i productes de suport (ajudes tècniques)** i d'altres serveis, per facilitar la recuperació i la reutilització de determinats productes

- El desenvolupament d'un **sistema de gestió transversal** d'aquest tipus de servei que assegurí una **logística adequada: magatzem centralitzat, servei de préstec i recollida, higienització i reposició de materials.**
- La disponibilitat d'un **catàleg de productes i serveis integrat**, i proposar-ne, si escau, l'**ampliació**, per afavorir el màxim període d'autonomia de la persona en el seu entorn domiciliari (màrfegues d'aire altern per a prevenció d'úlceres per pressió (UPP), calçadors de mitges de compressió, grues , etc.) i el retard d'una possible institucionalització. Aquesta acció implica que es revisi el finançament d'aquests productes, així com les estratègies de reutilització.
- L'organització de la provisió de **petits arranjaments a la llar** per millorar-ne l'accessibilitat, l'autonomia i la seguretat.

Aquest serveis els han de conèixer tots els agents socials i sanitaris i s'ha de produir dins del marc de l'atenció social i sanitària de les persones si romanen a casa seva.

Els serveis de PS i teràpia ocupacional s'han de vincular especialment amb els centres per a l'autonomia personal referents del territori per actualitzar el coneixement sobre els productes, tractar casos complexos o fer valoracions i altres accions conjuntes.

4.8 Habitatges intel·ligents i més accessibles

La tendència de millora de l'autonomia a la llar va acompanyada del desplegament d'iniciatives d'adequació i d'accessibilitat a l'entorn. Per això, els habitatges intel·ligents que integren diferents tecnologies permeten que es duguin a terme activitats quotidianes de forma independent, amb menys esforç i amb més seguretat, per a persones grans amb dificultats de mobilitat i per a persones de qualsevol edat amb discapacitat o necessitat de suport, i possibiliten que puguin romandre al seu domicili i que es retardin o s'evitin possibles estades o ingressos en serveis residencials. La inclusió de sistemes domòtics controlats a distància i amb diversos sensors millora la seguretat de les persones en el seu entorn.³³

³³Sistemes alternatius d'obertura de portes codificades, dispositius de seguretat, il·luminació, interruptors d'encesa i apagat per a diversos electrodomèstics i entreteniment a la llar, etc. Els sistemes d'il·luminació i calefacció poden controlar-se. També poden incloure l'accés a aplicacions de TIC genèriques, com els serveis en línia que ofereixen la televidenda o la banca electrònica. Els habitatges intel·ligents estan equipats amb sensors, actuadors, controladors, una unitat central, xarxes i una interfície.

Aquest fet comporta el repte de la millora de la **competència digital del personal d'atenció directa, així com de les persones i del seu entorn cuidador**.

Els habitatges intel·ligents serveixen per fer un ús eficient tant de l'energia com també per disposar de més comoditat, capacitat funcional i seguretat a la llar. Això, sumat a un habitatge accessible, facilita a les persones, sobretot a les que tenen dificultats o discapacitats motrius o sensorials, que tinguin una vida molt més còmoda, autònoma i digna.

Cal remarcar la necessitat de la promoció i el desplegament de **polítiques de planificació urbana i d'habitatge** per afavorir l'adaptació funcional del domicili (AFD) i la millora de l'accessibilitat a l'entorn comunitari.

El PAID promou la inclusió progressiva d'aquest tipus de prestació en el catàleg de serveis, amb la finalitat de potenciar la millora de l'autonomia a la llar.

Cal remarcar la necessitat de la promoció i el desplegament de **polítiques de planificació urbana i d'habitatge** per afavorir l'adaptació funcional del domicili (AFD) i la millora de l'accessibilitat a l'entorn comunitari.

El PAID promou la inclusió progressiva d'aquest tipus de prestació en el catàleg de serveis, amb la finalitat de potenciar la millora de l'autonomia a la llar.

5 PAID I NOU MODEL DE GOVERNANÇA TERRITORIAL³⁴

El **bon govern** és cabdal per al desenvolupament de qualsevol política, pla o programa d'intervenció. El PAID fa seves les recomanacions internacionals en bon govern que indiquen que cal assegurar una formulació adequada de les polítiques i els models que orienten el desenvolupament dels programes, així com les estratègies d'implementació i d'innovació.

L'organització del PAID requereix la creació d'unes **noves estructures de govern intersectorial**. Aquest és un objectiu que s'ha de preveure com a element clau en el disseny i implementació dels projectes del Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Aquestes noves macroestructures, estructures intermèdies i microestructures n'han de garantir una organització, coordinació i integració adequades.

³⁴ Correspon al capítol 8 del document *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

A continuació, s'exposen el conjunt d'**elements i funcions** que cal tenir en compte en el **bon govern** que han de tenir els nous **òrgans de govern del PAISS** en el **model del PAID**:

- Definir els **objectius i les línies estratègiques del PAID**. Establir un pla estratègic per a cinc anys i un pla per revisar i actualitzar periòdicament.
- Aprovar **plans funcionals del PAID a escala territorial** (rang poblacional a determinar, malgrat que l'atomització de municipis a Catalunya és molt alta).
- Vetllar pel **desplegament i seguiment** del PAID.
- **Incorporar-hi altres perfils professionals, equips o serveis** en funció de les necessitats socials i sanitàries. Un exemple en serien els equips de TO o rehabilitació a domicili, si no n' existeixen en un territori.
- Proposar harmonitzacions de **zonificacions conjuntes progressives i transitòries** que facilitin la implementació ràpida del projecte a escala territorial, mentre no hi hagi la zonificació definitiva.
- **Aportar instruments que acompanyin el desplegament** del PAID: sistemes d'informació integrats o interoperables, marcs avaluatius conjunts, potencial de contractació de línies de serveis conjuntes , etc.
- Dissenyar el **programa formatiu** conjunt per als professionals que intervenen en el PAID.
- Fer el **seguiment de la qualitat i de l'accessibilitat** del servei.
- **Configurar equips funcionals d'atenció directa social i sanitària**, més enllà de les organitzacions, amb un alt nivell d'innovació organitzativa.
- Facilitar **espais d'interrelació al territori**: col·localització, espais de xarxa tant presencials com no presencials.

5.1 Organització dels recursos humans del PAID

L'atenció primària social i la sanitària tenen el paper de vertebradors del sistema de salut i serveis socials d'atenció integrada a l'entorn domiciliari, i fan de porta d'entrada de totes les sol·licituds d'atenció d'AD. Articulen els diferents proveïdors i l'atenció especialitzada, per passar d'una realitat de fragmentació a un escenari de vertebració de serveis, programes i d'equips.

El desplegament d'aquest model implica que es redefeixin el rol professional i els àmbits funcionals dels professionals implicats en l'AD, de manera que hi hagi una polivalència més alta en les tasques que poden dur a terme els professionals, amb un abordatge transdisciplinari.³⁵

En aquest entorn de diversificació ordenada que es proposa, es preveu la participació de diversos perfils de professionals que poden intervenir en diferents moments de l'atenció, tant en relació amb les persones destinatàries del servei com amb la seva persona cuidadora i l'entorn relacional.

El PAID preveu l'actuació de diversos professionals de l'atenció especialitzada que poden actuar a demanda dels professionals de l'atenció primària i d'estratègies d'incorporació d'altres persones de l'entorn que participen en el procés d'atenció a les persones, com ara el cas del voluntariat, associacions de persones cuidadores, etc.

En el marc del desplegament del PAID, cal incorporar-hi:

- La **definició, el desenvolupament i l'avaluació de competències de l'atenció integrada** (competències transversals i específiques dels professionals que han de treballar en l'entorn del PAID) que englobi els professionals d'atenció directa i els professionals amb responsabilitats de gestió i administració dels serveis.
- L'assegurament del **compliment dels sistemes d'acreditació professional** per garantir els nivells mínims definits.

³⁵ El treball transdisciplinari implica la interacció de diversos tipus de comunitats o equips de treball amb bases epistemològiques diferents, i l'íntima interacció de dos o més camps de coneixement per als quals ja s'hagi avançat en el treball conjunt, de manera que s'hagi generat un nou marc conceptual que transcendeix els marcs de les disciplines. Font: Bocco G, Espejel I, Hualde A, et al. Evaluación de proyectos multi/inter/transdisciplinarios. Reporte de investigación. Natalia Carrillo N, Inclán D (coord). México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC, 2014.

http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/multi_inter_trans.pdf

- La **definició prèvia dels perfils professionals i dels estàndards** que cal assolir, així com les ràtios mínimes obligatòries, en funció dels resultats pactats i del perfil de població atesa i de la naturalesa i el tipus de servei.
- L'establiment del **perfil dels professionals i requisits mínims de qualificació** que han de complir els professionals per treballar en els serveis del PAID (formació de base, formació específica, acreditació de competències, experiència professional prèvia, etc.).
- El desenvolupament d'**estratègies de promoció per al reconeixement professional**.
- La **garantia de l'abordatge multicultural** en les relacions interprofessionals i en l'atenció a les persones usuàries del servei.
- La **generació i l'oferiment d'activitats de formació conjunta dels professionals de salut i de serveis socials**, cercant espais relacionals i de formació a la vegada. Cal incidir en dinàmiques que afavoreixin la detecció de necessitats, d'oportunitat de col·laboració i de millora, i que promoguin la resolució de possibles conflictes en el marc de l'atenció integrada. En un principi, s'ha de promoure un cert nivell de formació presencial, ja que potencia la vessant relacional entre professionals de diferents àmbits d'atenció.
- L'**assegurament del benestar emocional** dels professionals que tenen cura de les persones al domicili.
- L'assegurament del **compliment del marc legal aplicable del treball al domicili**: abordatge de temes relacionats amb l'ús adequat de la informació, l'accés al domicili quan ningú pugui obrir la porta, queixes davant de possibles situacions de robatori d'objectes personals, etc.
- La valoració de la utilització de **mesures de suport professional** a l'entorn domiciliari (en cas d'accident o de possible violència al domicili, entre d'altres).
- La valoració de com es preveu la figura de l'assistent o assistenta personal en aquest context d'atenció integrada.

Per garantir el desenvolupament correcte del servei, cal incloure en els processos de contractació l'obligatorietat que els professionals que donen aquest servei tinguin la formació segons el perfil, les competències i el currículum formatiu establert per a l'atenció integrada a l'àmbit domiciliari.

5.2 Com ha d'evolucionar el model de finançament i compra de serveis per impulsar el PAID?

Un dels supòsits ja assumits des de l'inici dels treballs del PAID ha estat la previsió d'un augment significatiu de la demanda en AD i la **necessitat d'avançar en la introducció progressiva d'un nou model de finançament interdepartamental compartit**.

Per afrontar aquestes circumstàncies, cal preveure un **increment pressupostari rellevant i progressiu**, tant dels departaments de l'Administració de la Generalitat de Catalunya competents en la matèria com dels ens locals, i un sistema de finançament acordat i formalitzat entre les parts, consolidat i que garanteixi la sostenibilitat i l'estabilitat d'aquest programa.

Per poder quantificar aquest creixement, cal **determinar quin nivell de cobertura es vol assolir, amb quina intensitat i amb quin calendari**. En funció d'aquests ítems, de la informació que aportí l'anàlisi de costos i de la despesa actual, es podrà programar la plena implementació d'aquest model.

Per determinar el sistema de finançament del PAID, cal tenir en compte la participació dels agents principals que inicialment interactuen en la prestació d'aquest servei: DS, DTSF i ens locals (municipis, consells comarcals o altres ens supramunicipals), sense perjudici que, en el futur, s'hi puguin incorporar altres actors per garantir l'atenció integrada integral.

Cal comptar també amb les **aportacions de les persones usuàries** d'aquest programa, segons les previsions normatives actuals. Per això, per **garantir l'equitat en l'accés** a tot el territori català, cal analitzar i definir condicions i requeriments idèntics pel que fa al copagament d'aquests serveis.

Durant els primers anys de vigència del PAID, el sistema de finançament s'ha d'articular de la manera següent: cadascuna de les parts implicades ha d'aportar el finançament dels serveis del catàleg que competencialment li correspon i d'acord amb el que estableixi la normativa vigent. En els supòsits dels nous serveis previstos en el catàleg o de projectes pilot considerats d'interès, se n'ha d'acordar el finançament (per mòduls, etc.).

Un cop transcorregut el primer període del PAID, caldrà avaluar l'efectivitat del sistema de finançament per determinar si és possible avançar cap a un model més integrat i d'abast territorial. Es preveu en un futur que s'introdueixin modificacions en els mecanismes per autoritzar els **canvis de compra de serveis**, que vagin encaminats al desplegament de l'atenció integrada a domicili. Aquests canvis han de ser aprovats amb els mecanismes establerts per a la gestió i el control pressupostari adequats, i amb els mecanismes de transparència i bon govern que acompanyen el desplegament del PAID.

Aquest sistema de finançament ha de tenir un **grau de flexibilitat** que permeti l'adaptació dels serveis i els recursos per a l'adequació del contínuum assistencial.

Pel que fa a les condicions de finançament i al sistema de compra dels serveis que formen el catàleg d'aquest programa, han de quedar reflectits en l'acord marc del PAID, en els respectius contractes programes territorials i en la resta d'instruments de compra de serveis dels diversos actors.

Cal esmentar que algunes línies de treball futures sobre això cal que incloguin:

- **Compromís d'increment del finançament en AD** i atenció integrada en l'àmbit del domicili en l'atenció integrada per part dels departaments implicats i dels ens locals.
- **Garantia que els recursos puguin ser gestionats de forma flexible al territori** per la unitat responsable de la prestació de serveis, en benefici de l'equitat territorial.
- **Introducció progressiva d'indicadors relacionats amb el PAID en la compra de serveis.**
- Incorporació d'una **part variable amb incentius vinculats a l'assoliment dels resultats esperats** en AD dins del contracte programa de cada departament concernit. Dins dels objectius, es poden prioritzar alguns indicadors comuns i transversals quant als dos departaments, vinculats al pla funcional del PAID de cada territori, a l'índex de cobertura mínima que cal assolir i a serveis concrets del catàleg del programa (TLA avançada, servei de teràpia ocupacional i banc de productes de suport i servei d'AD d'urgència, entre d'altres).
- Inici d'un **treball d'estudi de grups i/o consum (case mix)** per tipificar la casuística en AD. Hi ha experiències rellevants a escala internacional en aquesta àrea de pagament prospectiu per casuística atesa, encara que sigui com a model d'ajustament en el model de pagament.
- **Inici del desenvolupament d'iniciatives de finançament compartit i de col·laboració amb criteris d'atenció integrada a l'entorn domiciliari.** Per exemple:
 - o TLA avançada
 - o Servei de teràpia ocupacional
 - o SAD transitori postagut per a persones en atenció pal·liativa o hospitalització a domicili (HAD).

5.3 Innovació i gestió del coneixement en atenció integrada a domicili

El PAID ha de contribuir a crear nou coneixement en l'àmbit de l'AD. No hi ha aportacions a la literatura similars a les que es proposen en aquest model de manera global i d'ampli abast. Per tant, aquest és un element que motiva un impuls decidit a la innovació, la recerca i la gestió del coneixement.

El desplegament del PAID exigeix la **creació d'espais d'innovació organitzativa**, espais de cocreació, i la potenciació de les **iniciatives amb un enfocament de baix a dalt (*bottom up*)**, fent un aprenentatge conjunt de serveis socials i sanitaris.

Com a part d'aquest procés de canvi que pot comportar el PAID, és molt important que es disposi d'un entorn col·laboratiu d'intercanvi de coneixement, de **recollida de bones pràctiques i d'experiències innovadores**.

En aquest sentit, s'ha de valorar l'oportunitat de generar un nou espai propi i específic del PAID en innovació i gestió del coneixement o la incorporació a algun dels ja existents en l'àmbit social o sanitari, com la Fundació TIC Salut Social o l'Observatori d'Innovació en la Gestió de la Sanitat a Catalunya (OIGS) de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Igualment, cal impulsar l'organització de **jornades periòdiques, presencials o virtuals, de presentació d'experiències innovadores i bones pràctiques** en atenció a l'entorn domiciliari. Igualment, en esdeveniments de trobades professionals de tots dos àmbits, s'hi ha de promoure la participació activa per a la difusió del coneixement i la innovació del PAID.

6 SUBSISTEMES D'ATENCIÓ I PRINCIPALS SERVEIS VINCULATS A L'AD I NECESSITATS D'ATENCIÓ DE COL·LECTIUS ESPECÍFICS³⁶

S'ha fet un recull, a continuació, de les reflexions i les recomanacions dels grups de treball de professionals, gestors, planificadors i altres implicats en la prestació de serveis d'atenció domiciliària social i sanitària, juntament amb les implicacions per a diversos col·lectius de persones ateses a l'entorn domiciliari.

³⁶ Correspon al bloc II del document *Marc conceptual i de referència del Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

6.1 Atenció domiciliària de salut a l'atenció primària de salut: programa ATDOM

L'AD de salut és el conjunt d'activitats, de caire sociosanitari i d'àmbit comunitari, que es realitza al domicili de les persones amb la finalitat de detectar, valorar i donar suport i seguiment als problemes de salut de la persona i la família, per potenciar l'autonomia i millorar la seva qualitat de vida. Es basa en el treball interdisciplinari de professionals de medicina, infermeria i treball social. Té el seu pilar d'integració en la figura de l'AP de salut, que n'assumeix el rol integrador.³⁷

Les principals activitats que s'hi desenvolupen són:

- De prevenció de la malaltia i promoció de la salut, que inclouen aspectes de prevenció primària, secundària i terciària.
- Assistencials, que inclouen espais compartits pels professionals de la medicina, de la infermeria i del treball social per valorar, planificar, realitzar i avaluar l'actuació.
- De valoració multidimensional integral i avaluació, tenint en compte les necessitats, els valors i els recursos de cada persona i de l'entorn cuidador.
- Rehabilitadores, que prevegin el deteriorament funcional: mobilitzacions i transferències, valoració i l'ús adequat de productes de suport (PS), reeducació de les activitats de la vida diària (funcionalitat) i la marxa, entre d'altres.
- Atenció pal·liativa, amb màximes garanties de qualitat, en el procés de final de vida dels pacients en el domicili i amb el suport i coordinació de l'equip PADES en el cas de les persones en situació d'alta complexitat.
- De l'equip i de coordinació, dirigides a la consecució dels objectius específics establerts per a cada persona, en el marc del treball integrat dels diferents serveis de salut i socials que l'atenen.

Fins ara, els criteris d'inclusió són les persones que han estat valorades pels professionals de la medicina, de la infermeria o del treball social que compleixen el criteri de no poder desplaçar-se al centre per ser-hi ateses, per motius de salut o de condició física o per la seva situació social o de l'entorn, d'una forma temporal o permanent.

³⁷Font: Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. 2010 <http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/atdom.pdf>

El o la professional de referència (PR) de la persona atesa en l'ATDOM sol ser un o una professional d'infermeria de l'EAP, i òptimament ha de ser un equip interdisciplinari, que es compromet a assumir un rol coordinador i organitzador per al bon funcionament del programa dins l'EAP i és reconegut com a tal per la direcció i els professionals de l'equip.

Actualment, resta pendent que es desenvolupi amb un cert nivell de profunditat una revisió del model dels programes ATDOM a escala departamental. Aquest és un treball que es farà liderat conjuntament pel PAISS, PPAC-PDSS i l'Estratègia d'Atenció primària.

6.2 Paper dels equips del PADES en l'atenció a persones en situació complexitat al domicili

Els equips del PADES són equips interdisciplinaris especialitzats en atenció pal·liativa amb una llarga trajectòria dins del sistema sanitari. **Principalment, ofereixen assessorament i suport a l'AP en els casos de persones que necessiten atenció pal·liativa i atenció al final de la vida.** Ofereixen AD integral i interdisciplinària dirigida al control de símptomes, confort i benestar de les persones malaltes i el seu entorn cuidador.

El model actual d'intervenció d'aquests equips s'està **adaptant a l'atenció pal·liativa de persones amb malalties cròniques avançades de tot tipus, tant oncològiques com no oncològiques**, amb diferents nivells de complexitat assistencial i oferint una atenció basada en les necessitats de les persones i la seva família, i també, en les del sistema sanitari.

L'expertesa dels equips del PADES en l'atenció pal·liativa de suport a AP els fa referents en aquest tipus d'àmbit d'atenció si es requereix; especialment, per ampliar l'experiència adquirida al llarg dels anys a **persones amb malalties cròniques avançades no oncològiques**, i per participar en la coordinació de l'atenció a la complexitat que presenten freqüentment les persones en aquestes situacions, per evitar duplicitats i recordar que l'atenció ha d'estar centrada en les persones i les seves necessitats.

En el model assistencial actual d'atenció pal·liativa, es proposa el domicili com a lloc idoni d'atenció. Els serveis d'AD que intervenen fora d'horari convencional han de desenvolupar les competències tècniques i una capacitat de resposta dins del model d'AI, amb component

proactiu i garanties d'atenció 7x24,³⁸ per donar una bona resposta a situacions de complexitat ateses al domicili, especialment per malalties cròniques avançades o final de la vida.

Cal identificar les persones en situacions de més complexitat i en situacions de crisi al llarg de l'evolució i, més específicament, les persones en situació de final de la vida, que són les que majoritàriament es poden beneficiar de la intervenció dels equips del PADES en l'àrea d'atenció pal·liativa. Dins de l'àrea d'atenció a persones amb malaltia crònica avançada (MACA), és necessari donar resposta a les necessitats multidimensionals de les persones que pateixen malalties en situació avançada i en final de vida amb altes prevalences com l'MPOC, la insuficiència cardíaca, la insuficiència renal o les patologies neurològiques degeneratives com l'esclerosi lateral amiotròfica (ELA), la malaltia de Parkinson i, en especial, les demències, sempre que aquesta identificació de MACA i el seu equip referent activin el suport del PADES per intervenir-hi conjuntament.

Les estratègies poblacionals d'identificació de persones amb necessitats pal·liatives plantegen la necessitat de potenciar la coordinació dels diferents àmbits assistencials i **definir les situacions de complexitat en les quals han d'intervenir els equips del PADES**. Actualment, s'estan duent a terme treballs amb l'eina de l'**hexàgon de complexitat**, que han de permetre operativitzar la distribució de la responsabilitat en el procés d'atenció entre EAP i PADES. L'objectiu principal és aconseguir que cadascuna de les persones identificades amb malalties en situació avançada i necessitats pal·liatives disposi d'un **pla d'atenció individualitzat**, i que l'equip del PADES col·labori oferint la planificació i l'atenció especialitzada, interdisciplinària i integral en tots els casos complexos que ho requereixin.

Un element clau del model és **preveure l'articulació de l'eCAP (estació clínica d'atenció primària) amb la història clínica electrònica**, que respongui de manera adequada a les necessitats d'informació pròpies d'aquests equips d'AD integrada, i que estigui clarament vertebrat amb el mòdul de registre en format electrònic de les intervencions en el marc del PAID. Es recomana un **programa de salut específic per a les persones ateses al domicili amb necessitats d'atenció pal·liativa**, que incorpori una proposta d'activitats i intervencions per fer en models del que s'anomena intel·ligència activa en sistemes d'informació.³⁹ Aquesta

³⁸ És important que es vetlli per l'encaix dels equips del PADES amb els equips de l'atenció 7x24; i per a aquest treball conjunt s'han de tenir en compte les recomanacions de l'ENAPISC, el Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC) i el Pla director sociosanitari.

³⁹ Es recomana que al sistema informàtic, mitjançant eines d'intel·ligència activa del sistema, s'activi el mòdul en introduir el codi Z51.5: Necessitat d'atenció pal·liativa, i que s'hi pugin registrar el control de símptomes, la situació emocional, etc., per part dels professionals que estiguin fent l'atenció a la persona, ja siguin del PADES, professionals d'infermeria gestors de cas o de pràctica avançada, professionals mèdics o professionals

informació ha d'estar compartida i disponible per a tots els que participin col·laborativament en el procés d'atenció.

6.3 Hospitalització domiciliària en el marc del PAID

L'hospitalització domiciliària (HD) és una alternativa puntual per a situacions molt concretes, on es presten una atenció i unes cures en situació de complexitat o alta intensitat de servei al domicili, en què si no es tingués a l'abast aquesta opció assistencial l'atenció s'hauria de rebre en un hospital d'aguts. Es disposa ja d'un nou document sobre aquest aspecte: [Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya: alternativa a l'hospitalització convencional](#), elaborat pel Servei Català de la Salut.⁴⁰

Requereix que hi hagi una persona de l'entorn cuidador que vulgui i pugui assumir la participació en aquest programa, i es faci càrrec d'aquest rol col·laboratiu amb suficient extensió i intensitat. El fet que no hi hagi cap persona que hi estigui disposada o la dificultat d'acceptar el servei de la persona cuidadora pot comportar l'exclusió d'una persona susceptible de ser al programa.

Sobre això, hi ha alguns elements que cal tenir en compte:

- L'HD ha d'organitzar-se sobre una **base territorial** i en **relació amb un hospital d'aguts de referència**. Aquest n'és un aspecte clau, ja que moltes vegades l'hospital ha d'actuar donant suport en determinades situacions, com ara la intervenció diagnòstica o terapèutica.
- S'ha d'establir una porta d'entrada única a escala territorial, amb uns criteris d'accés clars. S'ha de deixar registre al PAID del potencial inici, el moment d'inici pròpiament dit, i la finalització de la prestació del servei.
- Les modalitats d'AD i els seus protocols d'atenció els ha d'establir el Departament de Salut, que ha de definir els sistemes de coordinació vertical i horitzontal necessaris entre els diferents implicats.
- L'HD pot abordar temes d'una elevada especialització per intentar que les persones ingressades puguin retornar a casa al més aviat possible. Si les persones empitjoren

d'infermeria d'AP i TS sanitari per assegurar un únic sistema de registre al mateix lloc, i que faciliti la continuïtat de l'atenció.

⁴⁰ *Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya. Alternativa a l'hospitalització convencional.* Servei Català de la Salut, 2020.

al domicili o cal que tornin al centre hospitalari, s'ha de tenir garantit el seu accés directe a l'hospitalització.

- Es poden establir **estratègies col·laboratives entre la xarxa sociosanitària** i els hospitals d'aguts per dur a terme sinergies i compartir recursos que té cada nivell assistencial, com ara el cas de la rehabilitació domiciliària, amb la disposició de materials i recursos per poder donar continuïtat en el procés d'atenció de les persones (bombes d'administració IV, etc.)

És necessari que es creïn espais col·laboratius importants entre l'AP i l'HD territorial. En el marc del desplegament de l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), s'ha de definir el model de treball conjunt entre l'AP territorial i l'HD, i cal articular mecanismes de participació i col·laboració en l'AD.

És important que s'estableixin punts de transició del servei d'HD a l'ATDOM amb l'objectiu de prevenir estades innecessàries.⁴¹ També és important que l'AP aprofundeixi en la reorganització territorial que pot crear **espais col·laboratius entre l'HD i l'ATDOM** i augmentar el nivell resolutiu d'aquests últims pel que suposa a la transició de les persones ja en fase més estable. Convé definir adequadament la cartera de serveis de l'HD orientada a persones en situació d'alta complexitat i majoritàriament en situació d'instabilitat, i cal superar escenaris ja viscuts de models d'HD on es faci activitat substitutòria i atribuïble a l'ATDOM d'AP.

6.4 Rehabilitació domiciliària en el marc del PAID

La rehabilitació domiciliària (RHD) es pot definir com el conjunt d'activitats d'àmbit comunitari fetes al domicili amb la finalitat de detectar i avaluar problemes de salut i discapacitat de les persones i de la seva família, i donar-los suport i continuïtat, amb l'objectiu d'assolir la màxima autonomia i desenvolupar al màxim les seves capacitats.

L'RHD es va iniciar a finals dels anys vuitanta, i es va incorporar com un recurs universal a Catalunya des de l'any 2006.

La permanència de les persones al seu entorn té un efecte positiu en el seu benestar i qualitat de vida, i contribueix a assolir nivells d'intensitat més alts en ser una teràpia individualitzada, que permet establir uns objectius adaptats a l'entorn de cada persona i potenciar la seva pròpia rehabilitació al seu entorn.

⁴¹ Per exemple, perquè infeccions nosocomials poden posar en risc les persones.

Malgrat això, aquests beneficis només poden ser obtinguts si es fa un ús apropiat del servei, aplicant els criteris principals per accedir-hi, com per exemple:

Que siguin persones **clínicament estables**.

- No complir criteris d'atenció ambulatoria, amb l'excepció de l'existència de **limitacions en l'accessibilitat** (barreres arquitectòniques o distància que fa que el desplaçament tingui una durada inadequada).
- La rehabilitació està **indicada quan és possible definir objectius de recuperació funcional o per realitzar un abordatge de manteniment o endarreriment del deteriorament funcional** per fer-ho a domicili a causa de:
 - o Circumstàncies clíniques de la situació/malaltia: els processos més prevalents als serveis de rehabilitació són de persones ateses amb ictus, fractura de fèmur, postartroplàstia de genoll i maluc, davallada funcional postingrés hospitalari, MPOC i malalties neuromusculars.
 - o En cas que hi hagi comorbiditat que inclogui afectacions que poden empitjorar amb el desplaçament de la persona al centre: fibrosi quística, pacients immunodeprimits.
 - o Que hi hagi altres factors clínics que, a judici del facultatiu o facultativa, ho aconsellin. Per exemple: davallada funcional recuperable, objectiu d'educació sanitària per a la persona cuidadora.
- Ser capaç de **participar activament en un programa de rehabilitació i tenir una persona cuidadora efectiva**. La rehabilitació domiciliària requereix una participació activa de la persona i un suport sociofamiliar adequat.
- Viure a l'àrea d'influència.

En els darrers anys, la demanda dels serveis d'RHD s'ha incrementat, entre altres motius, perquè s'incorpora com a proveïdor de serveis de suport hospitalari, i **facilita una alta precoç i segura** en certs perfils de persones ateses. Esdevé, així, un repte quant a l'AI, i és necessari que els diferents serveis estiguin ben definits i alineats per donar-hi una resposta organitzativa coordinada.⁴²

En l'entorn del model de salut català, en un escenari de múltiples proveïdors, cal determinar circuits d'atenció ben definits per evitar la fragmentació en la via clínica, i compartir dades

⁴² L'atenció intermèdia ha d'establir criteris clars de rehabilitació geriàtrica que no entrin en competència amb l'AD.

d'interès comú en una sola xarxa digital. És aquí on pren rellevància que es disposi d'una història clínica i social electrònica compartida en la qual tots els proveïdors tinguin **accés a dades d'interès** i a **publicar dades estructurades i informes de valoració i plans d'actuació i seguiment en temps real**. Es recomana que aquest últim requeriment s'incorpori als concursos i en la contractació del Servei Català de la Salut.

També s'ha d'establir amb més claredat l'**accés a aquest tipus de servei** per mitjà de l'AP, i cal promoure la incorporació d'aquests serveis en l'àmbit comunitari.

6.5 Programes d'oxigenoteràpia domiciliària

El PAID cal que faciliti i permeti que aquesta prestació quedi més ben encaixada dins el model global d'atenció al domicili. Els equips d'atenció primària (EAP) n'han d'assumir un rol important i de seguiment conjunt amb les empreses proveïdores d'aquest servei. La informació del seguiment de cada cas efectuat per l'empresa proveïdora d'oxigenoteràpia ha de ser compartida amb l'equip referent d'AP.

Els EAP han de tenir un **mapa del seu territori amb la ubicació de les persones que segueixen aquest tractament**. Se n'han d'especificar la modalitat d'administració, dosi, risc en cas de pèrdua de subministrament elèctric i temps d'autonomia de cada persona, dispositius portàtils per a desplaçaments i data de la propera revisió de l'equip (per exemple, ubicació dels casos amb ventilació mecànica, oxigen per a 24 hores, etc.).

En relació amb la prescripció d'oxigen domiciliari, els criteris estan ben establerts pel que fa al grau d'hipòxia de la persona i l'efecte de l'oxigen en la millora. La prescripció requereix gasometria i es pot fer des d'un hospital de dia, serveis especialitzats de consulta externa, serveis d'hospitalització, o altres serveis d'atenció especialitzada.

Per als **supòsits de persones que requereixin puntualment l'administració d'oxigen**, s'han d'establir protocols de coordinació entre l'atenció hospitalària i la primària per a la prescripció quan n'hi hagi criteris d'indicació. Així, no cal fer desplaçar la persona ni la família, sinó que es pot prescriure des de l'AP de salut.

Les eines d'AD que acompanyin el desplegament del present model d'atenció han d'incloure el **seguiment de les persones que fan oxigenoteràpia**, esporàdica i crònica, i les accions de **planificació del trasllat** entre el domicili i els serveis d'atenció des del domicili (com es garanteix el subministrament de l'oxigen durant els trasllats). També s'hi han d'especificar el sistema de seguiment de les persones i de l'equipament de les persones amb AD, i la comunicació dels resultats de la prescripció, el monitoratge i les incidències. En relació amb aquesta darrera situació, per als casos de risc, cal desenvolupar un pla de contingència en el

supòsit de talls de llum, incendi o incidències en l'ús de l'aparell, una sistemàtica de devolució d'aparells, etc.

A continuació, es descriuen algunes accions de millora addicional que cal fer en aquesta àrea:

- Disposar d'**informació mínima compartida a l'HCCC i sistemes d'informació compartits del PAID** tant pel que fa a la identificació com al pla de les persones ateses.
- Comunicar d'una forma àgil i oportuna als professionals de l'AP la prescripció i els canvis de prescripció de l'oxigenoteràpia efectuats pels professionals de l'atenció hospitalària.
- Establir **sistemes de missatgeria** entre empreses proveïdores i els professionals de referència.
- Deixar constància en l'**agenda de cada persona** de l'atenció del PAID de la **programació de visites de seguiment de les empreses proveïdores d'oxigenoteràpia**.
- En els casos que escaigui, cal dur a terme una nova valoració de la dimensió social, especialment per als casos en què les **situacions socioeconòmiques facin difícil que les persones i la família assumeixin la despesa elèctrica**.

6.6 Paper de la farmàcia comunitària: contribució a l'atenció farmacèutica i utilització segura dels medicaments

Una de les característiques de les poblacions ateses en els serveis i programes d'AD és la situació de polimediació, amb xifres que s'apropen a un 75% de població atesa en aquests programes que pren 10 fàrmacs o més.⁴³ Aquesta situació requereix un abordatge específic en aquesta àrea. Encara que sigui necessari un abordatge multifactorial, se'n poden concretar algunes propostes d'acció que s'exposen a continuació.

Impulsar estratègies de revisió de la medicació:

- Desenvolupar eines de suport metodològic per als professionals pel que fa al procés de **revisió clínica centrada en les persones**.

⁴³ <http://www.cedimcat.info/index.php?lang=es>

- **Realitzar formació** específica per a professionals mèdics i professionals infermers i també per a altres professionals que intervenen en aquest procés.

Establir estratègies de conciliació en els processos de transició:

- Les transicions són situacions crítiques pel que fa al procés d'atenció, i la conciliació farmacològica és un element crític dins del procés. També, com en el cas de la revisió, cal introduir continguts específics dins del programa formatiu.

Incorporar l'abordatge del compliment del tractament com un procés clau:

- Fins ara s'han destinat més esforços i interès a l'àmbit de l'adequació en la prescripció. Es requereix un abordatge que no es basi només en coneixements, sinó en l'avaluació i la reconducció de les conductes i emocions en de les persones ateses i les persones cuidadores.
- Hi ha diverses accions que es poden incorporar en la millora del compliment del tractament: l'elaboració de **materials específics** per a les persones ateses i per a les persones cuidadores o la introducció de sistemes que han demostrat una elevada evidència en aquest aspecte.
- Un altre element d'avenç pot ser la identificació de **sistemes robustos** de mesura que, de manera objectiva, avaluin el compliment del tractament, i que ara encara no estan disponibles.
- És molt interessant la divulgació d'informació que la ciutadania pugui comprendre fàcilment en relació amb els medicaments, elaborada pel Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya (CedimCat): <http://www.cedimcat.info/index.php?lang=es>.

Fer dispensació dosificada (sistema personalitzat de dosificació de medicaments, SPD):

- És un element força incorporat en models d'AD, tot i que a Catalunya encara és un servei no finançat dins de la cartera de serveis del sistema públic. S'han de valorar alguns estudis de recerca en marxa que avaluin l'impacte de l'SPD per estimar-ne la introducció futura dins de la cartera de serveis finançada pel Servei Català de la Salut, encara que sigui per a subpoblacions amb més risc prioritzades.
- Aquest servei cal que prevegi l'entrega i recollida a domicili dels medicaments.

Potenciar el rol col·laborador de les oficines de farmàcia:

- Els farmacèutics comunitaris, com a agents de salut a la comunitat, tenen una posició privilegiada que permet observar i identificar els problemes que tenen les persones en relació amb la presa de medicació.
- S'han establert canals de comunicació electrònica entre les oficines de farmàcia i els professionals sanitaris que intervenen en el procés d'atenció, fent èmfasi en la comunicació no presencial no tan sols amb el personal mèdic, sinó també amb els professionals d'infermeria i altres professionals de referència (gestors de casos, professionals de treball social). Cal potenciar l'accés a aquest canal de comunicació amb les oficines de farmàcia per part dels diferents professionals del PAID implicats en la gestió i l'ús de la medicació.

Estandarditzar el model de farmaciola dels maletins per a les visites a domicili:

- Encara que sembli un element menor, aquest és un element d'interès i es proposa que es reculli el treball ja realitzat a la ciutat de Barcelona perquè en serveixi com a base.
- També cal reforçar la inclusió de medicació per a exacerbacions de processos crònics avançats i de final de vida.

Identificar objectius i indicadors de farmàcia dins del marc evaluatiu:

- Es proposen indicadors relacionats amb la taxa d'incidències en seguretat i proporció de persones en l'AD sobre les quals s'ha dut a terme un procés de revisió.

6.7 Interconnexió amb altres serveis de l'entorn domiciliari: serveis d'atenció diürna i serveis d'intervenció socioeducativa

L'atenció a l'entorn domiciliari **s'ha d'integrar necessàriament en l'ecosistema de serveis** i eines del sistema de serveis socials existents per poder optimitzar els recursos i les estratègies actuals i aportar valor afegit a les persones usuàries d'aquest servei.

D'una banda, aquest plantejament a escala global comporta que el PAID faci seus els plantejaments del pla estratègic de serveis socials, que proposa una mirada integradora dels serveis socials que potencii la dimensió preventiva i comunitària, i generi un marc de treball en xarxa amb altres sectors implicats en el benestar de les persones.

D'una altra, en l'àmbit operatiu, aquesta mirada comunitària i en xarxa fa necessari que s'explorin les interconnexions amb altres serveis del sistema per definir el perímetre funcional del PAID. Així, cal articular estratègies amb els serveis d'intervenció socioeducatius,⁴⁴ per optimitzar la seva acció comunitària, i amb els serveis d'atenció diürna, per reforçar la coordinació entre serveis.

D'aquesta manera, els serveis d'intervenció socioeducatius, un dels puntals del sistema de protecció a la infància, requereixen una mirada integral, ja que s'orienten a la prevenció i la intervenció davant de les situacions de risc en què es troben els infants i els adolescents; particularment les que incideixen en el seu desenvolupament, afavoreixen la preservació de la unitat familiar i permeten la promoció del seu benestar des del medi d'origen. Així mateix, es proporciona a les famílies el suport necessari perquè puguin atendre correctament els seus fills en situació de risc, i fomentin, mitjançant el treball individual o grupal, l'adquisició d'habilitats i hàbits de conducta, tant pel que fa a capacitats personals com a capacitats relacionals dirigides a disminuir la situació de risc.

Pel que fa als serveis d'atenció diürna per a gent gran, degut a la seva progressiva orientació conceptual cap a plataformes de servei, esdevenen serveis amb els quals el PAID pot crear dinàmiques d'intercanvi, i això permet optimitzar recursos i establir-hi col·laboracions.

6.8 Transport adaptat i transport sanitari

Aquest és un element important pel que fa a la **combinació de recursos de serveis diürns dins del paquet de serveis per a persones ateses en programes d'AD**. El cost que impliquen per a les persones usuàries les tarifes de transport adaptat de vegades és una barrera important per facilitar l'accessibilitat per sortir de la llar. Es recomana que es pugui preveure com es pot millorar el finançament d'aquest servei d'una manera adequada per facilitar l'assistència si les persones en compleixen els criteris d'accés.

⁴⁴ Generalitat de Catalunya. Serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents en situació de risc i les seves famílies. Línies generals del nou model de serveis. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de la Generalitat de Catalunya. 2016.

Disponible a:

<http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/eines32/SIS.pdf>

Cobrir les necessitats de transport en els casos en què l'entorn relacional de les persones no el pugui cobrir esdevé fonamental per connectar-les amb la prestació de serveis en el marc del PAID (per exemple, centres de dia, etc.).

El transport adaptat en salut està previst en la cartera de serveis de salut i l'assignen els serveis sanitaris en funció dels criteris d'inclusió establerts per protocol.

Per al cas del transport adaptat finançat pels serveis socials, correspon al transport accessible i/o assistit el trasllat a serveis socials especialitzats d'atenció diürna de persones amb discapacitat i persones grans amb dependència i que presenten un trastorn de deteriorament cognitiu (tipus demència) que no poden fer ús del transport ordinari i que tenen dificultats de mobilitat (mobilitat reduïda) i/o necessitat d'una persona acompanyant (barem de persona acompanyant).

El PAID ha de vetllar per l'accessibilitat al transport adaptat o a un transport alternatiu amb la finalitat d'introduir les mesures adients per millorar la situació al territori. És important que es pugui implicar en aquest aspecte el Departament de Territori i Sostenibilitat per tal de garantir-ne el finançament necessari.

6.9 Respostes a les necessitats de determinats col·lectius al domicili i al seu entorn

Tot i que els serveis i els programes d'AD, amb caràcter general, s'adrecen a totes les persones que, en qualsevol moment del seu cicle de vida, necessiten un suport al seu entorn domiciliari, és ben cert que hi ha determinats col·lectius que, per les seves necessitats d'atenció específiques, han de ser perceptors d'una atenció especial i que requereixen una articulació d'alt nivell de resposta domiciliària. Entre aquests col·lectius destaquen:

6.9.1 Atenció a infants i adolescents

Atenció a infants i adolescents amb necessitats atenció especial

És una necessitat atendre els infants i els adolescents amb necessitats complexes d'atenció des d'una perspectiva integral i integrada, que articuli l'acció social i sanitària amb la lúdica i educativa i que garanteixi la salut, l'educació, el benestar i els drets dels infants i els adolescents a què fa referència el títol II de la Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (LDOIA), amb un suport adequat al domicili durant el temps que sigui

necessari en el seu procés de creixement i desenvolupament, i amb una participació activa d'aquests infants o adolescents, de la família i de l'entorn cuidador.

S'han d'introduir escenaris d'atenció compartida en els processos de detecció, valoració i identificació de situacions per maltractament prenatal, infantil i adolescent, i és important la intervenció conjunta dels professionals sanitaris d'especialitats com ginecologia i obstetrícia, llevadora, infermeria, pediatria i treball social sanitari a les consultes. És important en l'observació de situacions de risc per possible maltractament que es realitzi un registre de les situacions observades, coordinar-se internament i externament entre l'àmbit sanitari i de serveis socials, fer la confrontació amb els adults que acompanyen el menor respecte a la situació observada i actuar tenint en compte els protocols existents.

Cal tenir molt en compte els nous escenaris de convivència a l'entorn familiar, ja que l'evolució de la societat ha dut un increment de situacions de famílies amb infants que estan immersos en noves situacions que poden produir una càrrega o una tensió més elevada al nucli familiar, associades a l'existència de separacions amb separació de convivència o sense, custòdies compartides, pèrdua de suports familiars a la cura d'infants, etc. Accions de suport, mediació i empoderament poden ser necessàries en aquest context per afavorir el millor desenvolupament de l'infant i l'adolescent en el seu entorn familiar.

L'AD en infants i adolescents amb necessitats d'atenció especial té unes característiques i una singularitat que convé tenir en compte a l'hora de dissenyar el model d'atenció a l'entorn domiciliari, i en destaca la figura de l'educador o educadora social en el procés d'atenció.

Resposta a infants i adolescents amb necessitats de salut i de tipus socio sanitari

Els EAP, de forma conjunta i harmonitzada amb l'atenció hospitalària en els casos que així ho requereixin, han de prestar serveis a aquest grup poblacional amb necessitats pròpies. S'aconsella que hi hagi competències específiques dels professionals que intervenen en l'entorn domiciliari adaptades a aquest grup d'edat, com, per exemple, identificació de les diverses etapes de creixement i desenvolupament, tant físic com neuropsicològic i social/relacional, entre d'altres.

L'AD pediàtrica requereix una mirada social i sanitària integrada especial, ja que aplega l'atenció a les necessitats dels infants i adolescents, i també les necessitats i les potencialitats dels pares o les persones cuidadores principals, amb la necessària valoració i detecció del risc en aquest grup de població vulnerable

Resposta a grups d'atenció d'elevada complexitat en l'atenció domiciliària

L'atenció als infants i adolescents en un entorn d'hospitalització és una situació de crisi que posa aquest col·lectiu en una condició de vulnerabilitat. Els infants i els adolescents que s'hi troben han d'afrontar una nova realitat que els porta a dependre de terceres persones, perden la seva autonomia i intimitat, experimenten dependència cap al personal mèdic i hospitalari, i han d'acceptar normes especials i hàbits de vida per a la seva alimentació i el seu son. Per aquest motiu, s'intenta que es plantegi l'AD com el primer escenari d'atenció sempre que sigui possible. Aquest fet implica que es doni suport tant als infants i adolescents com a la seva família.

L'article 46.1 de l'LDOIA indica el següent: "S'ha de potenciar el tractament en l'atenció primària de salut o el tractament domiciliari dels infants i els adolescents, a fi d'evitar-ne, sempre que sigui possible, l'ingrés hospitalari. Si l'ingrés hospitalari és necessari, aquest ha d'ésser tan breu com sigui possible i s'ha de procurar que tingui lloc en unitats preparades per a infants i adolescents i evitar l'hospitalització entre els adults".

En aquest sentit, es comencen a identificar iniciatives impulsades per alguns centres hospitalaris pediàtrics a Catalunya de programes d'atenció a infants que pertanyen a grups amb necessitats d'atenció específiques de baixa prevalença pel que fa a l'àmbit comunitari: atenció pal·liativa, ventilació mecànica no invasiva, traqueotomia, nutrició parenteral, portadors de sondes de gastrostomia percutània endoscòpica (GPE) o altres circumstàncies que configuren una situació de complexitat. Per a aquestes situacions, una modalitat que es pot tenir en compte és l'hospitalització domiciliària per poder fer la transició amb garanties, ja que aquest col·lectiu és molt sensible a reingressos si l'atenció no és la correcta, i això pot facilitar la capacitació dels professionals d'AP.

La baixa prevalença a la comunitat d'aquestes condicions **requereix l'atenció d'equips i professionals amb una determinada expertesa i especialització**, però que alhora tingui exigències de treball col·laboratiu amb els dispositius d'AP i professionals de gestió de casos ja existents a la comunitat.

Alguns d'aquests processos tenen una **intensificació de l'atenció en el procés de transició** (hi ha algunes experiències de trasllat acompanyat per professionals sanitaris en infants amb ventilació mecànica) i **postalta immediata**, tant pel que fa al contacte telefònic com a visites presencials que es requereixen.

Un element crític pel que fa al treball en xarxa necessari en aquest grup és la **necessitat de contacte i pacte amb els professionals d'AP**. Convé treballar i organitzar com es coordinen aquests equips especialitzats amb la xarxa d'AP, com es contacta, i es poden programar visites conjuntes amb els professionals de pediatria o els gestors de casos a l'AP.

S'ha de construir tota la **xarxa de contacte telefònic accessible i de correu electrònic segur entre els diversos dispositius**. Aquest és un element més singular si es compara amb l'atenció a persones amb condicions de més prevalença, com passa amb l'atenció a les situacions de complexitat en adults. S'han d'**identificar els professionals de referència (PR) de l'atenció a l'AP**, que de forma genèrica són els gestors de casos del territori o unitat, sense descartar que en situacions concretes el referent pugui ser un altre professional.

També és important que els **plans d'atenció es puguin elaborar i compartir amb la resta de la xarxa d'AP des de l'atenció hospitalària**, i generar informes (valoració i pla d'atenció inicial, PIIC, PREALT, seguiment), i que es puguin compartir i generar alertes o missatgeria selectiva en situacions de revisió o canvis significatius en el procés d'atenció i seguiment d'aquest col·lectiu.

Un altre element d'interès és la necessitat de **formació i capacitat dels professionals de primera línia** per a la cura d'aquests persones ateses especialment per entorns geogràficament molt distants de l'hospital. Cal que es generin materials de formació que facilitin la capacitat no presencial (enregistraments de vídeo, càpsules de vídeo) que siguin fàcilment accessibles als professionals de l'AP.

És important que per a aquestes poblacions en situació de risc que es generin **respostes planificades de garanties d'atenció 7x24** pel que fa a un telèfon de contacte amb l'hospital de referència, i d'atenció 7x24 amb capacitat de resposta. Aquesta resposta ha de ser accessible per a les famílies i els professionals d'AP d'una manera clara i fàcil.

També hi ha d'haver una certa disponibilitat de cobertura d'atenció mèdica i de treball social, especialment per les **necessitats freqüents d'atenció social** que sorgeixen en aquests processos en població infantil, pel seu impacte en l'àmbit familiar.

Hi ha tota una qüestió de **coordinació important amb les empreses proveïdores d'aparells i equipament mèdic** que porten sovint, pel que fa a la identificació de problemes que poden dur a terme els professionals sanitaris.

L'article 49.2 de l'LDOIA diu que: "L'infant o l'adolescent malalt o convalescent que s'està al seu domicili, o que està internat més de trenta dies en un centre que no disposa d'unitat específica pediàtrica, té dret a rebre l'educació corresponent al seu nivell escolar, sens perjudici que també se li faciliti suport educatiu per mitjans telemàtics".

En aquest context, les visites domiciliàries poden tenir lloc al domicili mateix o a l'escola, amb el que això comporta en termes de **formació i capacitat per a les famílies, les persones cuidadores i el professorat tutor**. Hi ha una certa preocupació en el sector sobre com es poden atendre aquests infants i adolescents amb les polítiques educatives actuals d'escola inclusiva, que dispersen aquests infants amb necessitats d'atenció especial i que,

segurament tenen un impacte amb increment de les necessitats d'atenció i de capacitat dels professionals mèdics i infermers d'AP que ja treballen a la comunitat.

És important d'incloure-hi tota la tasca d'assessorament que poden fer les entitats de persones amb discapacitat i/o dependència i del conjunt del tercer sector i els mateixos centres d'educació especial en el model de centres d'educació especial proveïdors de serveis (CEEPSIRS).

Resposta a infants i adolescents en situació de risc de desemparament que necessiten intervenció a l'entorn domiciliari

En els casos de nuclis familiars o convivencials en què es detecti que els infants o els adolescents poden trobar-se en situació de risc social per dificultats en l'exercici del rol parental, s'ha de plantejar la prestació de SAD i suport a la unitat familiar o de convivència de forma complementària o per reforçar les actuacions en el marc de la prestació de serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a aquest col·lectiu. Aquesta mesura ha d'estar subjecta als criteris d'indicació descrits a la cartera de serveis, i s'han d'identificar els casos en què és una prestació garantida i els casos en què pot ser necessari aplicar-hi un copagament.

Una intervenció preventiva per als casos de risc detectats es pot acompanyar d'altres mesures d'intervenció de caràcter més grupal o fins i tot comunitària.

En alguns casos, el **compromís socioeducatiu** és l'instrument que pot ajudar a treballar de forma conjunta amb la família. Aquesta metodologia consisteix en la signatura d'un conveni entre l'equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA) i els progenitors o les persones titulars de la tutela o la guarda, i ha de contenir la descripció i l'acreditació de la situació de risc, la seva avaluació i la concreció de les mesures que han d'aplicar els serveis socials bàsics o altres serveis especialitzats per a la superació de la situació perjudicial per a l'infant o l'adolescent.

En altres ocasions, la intervenció en l'entorn domiciliari es realitza per assegurar l'èxit de **l'acolliment dels infants i els adolescents** pels seus familiars en el cas de l'acolliment en família extensa.

6.9.2 Atenció a dones embarassades i durant el postpart

L'evidència científica disponible mostra que hi ha una relació clara entre la qualitat de l'atenció prenatal, neonatal i infantil i determinats problemes de salut, com la mortalitat perinatal, el pes baix en néixer, la prematuritat, etc. Per això, el seguiment de l'embaràs des de les primeres setmanes de gestació és primordial per detectar els embarassos de risc i prevenir-ne les conseqüències per al nadó i per a la mare. Així, els cribratges i l'educació per a la salut durant els primers anys de vida són essencials per incorporar hàbits i estils de vida saludables i detectar precoçment certes malalties en aquesta etapa.

En casos de risc o impossibilitat que la dona es pugui traslladar de forma fàcil per efectuar el seguiment fora del domicili, els equips d'intervenció han d'analitzar i prioritzar els casos en què es requereix part de la intervenció al seu domicili.

Actualment, l'atenció durant el puerperi és una pràctica bastant estesa i en consolidació. Forma part de la cartera de serveis dels professionals d'infermeria obstetricoginecològica a l'AP.

En aquest sentit, s'hi recomanen les següents accions:

- **Incorporar i consolidar a la cartera de serveis una o dues vistes en el puerperi**, especialment quant a les dones primíparaes, i segons els criteris d'indicació establerts per l'ENAPISC i els programes d'atenció a les dones i els infants.
- Afavorir l'**alta precoç** (s'està reduint de 24 a 6 hores) en els casos en què n'hi hagi un criteri d'indicació, amb una visita postalta al cap de 24-48 hores.
- **Coordinar l'equip d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) amb l'equip pediàtric** en perfils de casos pactats.
- Valorar els casos detectats de risc, en els quals cal efectuar una visita conjunta del o la professional d'infermeria obstetricoginecològica encarregat de la visita, el de treball social, el de psicologia i el de pediatria, en funció de cartera de serveis i altres serveis de suport de l'AD.
- **Donar l'alta precoç a persones que pateixen algun problema de salut i en situació de risc que ha fet perllongar l'estada**, i per a les quals l'equip de l'ASSIR pot organitzar una alternativa d'atenció al domicili.
- Incorporar, en els casos que ho requereixin, un sistema de seguiment per teleconferència per efectuar el seguiment del puerperi en situacions de problemàtica de salut o en què existeixin factors socials específics.

6.9.3 Atenció a persones amb trastorn de salut mental i addiccions

El **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions**, en la seva estratègia 2017-2019, destaca, com uns dels principis i elements que han d'impregnar totes les actuacions, la consecució de la integració de les intervencions (entre les xarxes especialitzades, en l'entorn de l'AP, integració progressiva amb els serveis socials, sanitaris, educatius, laborals i altres) i el desenvolupament d'un model d'atenció a la salut mental i addiccions (SMiA) basat en la comunitat i orientat a reduir les desigualtats socials i millorar la recuperació i la inclusió social.

Així, doncs, es proposa una estratègia que consolida el model d'atenció comunitari i orienta l'organització dels serveis d'atenció des del paradigma del model de recuperació. L'àmplia mirada que es planteja per entendre l'SMiA i l'atenció a les persones afectades implica la confluència de molts punts de vista, la sinergia de diversos àmbits i disciplines, amb la proposta de la integració de l'atenció entre els diferents serveis de la xarxa sanitària i entre el sistema sanitari, social, educatiu, laboral i judicial com a objectiu de millora permanent.

Aquest model, a més, conté el reconeixement del rol actiu i d'empoderament de les persones i de les seves famílies, en col·laboració amb els professionals que les atenen, la valoració integral de les seves necessitats i una pràctica assistencial col·laborativa dels professionals de totes les organitzacions i àmbits d'atenció implicats que assegurin la planificació proactiva i l'atenció compartida.

Un dels objectius del Pla director de salut mental i addiccions és articular un bon nivell de resposta domiciliària que previngui i eviti hospitalitzacions potencialment evitables en persones amb problemes d'SMiA.

Es plantegen quatre nivells d'actuació dels equips d'SMiA en l'entorn domiciliari i comunitari:

- Un nivell d'**hospitalització domiciliària (HD) en SMiA** com a alternativa a l'hospitalització convencional: és una modalitat amb una intervenció intensiva, per un període aproximat de tres setmanes,⁴⁵ en la qual s'assegura una mínima intensitat d'atenció per part de diversos perfils professionals, fins i tot de psiquiatria, que cobreix caps de setmana i festius.
- Un nivell d'**AD intensiva**, que es podria allargar per un període màxim de sis mesos, amb una intensitat de visites i contactes de dos a tres cops a la setmana. És un nivell altament relacionat amb l'anterior, ja que moltes persones ateses donades d'alta de l'HD poden

⁴⁵ En funció de les guies i les rutes assistencials integrades del Pla director de salut mental i addiccions.

passar immediatament a aquest nivell. A més a més, una intervenció en aquest nivell pot prevenir molts ingressos innecessaris. El desplegament del model de PCC en salut mental pot ser de gran utilitat per a aquests casos.

- Un **nivell de seguiment domiciliari dels equips del centre de salut mental d'adults (CSMA) i el centre de salut mental infantojuvenil (CSMIJ)**, en què la intensitat sigui més baixa, però suficient, per mantenir les persones ateses amb un grau de **vinculació** o, sobretot, **revinculació**, quan fos necessari.
- Un **seguiment de l'equip d'atenció primària de salut i atenció primària social de serveis socials**, amb el suport del CSMA, el CSMIJ i la unitat funcional d'SM.

Igualment, s'està duent a terme una revisió del **pla de suport individualitzat (PSI)** amb una evolució vers un model de programa assertiu comunitari. Els PSI estan formats per tres o quatre professionals i tenen una cobertura mitjana de 250.000 habitants en termes poblacionals. La gestió de casos dins del model de PSI preveu una càrrega de 10-15 casos per cada gestor o gestora de cas, degut a les característiques i les necessitats de les persones ateses.

Cal que es potenciïn els **centres de rehabilitació comunitària** i els centres de dia amb funció altament rehabilitadora i de reinserció comunitària (recapacitació –*reablement*).

Un element important en tots aquests programes és el paper de les **famílies** en el procés d'atenció **com a factor contenidor**.

Dins de l'abordatge de la complexitat, des de la vessant de complexitat on hi concorren problemes d'SM i de malaltia orgànica, hi ha la revisió dels models col·laboratius d'atenció que ja es duen a terme, en què s'estableix una **metodologia de conferència de cas** per a la **valoració integral i l'elaboració de plans d'intervenció compartits sanitaris i socials per part d'EAP, d'equips d'SM i dels serveis socials bàsics**. En aquestes experiències, hi ha la necessitat de definir l'abast de la valoració i les dimensions que cal incorporar i els requeriments tecnològics per disposar d'una **plataforma tecnològica** que en faciliti l'elaboració i el seguiment.

6.9.4 Atenció a persones amb demència o Alzheimer

Les necessitats de les persones amb demència i de les seves persones cuidadores i familiars són múltiples i diverses: informació, suport social i emocional, atenció a la dependència i tractament de comorbiditat i de la simptomatologia que poden presentar, a més a més de l'atenció pal·liativa. Una gran part d'aquesta atenció, quan apareix la dependència, es presta

al domicili. Per donar resposta a aquestes persones és imprescindible l'avaluació geriàtrica integral i els models d'AI que actüin de manera proactiva.⁴⁶

Amb l'objectiu de promoure un treball altament coordinat i evolucionar cap a models integrats, el Pla director sociosanitari i el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat han impulsat la realització de rutes assistencials per a l'atenció comunitària a les persones amb demència a tots els territoris. Aquestes rutes es defineixen com un pacte funcional entre els professionals i les organitzacions sanitàries i socials i, en el cas de les persones amb demència, han d'incloure la participació de les associacions de familiars per donar una AI.

Actualment, s'està en procés d'elaboració i aprovació Pla d'atenció sanitària a les persones amb demències.

6.10 Serveis d'ajut a domicili

Els serveis d'ajut a domicili o SAD constitueixen un conjunt organitzat i coordinat d'**accions preventives, assistencials, socioeducatives i rehabilitadores que es realitzen bàsicament a la llar** de les persones i/o la unitat de convivència i dirigides a proporcionar atencions personals, cura de la llar, suport social i relació amb l'entorn.

Aquest conjunt d'accions es du a terme mitjançant personal qualificat i supervisat, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones i/o les unitats de convivència.

Les actuacions s'han de definir en el pla d'atenció social i individual i es concreten en la tipologia següent:

- o Actuacions d'atenció i cura personal, incorporant-hi també la vessant rehabilitadora.
- o Actuacions de cura de la llar.
- o Actuacions de suport educatiu i/o d'acompanyament social.

Actualment, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies està duent a terme un treball d'elaboració del model de serveis d'atenció a domicili que ha de desenvolupar accions de transformació en el sector i que encaixa dins del paraigua del model PAID.

⁴⁶Bases per a l'atenció comunitària a les persones amb demència.

http://salut-envelliment.uab.cat/publicacions/docs/atencio_persones_demencia.pdf

6.11 Serveis de tecnologia de suport i cura: TLA bàsica i TLA avançada

El servei de tecnologies de suport i cura és un servei que mitjançant la tecnologia ofereix suport personal i social a les persones, per facilitar el seu manteniment al domicili i la seva atenció. Les actuacions que es duen a terme poden ser preventives, proactives i reactives en situació d'emergència.

Depenent de l'abast de les actuacions que es duen a terme, es distingeix entre:

- **Servei de TLA bàsica:** model de teleassistència (TLA) que proporciona atenció a les persones de forma ininterrompuda, mitjançant l'ús de les TIC, amb el suport dels mitjans personals necessaris, per respondre de manera immediata davant de situacions d'emergència, d'inseguretat, soledat i aïllament.
- **Servei de TLA avançada:** és aquell que inclou, a més dels serveis de TLA bàsica, suports tecnològics complementaris dins i fora del domicili, o d'ambdós, així com la interconnexió amb els serveis d'informació i professionals de referència en els sistemes sanitari i social, desenvolupament de processos i protocols d'actuació en funció de la situació de necessitat d'atenció detectada.

Aquest és un subàmbit d'atenció que requereix en els propers anys una revisió tan pròpia com d'encaix dins d'un model global d'AI, especialment pel que fa al model de TLA avançada.

6.12. Serveis de suport a familiars cuidadors i altres persones cuidadores no professionals

Els serveis de suport als familiars cuidadors i altres persones cuidadores no professionals són serveis que tenen per finalitat facilitar l'empoderament, l'acompanyament, l'assessorament, la informació, la capacitació, el suport i el respir a les persones cuidadores de l'entorn familiar.

Són serveis complementaris a la resta de serveis d'AD i contribueixen a millorar la cura de la persona que en cuida una altra, a cuidar-se a ella mateixa i a disminuir possibles situacions de claudicació.

Els serveis són els següents:

- Actuacions d'**informació i assessorament**.
- **Accions de capacitació**: accions de formació en diferents modalitats (virtual, presencial, semipresencial), en format grupal o individual, amb temàtica bàsica o monogràfica.
- **Grups de suport i ajuda mútua**.
- **Programes de respir** en les diferents modalitats.

Aquí també cal que hi hagi una agenda de treball a escala supradepartamental per dur a terme una revisió i proposta del model amb visió d'AI.

7 SISTEMA D'AVALUACIÓ AL PAID⁴⁷

Per a l'avaluació dels indicadors de qualitat, s'ha elaborat el document *Marc avaluatiu del Programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari*.

Les organitzacions que, dins el marc del PAID, pretenen transformar els seus sistemes de treball necessiten incloure l'avaluació d'aquest procés per contribuir a l'estratègia del canvi que es vol assolir. L'avaluació és, doncs, un element cabdal per poder establir els canvis necessaris per garantir un procés d'èxit.

A continuació, es detallen alguns aspectes d'enfocament general que s'han tingut en compte en aquest disseny del sistema d'avaluació:

- Millora de resultats en salut i benestar.
- Adequació de la utilització dels serveis.
- Bona experiència d'atenció de la persones i l'entorn cuidador.
- Bona experiència dels professionals sanitaris i de serveis socials.

El manual d'indicadors de qualitat elaborat està adreçat als equips funcionals del PAID i vol esdevenir un instrument de millora en el procés de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari, perquè pugui orientar el desplegament del model d'atenció i, posteriorment, pugui utilitzar-se en processos d'autoavaluació i avaluació externa del PAID.

L'estratègia avaluativa del PAID té dos grans eixos:

- L'avaluació dels indicadors de qualitat dels equips funcionals del PAID.
- L'avaluació de la gestió i la governança del PAID a escala interdepartamental i territorial.

7.1 Indicadors de qualitat dels equips funcionals PAID

Per elaborar els indicadors dels equips funcionals d'atenció integrada, es van seguir les fases següents:

1. Escoltar la veu de les persones ateses als serveis d'atenció domiciliària.
2. Revisar el marc conceptual i les tendències de l'atenció domiciliària.

⁴⁷ Correspon al capítol 9 del document de *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

3. Revisar-ne la situació a Catalunya.
4. Revisar els serveis d'atenció domiciliària inclosos a la cartera de serveis socials i de salut.
5. Definir-ne les dimensions i les àrees rellevants.
6. Identificar els indicadors, prioritzar-los i definir-los.
7. Consensuar els estàndards i els elements de mesura dels indicadors.

Els 29 indicadors s'han agrupat en cinc grans dimensions, que tenen en compte l'àmbit temàtic dels indicadors inicialment prioritzats tal com es pot veure a continuació en la **taula 1**.

Taula 1. Indicadors dels equips funcionals del PAID

Dimensió 1. ATENCIÓ I SUPORT A LES PERSONES A L'ENTORN DOMICILIARI⁴⁸

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	INDICADORS	CRITERIS	ESTÀNDARD
Accessibilitat	1.1	Temps de primera resposta del PAID	Les persones que demanen atenció domiciliària tenen una resposta oportuna.	75%
Valoració i pla d'atenció	1.2	Valoració integral	Les persones ateses obtenen una valoració integral del PAID.	80%
Valoració i pla d'atenció	1.3	Pla d'atenció integral	Les persones ateses al PAID tenen un pla d'atenció únic, integrat i actualitzat, que recull les preferències i prioritats de la seva atenció.	85%
Empoderament de les persones ateses i l'entorn cuidador	1.4	Millora de les competències d'autocura i autogestió	Les persones ateses i les seves famílies tenen un abordatge integral de les seves necessitats per millorar l'empoderament, l'autocura i les competències cuidadores.	85%

⁴⁸ El detall de la formulació, anàlisi i interpretació de cada indicador es pot consultar al capítol 3.1 del document *Marc avaluatiu del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)*.

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	INDICADORS	CRITERIS	ESTÀNDARD
Promoció de l'autonomia	1.5	Productes de suport i serveis de TO	Els equips funcionals del PAID utilitzen productes de suport i tenen accés a serveis de TO per contribuir a millorar l'autonomia de les persones amb dependència i/o discapacitat.	75%
Promoció de l'autonomia	1.6	Utilització de la tecnologia a la llar	Les persones ateses al PAID tenen accés a la utilització de tecnologies que els permetin comunicar-se i millorar la seva autonomia a la llar per mitjà de la utilització de la domòtica i altres productes tecnològics que ajuden a donar resposta en l'entorn del domicili propi.	80%
Seguretat de l'atenció	1.7	Valoració de riscos	Les persones usuàries són valorades considerant els riscos principals per identificar la necessitat d'establir mesures preventives.	80%
Seguretat de l'atenció	1.8	Valoració de l'entorn domiciliari	Les persones ateses al PAID tenen una valoració de la situació del domicili per identificar situacions que afectin la seguretat a l'entorn domiciliari.	85%
Seguretat de l'atenció	1.9	Seguretat a la llar	Les persones amb problemes de seguretat a la llar disposen d'un pla específic per donar resposta a les necessitats detectades.	80%

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	INDICADORS	CRITERIS	ESTÀNDARD
Resultats en salut i benestar	1.10	Assoliment de resultats clau esperats en l'atenció domiciliària	Les persones ateses tenen un millor control dels símptomes o motius principals que van activar el PAID, especialment del símptoma guia emergent o dels resultats clau que van activar l'inici de l'atenció domiciliària.	75%
Resultats en salut i benestar	1.11	Manteniment i millora funcional	Les persones ateses al PAID amb alteració funcional mantenen i/o milloren les seves funcions.	65%
Resultats en salut i benestar	1.12	Millora de la qualitat de vida	Les persones ateses al PAID experimenten una millora de la seva qualitat de vida.	70%
Adequació del servei	1.13	Taxa d'utilització de serveis d'internament urgent	Les persones ateses al PAID tenen taxes més baixes d'utilització de serveis d'internament evitables.	Per determinar en funció de la data de tancament del darrer any i el pacte d'objectius
Adequació del servei	1.14	Taxa de reingressos a serveis d'internament	Les persones ateses al PAID tenen taxes més baixes de reingressos en serveis d'internament després del seu retorn al domicili.	Per determinar en funció de la data de tancament del darrer any i el pacte d'objectius

Dimensió 2. ASPECTES RELACIONALS, PROMOCIÓ DE DRETS I ASPECTES ÈTICS DE L'ATENCIÓ⁴⁹

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	INDICADORS	CRITERIS	ESTÀNDARD
Experiència d'atenció	2.1	La veu de les persones ateses i les seves famílies	Les persones ateses estan satisfetes amb l'atenció rebuda al PAID i expressen una experiència percebuda bona o molt bona amb el procés d'atenció professional.	100%
Atenció centrada en les persones	2.2	Treball basat en preferències i valors	La prestació de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari incorpora la filosofia de l'atenció centrada en les persones (ACP), respectant les preferències i els valors de les ateses.	90%
Aspectes ètics de l'atenció	2.3	Suport a la presa de decisions	Les persones ateses al PAID tenen una valoració de la capacitat de presa de decisions i disposen d'instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària.	80%

⁴⁹ El detall de la formulació, anàlisi i interpretació de cada indicador es pot consultar al capítol 3.2 del document *Marc avaluatiu del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)*.

Dimensió 3. SUPORT A LA FAMÍLIA, LES PERSONES CUIDADORES, LA UNITAT DE CONVIVÈNCIA I L'ENTORN COMUNITARI⁵⁰

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	INDICADORS	CRITERIS	ESTÀNDARD
Atenció a la família i les persones cuidadores	3.1	Estratègies d'informació i suport a la família i l'entorn cuidador	El PAID ofereix un programa d'atenció i suport a la família i l'entorn cuidador de les persones usuàries que dona resposta a les necessitats d'informació i suport.	80%
Atenció a la família i les persones cuidadores	3.2	Abordatge de la claudicació familiar	Les persones ateses al PAID tenen una valoració i un abordatge del risc de claudicació familiar.	80%
Inclusió comunitària	3.3	Abordatge de la solitud	Les persones ateses al PAID en situació de risc d'aïllament social i amb interaccions socials empobrides participen en activitats d'inclusió comunitària que promouen el procés de socialització i reinserció a la comunitat.	80%

⁵⁰ El detall de la formulació, anàlisi i interpretació de cada indicador es pot consultar al capítol 3.3 del document *Marc avaluatiu del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)*.

Dimensió 4. TREBALL INTEGRAT SOCIAL I SANITARI A L'ENTORN DOMICILIARI⁵¹

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	INDICADORS	CRITERIS	ESTÀNDARD
Eines facilitadores de l'atenció integrada	4.1	Eines d'atenció integrada	Els equips del PAID disposen d'eines facilitadores de l'atenció integrada domiciliària.	70%
Equips d'atenció integrada	4.2	Competències d'atenció integrada	El PAID disposa d'un sistema per avaluar de manera periòdica les competències específiques d'atenció integrada dels professionals assistencials.	70%
Equips d'atenció integrada	4.3	Desenvolupament professional	Es promouen estratègies per millorar el desenvolupament dels equips d'atenció.	80%
Atenció continuada	4.4	Continuïtat de l'atenció	Els equips funcionals del PAID tenen definit el sistema de coordinació i de millora de la continuïtat de l'atenció tant en l'àmbit intern com en l'extern.	90%
Atenció continuada	4.5	Resposta a les urgències i les situacions de crisi	El PAID respon de manera oportuna i adequada a les urgències i les situacions de crisi de les persones ateses i de les persones cuidadores principals.	80%
Atenció continuada	4.6	Transicions segures	El PAID facilita la informació necessària per assegurar la continuïtat de l'assistència quan una persona atesa és remesa o traslladada a un servei d'urgències o a altres serveis o unitats.	90%

⁵¹ El detall de la formulació, anàlisi i interpretació de cada indicador es pot consultar al capítol 3.4 del document *Marc avaluatiu del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)*.

Dimensió 5. GESTIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT AL PAID⁵²

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	INDICADORS	CRITERIS	ESTÀNDARD
Gestió i millora de la qualitat	5.1	Quadre de comandament d'indicadors de qualitat	Els equips funcionals del PAID disposen d'un quadre de comandament d'indicadors de qualitat i de gestió del risc relacionat amb l'atenció prestada, amb la finalitat de poder contribuir a millorar-la.	80%
Gestió i millora de la qualitat	5.2	Avaluació del catàleg de serveis	Els equips funcionals del PAID efectuen una avaluació del catàleg de serveis desplegat al seu territori i identifiquen oportunitats de millora en funció dels resultats assolits a escala poblacional.	80%
Gestió i millora de la qualitat	5.3	Avaluació i millora dels processos d'atenció al PAID	Els equips funcionals del PAID avaluen els procediments de treball i els protocols d'atenció del PAID per adequar les seves estratègies d'intervenció.	80%

7.2 Indicadors de seguiment del PAID⁵³

Una governança adequada del PAID requereix una sèrie d'indicadors que en facilitin el procés de seguiment i presa de decisions en el seu desplegament i implementació a escala territorial i a escala global (macroescala).

Aquest grup d'indicadors s'han d'acompanyar amb l'establiment d'estàndards establerts en funció dels objectius d'implementació, així com amb una definició de termes que incorpori elements de mesura de bones pràctiques esperades en l'acompliment de l'indicador.

⁵² El detall de la formulació, anàlisi i interpretació de cada indicador es pot consultar al capítol 3.5 del document *Marc avaluatiu del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)*.

⁵³ El detall de la formulació, anàlisi i interpretació de cada indicador es pot consultar al capítol 4 del document *Marc avaluatiu del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)*.

A la **taula 2** es poden consultar els indicadors de governança recomanats, tenint en compte que, en funció del desplegament del Programa s'hi poden incorporar, afegir o suprimir alguns indicadors ja consolidats.

Taula 2. Indicadors de governança del PAID

Àrea	N.	Nom de l'indicador
1. Indicadors d'implementació i desplegament del PAID	1	Constitució de la comissió funcional territorial del PAID
	2	Designació dels responsables del PAID territorial
	3	Pla funcional del PAID
	4	Quadre de comandament del PAID
	5	Avaluació anual del pla funcional del PAID
	6	Implementació tecnològica del PAID
	7	Articulació i planificació d'espais i temps per al treball col·laboratiu sanitari i social
	8	Atenció 7x24 organitzada al territori
	9	Compra de serveis del PAID basada en objectius integrats
2. Indicadors d'activitat i flux	10	Població atesa al PAID
	11	Nombre de visites domiciliàries
	12	Plans d'atenció integrats actualitzats
	13	Persones ateses pel catàleg de serveis del PAID
	14	Intensitat del servei del PAID
	15	Estada mitjana al PAID
3. Enfocament poblacional i característiques demogràfiques de la població atesa	16	Característiques demogràfiques:
	a)	- Població
	b)	- Edat
	c)	- Sexe

Àrea	N.	Nom de l'indicador
	d)	- Entorn urbà/rural
	e)	- Nivell socioeconòmic
	17	Població destinatària segons els criteris d'indicació del PAID
	18	Població atesa segons els criteris de complexitat
	19	Població atesa al PAID segons la intensitat del suport
	20	Entitat que activa el PAID o hi remet les persones
4. Indicadors d'empoderament de la ciutadania i d'atenció centrada en les persones	21	Incorporació de persones ateses i persones cuidadores en el codisseny i la cocreació del pla funcional del PAID
	22	Programes conjunts d'atenció i suport a les persones cuidadores
5. Indicadors de continuïtat de l'atenció i utilització de recursos	23	Planificació de l'alta en les primeres 72 hores en el cas de poblacions d'especial interès
	24	Persones incloses en el protocol PREALT enviades als professionals del PAID amb una antelació >48 hores
	25	Persones ateses al PAID amb contacte postalta al cap de 48-72 hores
	26	Activitat d'ingressos potencialment evitables de persones ateses al PAID
	27	Utilització de serveis del PAID per persona
6. Indicadors relacionats amb l'atenció i la seguretat de les persones	28	Temps per accedir al PAID
	29	Valoració i pla d'atenció integrat
	30	Taxa de riscos prevenibles al domicili
	31	Notificació d'esdeveniments adversos a l'entorn domiciliari
	32	Bancs de productes de suport amb serveis de valoració de teràpia ocupacional
	33	Reingressos urgents

Àrea	N.	Nom de l'indicador
7. Indicadors d'eficiència i d'adequació de costos	34	Despeses del PAID
	35	Despesa corrent del PAID/habitant i territori
	36	Mitjana anual del cost per hora del SAD
	37	Allargament de l'estada hospitalària per dificultats a l'alta ⁵⁴
8. Indicadors de resultats en la població	38	Millora de la qualitat de vida percebuda relacionada amb la salut i el benestar
	39	Millora funcional i/o de l'autonomia de les persones
	40	Persones que moren a casa per voluntat pròpia amb els símptomes controlats
9. Indicadors d'experiència percebuda	41	Incorporació de la dimensió de l'experiència de les persones en el marc avaluatiu del PAID
	42	Proporció de persones amb valoració de l'experiència percebuda de l'atenció
	43	Experiència d'atenció de les persones ateses (valoració obtinguda)
	44	Experiència de les persones cuidadores principals envers l'atenció i el suport rebut
10. Indicadors de càrregues de treball, desenvolupament i satisfacció dels professionals i les persones cuidadores no professionals	45	Ràtios de professionals
	46	Satisfacció percebuda dels professionals implicats
	47	Territoris amb plans de formació del PAID
	48	Formació conjunta en atenció integrada a l'entorn domiciliari
	49	Ràtio de rotació dels professionals d'atenció directa del SAD
	50	Absentisme laboral

⁵⁴ Anomenat en l'entorn anglosaxó *delay of transfer*.

Alguns d'aquests indicadors poden estructurar-se en un sistema de llista de comprovació que pugui ser emplenada de manera periòdica pels responsables territorials del PAID.

En la **taula 3** es presenta una relació dels indicadors que poden formar part de la llista de comprovació de les accions desplegades a escala del territori.

Taula 3. Continguts recomanats per incloure en la llista de comprovació de seguiment a escala territorial

N.	Temes que cal valorar
1	Unitats territorials (UT) que han constituït la comissió funcional territorial del PAID i la tenen operativa
2	Unitats amb designació d'una persona responsable del PAID del territori
3	UT que tenen un pla funcional del PAID vigent
4	Àrees del quadre de comandament del PAID amb informació mínima establerta
5	UT que tenen una avaluació anual del pla funcional del PAID
6	Requeriments implementats del sistema tecnològic del PAID
7	UT que han articulat una dinàmica planificada de conferència de cas entre serveis de salut i serveis socials bàsics
8	UT amb definició d'un model d'atenció 7x24 sanitari i social
9	Incorporació d'objectius i indicadors transversals en la compra integrada de serveis del PAID al territori
10	UT que han incorporat permanentment persones ateses i persones cuidadores en el disseny, la implementació i el seguiment del PAID
11	UT que disposen de programes d'atenció i suport a les persones cuidadores dissenyats i implementats de manera conjunta en els àmbits sanitari i social
12	UT del PAID amb accés a un banc de productes de suport i servei de teràpia ocupacional
13	UT del PAID que han incorporat alguna mesura de l'experiència d'atenció dins el marc avaluatiu
14	UT del PAID que disposen d'estudis d'experiència d'atenció de les persones ateses amb una puntuació global igual o superior al 80%

N.	Temes que cal valorar
15	UT del PAID que tenen estudis d'experiència de persones cuidadores de persones incloses al PAID amb una puntuació global igual o superior al 80%
16	UT del PAID amb valoració de satisfacció professional
17	UT que han dut a terme formació del PAID
18	UT que han planificat i implementat plans de formació conjunta sanitària i social

En la **taula 4** es poden identificar alguns dels indicadors que requereixen informació dels processos d'atenció a les persones.

Taula 4. Indicadors que cal valorar en fonts d'informació del PAID i altres fonts relacionades amb el procés d'atenció a les persones.

N.	Nom de l'indicador
1	Població atesa al PAID: general / 0-17; ≥ 65 anys; ≥ 75 anys i ≥ 85 anys
2	Nombre de visites domiciliàries
3	Plans d'intervenció integrada actualitzats
4	Persones ateses pel catàleg de serveis del PAID
5	Intensitat mensual de serveis del PAID
6	Estada mitjana al PAID
7	Característiques demogràfiques: població, edat, sexe, entorn urbà/rural, nivell socioeconòmic
8	Població destinatària segons els criteris d'indicació del PAID
9	Població atesa segons els criteris de complexitat establerts
10	Població atesa al PAID segons la intensitat del suport
11	Entitat o organisme que activa el PAID o que hi remet les persones
12	Planificació de l'alta durant les primeres 72 hores en poblacions d'especial interès

N.	Nom de l'indicador
13	Persones incloses en el protocol PREALT remeses als professionals del PAID amb una antelació de >48 hores abans del retorn al domicili
14	Persones del PAID amb contacte postalta al cap de 48-72 hores postalta
15	Activitat d'ingressos potencialment evitables de persones ateses al PAID
16	Utilització de serveis del PAID per les persones
17	Temps per accedir al PAID
18	Valoració i pla d'atenció integrat
19	Taxa de riscos prevenibles al domicili
20	Reingressos urgents
21	Allargament de l'estada hospitalària per dificultats al moment de l'alta
22	Millora de la qualitat de vida percebuda relacionada amb la salut i el benestar
23	Millora funcional i/o de l'autonomia de les persones
24	Persones que moren a casa per voluntat pròpia amb els símptomes controlats

8 FULL DE RUTA DE L'ATENCIÓ INTEGRADA DOMICILIÀRIA. ACCIONS RECOMANADES PER AL DESPLEGAMENT DEL MODEL⁵⁵

Les cinc grans línies de treball que es proposen en el marc del model per al desplegament adequat del PAID es presenten a continuació, amb un cronograma de treball per als propers set anys, amb la finalitat de poder-ne efectuar un desplegament progressiu.

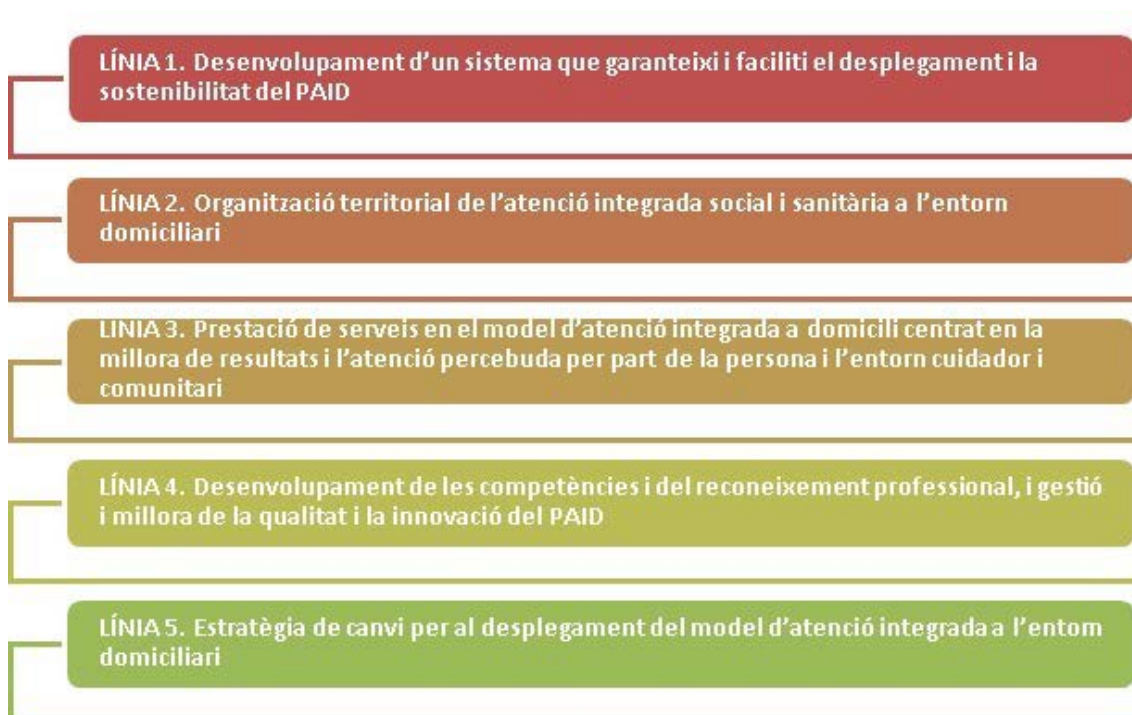


Figura 10. Línies de treball per al desplegament del model

En les taules següents es presenten les accions prioritzades per al desplegament del model.

⁵⁵ Correspon al capítol 10 del document de *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

8.1 Indicadors d'avaluació proposats en el desplegament del model per a cada línia de treball

LÍNIA 1. Desenvolupament d'un sistema que garanteixi i faciliti el desplegament i la sostenibilitat del PAID

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Catàleg de serveis	1.1	- Actualitzar les carteres de serveis del nou model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari. ^{56,57}	- Revisar el grau d'aplicació del catàleg de serveis del PAID a escala territorial amb la finalitat d'avançar en el desplegament del model.	- Garantir que hi ha coherència entre els recursos aplicats i les necessitats existents.

⁵⁶ Descriure els criteris d'inclusió i exclusió de cada servei del PAID. Hi ha d'haver uns serveis mínims garantits. S'hi especifiquen els criteris d'accés en situacions d'urgència.

⁵⁷ Donar a conèixer el catàleg i la cartera de serveis als professionals implicats en el PAID, amb especificació dels criteris d'inclusió i exclusió.

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Finançament i compra de serveis	1.2	<ul style="list-style-type: none"> - Alinear els contractes programa establerts amb ens locals i proveïdors (socials i de salut) amb les mesures proposades en el model i prioritzar-les per al desplegament. - Garantir la presència d'un sistema de finançament en atenció primària sensible al desenvolupament del PAID. - Augmentar el pes dels objectius i indicadors compartits i transversals per promoure escenaris d'AD en el contracte programa del CatSalut i DTSF amb els ens locals. - Pactar entre el DS i el DTSF i el món local (ACM i FMC) uns indicadors de finançament i un pla d'implantació que es concreta amb cada ens local/proveïdor en el contracte programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar l'assignació de recursos a l'AD en els pressupostos de la Generalitat de Catalunya i els ens locals. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar pressupostàriament projectes definits i acordats de forma conjunta entre els dos departaments i els ens locals.⁵⁸ - Prioritzar el creixement pressupostari i organitzatiu del PAID en proporció a altres serveis i recursos de caràcter institucionalitzador.

⁵⁸ Existència de serveis cofinançats pel DS, el DTSF i el govern local.

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	1.3	<ul style="list-style-type: none"> - Introduir criteris de qualitat mínims exigibles en la compra de serveis. - Elaborar un model de condicions o plecs tècnics recomanats per a la compra de serveis inclosos en el catàleg del PAID. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiar fórmules d'ajust de finançament per complexitat i altres variables acordades relacionades amb persones ateses en AD. - Incloure objectius de compra de serveis amb proveïdors vinculats a la formació eficaç i continuada de professionals en AD relacionats amb l'atenció integrada. - Disposar d'un sistema d'avaluació de la qualitat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avançar en models de contractació i finançament específic i compartit interdepartamental per al PAID.
	1.4	<ul style="list-style-type: none"> - Establir algun incentiu territorial per promoure accions conjuntes d'atenció integrada a escala territorial.⁵⁹ - Acordar criteris de prioritització per atendre situacions urgents que requereixin AD, amb la dotació pressupostària corresponent. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprar conjuntament determinats serveis socials i sanitaris inclosos en el catàleg (TLA avançada, teràpia ocupacional, hospitalització domiciliària i banc d'ajudes tècniques amb servei de teràpia ocupacional o SAD urgent, etc.). 	

⁵⁹ De la part variable en els contractes programa, per incentivar la posada en marxa del PAID.

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	1.5		- Impulsar l'harmonització interterritorial de copagaments per garantir l'equitat territorial d'accés als serveis del catàleg del PAID.	
	1.6	- Disposar de tota la informació (per a serveis i en clau territorial) del pressupost que es destina a l'AD i iniciar l'estudi de costos del nou model.	- Definir i determinar el sistema de finançament del nou model d'atenció integrat a l'entorn domiciliari.	
Normativa/ regulació	1.7	- Assegurar la regulació adequada dels serveis inclosos en el catàleg del PAID que incorpori una visió d'atenció integrada social i sanitària. ⁶⁰	- Fer seguiment de l'aplicació de la normativa aplicable al PAID.	
	1.8	- Formalitzar els serveis del PAID mitjançant un acord de govern o figura similar.		

⁶⁰ Els criteris d'accés al servei s'han de preveure en un reglament dels serveis, a partir del qual la ciutadania coneix els seus drets i deures, i ha d'incloure, entre altres qüestions, l'accessibilitat. El reglament ha d'indicar si hi ha copagament, els trams, els requeriments, etc.

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Eines que faciliten el desplegament del PAID	1. 9	<ul style="list-style-type: none"> - Definir sota consens les eines adreçades als professionals, que inclouen la fixació dels processos d'atenció (accés, valoració, planificació, seguiment i avaluació).⁶¹ - Adaptar les eines disponibles del PAID a la realitat de cada territori. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar progressivament les eines desenvolupades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaluar, revisar i actualitzar les eines dissenyades.

⁶¹ Inclou, entre d'altres:

1. Eines de cribratge, de valoració i de seguiment de les persones usuàries.
2. Atenció integrada a les urgències i a situacions de complexitat.
3. Definició de processos i rutes assistencials principals en funció de la urgència, complexitat, intensitat de suport, durada prevista de l'atenció i concurrència social i sanitària (atenció a les persones amb deteriorament cognitiu i demència, atenció a la infància en situació de risc, atenció en situació de malaltia avançada i final de vida, abordatge dels riscos principals a l'entorn domiciliari, etc.).
4. A les rutes assistencials es consensuen processos clau que afavoreixen bones transicions (planificació de l'alta, seguiment postalta, informes de remissió, etc.).

<p>Sistema d'informació compartit i treball col·laboratiu</p>	<p>1.10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir l'existència d'un formulari únic per a la sol·licitud d'accés al PAID. - Establir sistemes d'identificació de necessitats i informació adaptats per recollir informació adequadament en les estacions de treball dels professionals del PAID.⁶² - Disposar d'un PIAI. - Garantir l'existència d'un document de resum de les necessitats actives i les pautes d'actuació. - Publicar informes del pla de rehabilitació i coordinació amb els professionals referents. - Disposar d'un sistema d'informació interoperable en entorn 7x24. - Establir requisits d'incorporació, informació mínima estructurada i informes provinents de diferents entitats proveïdores privades de l'àmbit sanitari (rehabilitació domiciliària, oxigenoteràpia, diàlisi) i de l'àmbit de serveis socials (principalment empreses proveïdores de SAD i TLA) en els sistemes d'informació sanitària (història clínica compartida de Catalunya, o HCCC, i sistemes d'informació d'AP) i dels 	<ul style="list-style-type: none"> - Donar suport en TIC per fer la valoració i el pla d'atenció en format electrònic (modelització de la plataforma compartida perquè hi puguin treballar professionals de l'àmbit sanitari i social). - Facilitar un espai o un portal per a les persones cuidadores (tipus La Meva Salut). - Incloure la valoració de la complexitat clínica i social de les persones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir la plena integració.
---	-------------	---	--	---

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
		SSB (SIAS, Hestia, GESS, etc.).		
	1.11	- Incorporar progressivament serveis i funcionalitat de missatgeria segura entre els agents implicats sanitaris i de serveis socials (SAD, TLA) en els serveis que reben les persones, així com l'entorn cuidador.	- Incorporar una visió de 360 graus en estacions de treball electròniques de l'APS i els SSB: visualització a primer cop d'ull dels diferents serveis que intervenen en AD sobre la mateixa persona.	- Consolidar el sistema d'informació del PAID amb empreses proveïdores.
	1.12		- Incorporar espais de comunicació i de consulta entre la ciutadania i els professionals sanitaris i de serveis socials.	
	1.13	- Garantir l'accés de tots els implicats a una informació mínima dels altres prestadors de serveis que treballen de manera concurrent i col·laborativa amb la mateixa persona.	- Facilitar una plataforma tecnològica que possibiliti el treball col·laboratiu a l'hora de fer la valoració integral, el PIAI i el seguiment periòdic en suport electrònic sobre una plataforma tecnològica.	

⁶² Existència d'un únic instrument de valoració bàsic del PAID en format web que permeti l'accessibilitat i interoperabilitat amb els sistemes d'informació.

Definició de la proposta de valoració bàsica integral, que integri informació de la sol·licitud del PAID, aplicació de criteris per a candidats del PAID, la valoració inicial, la valoració periòdica i la valoració final del PAID.

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	1.14	- Recollir informació estructurada relacionada amb l'AD que permeti identificar millor la població de risc. ⁶³	- Incorporar progressivament funcionalitats d'alertes selectives per indicar situacions de risc i que requereixen seguiment a curt o mitjà termini.	
	1.15	- Iniciar el disseny de l'agenda compartida de les persones ateses al PAID.	- Desenvolupar els models d'agenda compartida virtual entre els professionals de l'àmbit sanitari i social que actuïn sobre la mateixa persona i que requereixin que es programin visites compartides.	
	1.16	- Generar espais de treball col·laboratiu dels equips del PAID virtualment: planificar espais i temps de valoració i elaborar plans conjunts.	- Internalitzar informació de seguiment d'empreses proveïdores de SAD dins dels sistemes d'informació propis dels SSB.	
	1.17	- Disposar d'un programa informàtic integrat per a la gestió dels PS de salut i serveis socials per fer seguiment dels casos i de la logística necessària per al funcionament a escala territorial.	- Posar en marxa una eina informàtica per a tots els territoris per valorar la traçabilitat de les sol·licituds d'accés, el temps de resposta, la llista d'espera i el temps de resposta a situacions d'urgència.	

⁶³ Per exemple, la incorporació de la informació social a GMA pot predir actes, com l'alta utilització de l'AD intensiva o la institucionalització en un futur.

ÀREA TEMÀTICA - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-4 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Sistemes d'inspecció, seguiment i control	1.18	- Revisar els estàndards de qualitat i la normativa aplicable dels serveis del catàleg de serveis del PAID.	- Disposar d'auditories tècniques externes de les empreses que presten serveis.	
	1.19	- Dissenyar un protocol dels serveis d'inspecció per al seguiment de l'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari.	- Disposar de llistes de comprovació de conjunt d'inspecció per al seguiment de l'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari.	- Efectuar inspeccions preventives d'ofici conjuntes dels serveis inclosos al catàleg del PAID.
	1.20		- Identificar pràctiques innovadores en metodologies de treball conjunt per part dels serveis d'inspecció per a la promoció de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari segura i respectuosa amb els drets de les persones, amb identificació de les implicacions normatives necessàries per aplicar-les.	

LÍNIA 2. Organització territorial de l'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari

ÀREA TEMÀTICA - L2	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Òrgans de governança	2.1	- Disposar de pla estratègic del PAID.	- Avaluar el pla d'implantació del model. - Estar desplegat el PAID en el 2-5% població general de tots els territoris.	- Revisar el pla estratègic del PAID. - Desplegar el PAID en el 80% de la població amb criteris d'inclusió i amb totes les intensitats.
	2.2	- Constituir el comitè de direcció del PAID.		
	2.3	- Constituir l'òrgan de govern territorial. - Acordar una persona responsable o corresponsable del PAID a escala territorial.		- Establir una estructura de gestió de serveis d'atenció social i sanitària unificada per a la gestió del PAID.
	2.4	- Constituir la comissió funcional a cada organització territorial amb coordinació col·legiada. - Elaborar el pla funcional territorial del PAID, dissenyat per l'òrgan govern, que ajudi els territoris per al disseny i la implementació del model d'AD integrat.	- Avaluar el grau de desplegament del PAID al territori. - Realitzar una primera revisió del pla funcional del PAID.	
	2.5	- Dividir-lo per zones conjuntament entre l'EAP i EBAS.		

ÀREA TEMÀTICA - L2	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	2.6	<ul style="list-style-type: none"> - Disposar d'un sistema de seguiment dels processos d'atenció del PAID amb quadre de comandament de microgestió de cas a macrogestió (a escala territorial). - Revisar periòdicament el quadre de comandament territorial de l'atenció integrada i proposar solucions en funció dels resultats (com a mínim, trimestralment). 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir, en els territoris, un model de control de gestió per donar resposta a les demandes no cobertes o els endarreriments en la prestació del servei. 	
Desplegament dels instruments de relació del PAID	2.7	<ul style="list-style-type: none"> - Desplegar els instruments de relació del PAID en els grans àmbits, àmbits intermedis i petits àmbits. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar-ne el desplegament. 	
Organització dels equips d'atenció	2.8	<ul style="list-style-type: none"> - Definir l'organització tenint en compte espais i temps concurrents dels equips per respondre a les dinàmiques de treball de manera integrada en el marc del PAID. 		
Treball conjunt amb altres programes i estratègies d'atenció comunitària	2.9		<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar comunitats cuidadores i amigables, amb la inclusió del desplegament de projectes de ciutats amigues. Potenciar les comunitats guardadores (persones amb demència, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentar la capacitat resolutiva amb més capacitat de resposta, assegurant la cartera de serveis bàsica i proactivitat a AP.
	2.10	<ul style="list-style-type: none"> - Definir com interactuen els serveis de proximitat (centres d'atenció diürna i serveis socioeducatius dins de la xarxa territorial del PAID). 		

ÀREA TEMÀTICA - L2	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	2.11	- Impulsar que el mapa d'actius de la comunitat inclogui recursos de suport a persones ateses al domicili i persones cuidadores.		
Equips especialitzats de suport	2.12	- Articular els equips de suport especialitzat del PAID, inclosos en el catàleg de serveis.	- Possibilitar que aquestes unitats generin el pla individual d'atenció integral (PIAI), accessible a la resta del sistema sanitari i de serveis socials (salut mental i atenció pediàtrica).	
	2.13	- Definir el model d'hospitalització domiciliària de base territorial amb implicació funcional de l'AP i de la resta de serveis de la xarxa de salut.		
	2.14	- Treballar conjuntament i integradament en estratègies de salut mental a l'entorn domiciliari (per exemple, pla de suport individual o PSI).		
Contínuum de l'atenció integrada	2.15	- Assegurar que els sistemes d'informació del PAID prevegin els elements claus de contínuum de l'atenció definits en la línia 1.	- Desplegar el model de prealta electrònica (sistemes d'informació) ja disponible, per comunicar proactivament (publicació d'un informe i alerta/avís) en la planificació de l'alta (sanitària i social)	- Assolir un bon nivell d'acompliment en els indicadors de resultats de bones transicions.

Línia 3. Prestació de serveis en el model d'atenció integrada a domicili centrat en la millora de resultats i l'atenció percebuda per la persona i l'entorn cuidador i comunitari

ÀREA TEMÀTICA - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
ACP	3.1	- Incloure progressivament les persones ateses i les seves persones cuidadores als òrgans de participació municipal i a les comissions funcionals.		- Disposar d'un clar empoderament de les persones ateses i les seves persones cuidadores.
	3.2		- Enfortir sistemes d'informació sobre AD per a persones usuàries i familiars. - Posar en marxa a gran escala estratègies d'autocura al domicili.	- Crear centres d'assessorament públics per prestar serveis d'informació, assessorament i activació de recursos de la xarxa en el marc de l'atenció integrada.
	3.3	- Introduir sistemes de mesura d'experiència de les persones ateses i la persona cuidadora en el marc avaluatiu del PAID.	- Recollir opinions a escala local per identificar necessitats en l'aplicació del model.	
	3.4	- Introduir indicadors específics d'ACP en el quadre de comandament del PAID.	- Compartir entre els territoris bones pràctiques sobre l'ACP a l'entorn domiciliari.	- Incloure a l'AD els serveis preventius abans que es presenti una situació de complexitat o agreujament.
	3.5	- Adaptar els protocols d'atenció en salut mental per respondre a les necessitats d'atenció integrada a l'entorn domiciliari.	- Donar suport al desplegament de les accions previstes.	- Avaluat els resultats aconseguits de l'atenció de salut mental a l'entorn domiciliari i fer-ne propostes de millora.

ÀREA TEMÀTICA - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	3.6	- Adaptar els protocols d'atenció per donar resposta a les necessitats d'atenció integrada a l'entorn domiciliari d'infants i adolescents en situació de risc.	- Incrementar l'AD quant a infants i adolescents, per part de l'AP, en domicilis i escoles. - Potenciar els entorns de compromís socioeducatiu entre l'equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA) i els progenitors o les persones titulars de la tutela o la guarda.	
	3.7	- Crear un sistema per resoldre les diferències d'opinió entre els professionals, persones ateses i familiars respecte a l'AD.	- Identificar els dilemes o les problemàtiques principals de l'AD des de la perspectiva dels drets de les persones i els valors del PAID.	- Donar resposta als plantejaments ètics de l'AD.

ÀREA TEMÀTICA - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Model de garanties de l'atenció 7x24	3.8	<ul style="list-style-type: none"> - Analitzar com es pot donar una atenció 7x24 en el marc de la cartera de serveis socials. - Realitzar autoavaluació i millora de la capacitat de resposta dins d'hores en horari ordinari. - Activar un servei de TLA avançada d'accés únic en poblacions diana en situació de risc. Identificar criteris d'activació. - Donar capacitat als sistemes d'informació de retorn de l'informe d'atenció fora d'hores: publicar l'informe d'atenció i generació d'alerta (<i>warning</i>) selectiva, si cal continuïtat a curt o mitjà termini. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar progressivament a escala supramunicipal garanties d'urgència social inspirades en el model de Barcelona. - Disposar de PIAI per part dels equips i els professionals que treballen en l'atenció 7x24. - Crear funcionalitats de missatgeria selectiva per a l'equip d'atenció urgent als equips ordinaris per activar el seguiment a curt o mitjà termini, si escau. 	
Millora del maneig farmacèutic pel que fa a les persones ateses en AD	3.9	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar estratègies per millorar l'ús adequat i segur de la medicació a l'entorn domiciliari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar estratègies de conciliació en els processos de transició. - Incorporar l'abordatge del compliment del tractament com un procés clau. 	
	3.10	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar objectius i indicadors de farmàcia dins del marc avaluatiu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar el rol col·laborador i els canals de comunicació entre les oficines de farmàcia i els professionals del PAID. 	

ÀREA TEMÀTICA - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	3.11	- Identificar sistemes de mesura del compliment sòlids que mesurin de manera objectiva el compliment del tractament.	- Posar en marxa un sistema que faciliti la preparació i el control de la medicació de forma segura per als col·lectius que ho necessiten.	
Atenció nutricional, logopèdia i podologia	3.12		- Oferir atenció nutricional domiciliària per part de dietistes nutricionistes en els supòsits previstos en la cartera de serveis.	
	3.13		- Sistematitzar l'atenció podològica prevista a la cartera de serveis.	
	3.14		- Sistematitzar l'atenció de logopèdia en AD segons la cartera de serveis.	
Atenció i suport a la xarxa informal cuidadora	3.15		- Definir el treball conjunt i fer seguiment de la xarxa professional, no professional i la informal. - Valorar el nombre de suports i recursos activats per a persones cuidadores a escala territorial.	- Consolidar una política de suport a la xarxa informal cuidadora.
	3.16	- Posar en marxa programes d'assessorament, supervisió o suport per a l'atenció informal.	- Dissenyar i desenvolupar programes adreçats a la formació de persones cuidadores en habilitats i instruments sobre com es poden cuidar.	

ÀREA TEMÀTICA - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Gestió de la tecnologia i els productes de suport	3.17	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un projecte territorial de PS en l'àmbit poblacional i territorial. - Desplegar de forma conjunta la prescripció de prestacions de PAO per part de professionals de l'APS. - Articular i construir un centre logístic territorial: recollida i transport, higienització, manteniment preventiu i de reposició.⁶⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> - Articular iniciatives d'interès de col·laboració de les administracions amb entitats locals per dur a terme petits arranjaments i treballs al domicili. 	
	3.18	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar el disseny de TLA conjunta bàsica i avançada dels professionals de TLA en equips funcionals del PAID. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar la TLA avançada, amb introducció de sensors. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaluat experiències d'habitatges intel·ligents en AD per al suport de la vida autònoma.
	3.19	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar la TLA dins del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari a escala poblacional i territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar a la TLA eines de missatgeria per facilitar la comunicació TLA-APS-SBAS. 	
	3.20	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar la TLA en models de rutes assistencials i pactes territorials, especialment per a actuacions davant de crisis. 		
	3.21	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la cartera de serveis de la TLA per harmonitzar les iniciatives amb més seguiment a persones que tinguin un seguiment de l'atenció bàsicament de tipus virtual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduir progressivament la TLA avançada en col·lectius en situació de més risc. 	

⁶⁴ Incorporar clàusules de retorn pactat del material de PAO al centre logístic territorial.

ÀREA TEMÀTICA - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	3.22	- Millorar la coordinació de resposta de la TLA amb els serveis sanitaris: accés telefònic àgil i missatgeria electrònica segura entre TLA i professionals d'APS i SSB.		
	3.23	- Establir una ràtio mínima de professionals de teràpia ocupacional a escala territorial, amb definició del circuit d'accés i interconsulta en relació amb els professionals de primera línia.	- Fer intervencions educatives de professionals de teràpia ocupacional per a persones usuàries i persones cuidadores i professionals.	
Seguretat de l'atenció al domicili	3.24	- Definir un programa de seguretat de l'atenció (per a les persones ateses, les persones cuidadores, els professionals i l'entorn) a domicili.	- Desplegar i avaluar el programa de seguretat de l'atenció a l'entorn domiciliari.	- Disposar d'un sistema de notificació d'incidents de seguretat al domicili, monitoratge i millora de la seguretat de les persones ateses, de les persones cuidadores principals i dels professionals.

LÍNIA 4. Desenvolupament de les competències i del reconeixement professional, i gestió i millora de la qualitat i la innovació del PAID

ÀREA TEMÀTICA – L4	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Desenvolupament dels professionals	4.1	- Definir un currículum formatiu conjunt i compartit en AD amb perspectiva d'atenció integrada en funció de la necessitat dels professionals. ⁶⁵	- Desplegar el programa de formació en l'àmbit de l'AD.	- Incloure els continguts específics d'atenció integrada a la formació universitària, de postgrau i cicles formatius de formació professional.
	4.2	- Formar treballadors familiars i assistents d'atenció domiciliària amb la finalitat de facilitar l'acreditació de la qualificació professional. ⁶⁶	- Incloure en els processos de contractació de serveis que els professionals que donen aquest servei han de tenir formació segons el perfil, les competències i el currículum formatiu establert per a l'atenció integrada en l'àmbit domiciliari.	

⁶⁵ Aquest programa formatiu ha de tenir diferents nivells: bàsic, intermedi i avançat.

⁶⁶ A partir del 2023 s'ha de contractar per la qualificació dels treballadors potencials.

ÀREA TEMÀTICA – L4	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	4.3	<ul style="list-style-type: none"> - Promoure la qualificació dels professionals. - Formar personal del PAID en estratègies d'ACP en l'AD, empoderament de les persones i el seu entorn i la Convenció dels drets de les persones amb discapacitat de l'ONU - Oferir formació bàsica en valoració de riscos a la llar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplegar cursos multidisciplinaris de nivell bàsic a escala territorial orientats a tots els professionals (xarxa pública i privada) que han de participar en el model, centrat a marcar les bases de l'atenció integrada. 	
	4.4	<ul style="list-style-type: none"> - Dissenyar el currículum formatiu conjunt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar mòduls i píndoles formatives no presencials en determinats procediments del PAID. 	
Gestió i millora de la qualitat i la seguretat de l'atenció	4.5		<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar processos de valoració del PAID amb indicadors de qualitat dissenyats específicament per a aquest programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplegar el sistema d'acreditació dels serveis d'AD integrada (TLA avançada, servei de teràpia ocupacional, etc.).
	4.6	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar el quadre de comandament d'indicadors de qualitat del PAID. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposar d'un sistema per vetllar per l'equitat territorial. 	
Gestió de la innovació i el coneixement	4.7	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un espai d'innovació, recerca i gestió del coneixement en AD o incorporació progressiva en algun dels existents.⁶⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> - Crear una comunitat virtual del PAID. 	

⁶⁷ Per exemple, l'OIGS de l'AQuAS, un espai disponible de bones pràctiques en AD, que promou l'acreditació de les millors pràctiques en AD integrada.

ÀREA TEMÀTICA – L4	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
	4.8	- Adaptar i actualitzar procediments bàsics (des del macronivell), amb adaptacions territorials.	- Participar en xarxes de col·laboració internacional per identificar i compartir bones pràctiques amb països i regions avançats i innovadors i en AD.	
	4.9		- Identificar i impulsar línies prioritàries de recerca en AD: evidència en el model de gestió de casos, impacte en models d'innovació en la prestació de serveis a domicili, evidència en models d'AD integrats.	

LÍNIA 5. Estratègia de canvi per al desplegament del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari

ÀREA TEMÀTICA – L5	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Gestió del canvi	5.1	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovar el model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari per part de l'òrgan de govern del PAISS. - Designar l'equip motor que ha de gestionar el canvi. - Definir l'estratègia de canvi a escala territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir donant suport a l'estratègia del canvi, utilitzant la metodologia adient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar el procés de revisió de l'estratègia per donar resposta a les necessitats existents i futures.
	5.2	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar i desplegar el pla de comunicació (presentació institucional als agents destacats del sistema, a les persones usuàries i a les famílies). - Definir un pla d'acompanyament per donar suport en el procés de la gestió del canvi. - Informar i fer formació del que representa el nou model (professionals dels departaments implicats, del món local i d'entitats prestadores de serveis).⁶⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposar d'una anàlisi i unes recomanacions del procés de canvi. 	

⁶⁸ Accions que cal desenvolupar conjuntament amb els territoris.

ÀREA TEMÀTICA – L5	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2021-2022	Al cap de 3-5 anys 2023-2024	Al cap de 5-7 anys 2025-2027
Desplegament progressiu del programa	5.3		- Disposar del 40% dels territoris amb implantació del PAID.	- Implantar el PAID per sobre del 80-90%.
	5.4	- Fer seguiment dels indicadors de governança del PAID per identificar-ne el grau d'implantació.	- Seguir el procés d'adequació del desplegament en funció dels resultats.	- Efectuar una avaluació del desplegament del PAID.



**Generalitat
de Catalunya**