

Atenció integrada social i sanitària

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

Marc conceptual i de referència



Generalitat
de Catalunya

Marc conceptual i de referència

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 seguiu 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 dona 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

Índex

Presentació	12
BLOC I. Estat de situació de l'atenció domiciliària a Catalunya i a escala internacional	13
1. Introducció	15
1.1 Metodologia de construcció del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari	17
1.2 Model d'atenció integrada	19
1.3 Programes d'atenció integrada. Principals dimensions i àrees rellevants	23
1.4 L'atenció domiciliària a Europa	28
2. La veu de les persones implicades en la prestació de serveis d'atenció integrada a l'entorn domiciliari a Catalunya	30
2.1 Identificació de les veus de les persones usuàries	31
2.2 Identificació de les veus de les famílies, persones cuidadores i referents socials significatius	33
2.3 Veu dels professionals per identificar oportunitats de millora	34
2.4 Detecció de fortaleces i oportunitats d'un programa integrat d'atenció a l'entorn domiciliari a Catalunya	37
2.5 Principals factors que poden afectar el desplegament del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari. Resultats del diagrama d'Ishikawa	39
3. L'atenció domiciliària a Catalunya. Punt de partida	40
3.1 Canvis socials	41
3.1.1 Canvis poblacionals	41
3.1.2 Canvis socials i impacte en el sistema de benestar	42
3.2 Prestació de serveis domiciliaris a Catalunya: salut	45
3.2.1 Cobertura de l'atenció domiciliària per part del sistema de salut	45
3.2.2 Perfil de la població atesa pel programa d'ATDOM	50

3.2.3 Perfil de la població atesa pel programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES)	55
3.3 Prestació de serveis domiciliaris a Catalunya: serveis socials	56
3.3.1 Cobertura de l'atenció domiciliària per part de serveis socials	58
3.3.2 Resposta a situacions d'urgència	62
3.4 Suport a l'entorn familiar i cuidador	64
3.5 Normativa de referència aplicable a serveis d'atenció domiciliària a Catalunya	65
4. Atenció integrada com a política pública emergent a Catalunya	73
4.1 Pla de salut	74
4.2 Pla estratègic de serveis socials	75
4.3 Pla d'atenció integrada social i sanitari (PAISS)	78
5. Marc de referència del model de governança i disseny organitzatiu	82
5.1 Nivell i tipus d'integració	84
5.2 Estratègies multipalanca en el desplegament del pla d'atenció integrada	85
5.3 Sistemes d'informació en el marc del PAID	86
6. Marc avaluatiu	90
6.1 Procés avaluatiu	91
6.2 Marcs conceptuals de referència emprats per a l'avaluació de l'atenció domiciliària integrada social i sanitària	92
6.3 Identificació d'indicadors utilitzats en l'atenció domiciliària i l'atenció integrada social i sanitària	94
BLOC II. Principals serveis vinculats a l'atenció en l'entorn domiciliari	97
7. Breu descripció dels principals serveis d'atenció domiciliària i necessitats d'atenció de col·lectius específics	98
7.1 Atenció en els serveis bàsics d'atenció a l'entorn domiciliari	99
7.1.1 Serveis d'atenció domiciliària (SAD)	99
7.1.2 Servei de teleassistència	101
7.1.3 Atenció domiciliària de salut (ATDOM)	102

7.2 Atenció a la persona per part dels serveis especialitzats i de suport	104
7.2.1 Paper dels equips del pades en l'atenció de les persones en situació de complexitat al domicili	104
7.2.2 Hospitalització domiciliària en el marc del PAID	106
7.2.3 Rehabilitació domiciliària en el marc del PAID	107
7.2.4. Oxigenoteràpia domiciliària	108
7.2.5 Utilització segura dels medicaments al domicili. Paper de la farmàcia comunitària	110
7.2.6 Interconnexió amb altres serveis de l'entorn domiciliari: serveis d'atenció diürna i serveis d'intervenció socioeducativa	112
7.2.7 Transport adaptat i transport sanitari	113
7.3 Resposta a les necessitats de determinats col·lectius en el domicili i en el seu entorn	114
7.3.1 Atenció d'infants i adolescents	112
7.3.2. Atenció de dones embarassades i durant el postpart	118
7.3.3. Atenció de persones amb trastorn de salut mental i addiccions	119
7.3.4 Atenció de persones amb demència o alzheimer	121
7.3.5 Gestió de lade situacions de divergència d'opinió o de conflictes de maneig difícil	122
8. Glossari d'acrònims i abreviatures	124
9. Bibliografia	128
10. Annexos	167
Annex 1. Anàlisi DAFO per al desplegament del model d'atenció integrada domiciliària	168
Annex 2. Principals factors que poden afectar el desplegament del model d'atenció integrada domiciliària	173

Grup de treball

Coordinació del grup de treball

N.	ENTITAT	NOM	CÀRREC
1	Departament Treball Afers Socials i Famílies	Dolors Rusinés i Bonet	Coordinadora de Programes Estratègics Secretaria General Departament Treball, Afers Socials i Famílies. Membre del Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari
2	Departament de Salut. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari	Joan Carles Contel i Segura	Membre del Comitè Operatiu del Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
3	Institut Universitari Avedis Donabedian – Universitat Autònoma de Barcelona	Pilar Hilarión i Madariaga	Coordinadora del grup de treball. Subdirectora de la Fundació Avedis Donabedian. Xarxa de Recerca en Serveis de Salut en Malalties Cròniques (REDISSEC)

Redacció i revisió de la proposta

N.	ENTITAT	NOM	CÀRREC
1	Servei d'Emergències Mèdiques de Girona. Departament de Salut	Ana Fontquerni	Cap territorial del Servei d'Emergències Mèdiques de Girona
2	Servei d'Emergències Mèdiques. Departament de Salut	Ana Puig Mari	Directora de l'Àrea de Desenvolupament Corporatiu (Servei d'Emergències Mèdiques)
3	Institut Català de la Salut	Ana Ríos Jiménez	Adjunta a Direcció de Cures d'Atenció Primària
4	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Àngel Díaz i Anson	Coordinador de Inspecció en l'Àmbit de Col·lectius amb Risc. Servei d'Inspecció i Registre. Direcció de Serveis
5	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Anna Maria Palou i Capdevila	Direcció General Serveis Socials
6	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Anna Vila i Rull	Direcció General Autonomia Personal i Discapacitat
7	Departament de Salut	Antonio Vaquerizo Cubero	Grup impulsor de les estratègies de salut mental i addiccions 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions

N.	ENTITAT	NOM	CÀRREC
8	Departament de Salut. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari	Assumpció González Mestre	Infermera. Fins any 2018 Cap Programa Pacient Expert Catalunya i Programa Cuidador Expert Catalunya
9	Suara	Bianca Fenolla	Coordinadora de l'entitat prestadora de serveis
10	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Carme Correa i Gegúndez	Cap de Servei de Planificació i Avaluació Estratègica. Gabinet Tècnic. Secretaria General
11	CatSalut	Corin Zara	Gerència d'Acció Territorial del Medicament. Regió Sanitària Barcelona
12	CatSalut	Cristina Casanovas-Guitart	Gerència Cartera de Serveis. Catsalut
13	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Cristina Gené i Alegret	Cap del Gabinet Tècnic. Secretaria General.
14	Parc Sanitari Sant Joan de Deu	Cristina Molina	Àrea Salut Mental
15	Departament de la Presidència. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari	Dolors Rusinés i Bonet	Coordinadora de Programes Estratègics Secretaria General Departament Treball, Afers Socials i Famílies. Membre del Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari
16	Diputació de Barcelona	Eloi Mayordomo	Secció de Recursos per a la Infància i les Famílies. Gerència de Serveis de Benestar Social
17	Institut Català de la Salut	Ester Amado	Responsable de Farmàcia. Gerència d'Atenció Primària de Barcelona
18	Departament de Salut	Ester Gil	Programa Prevenció i Atenció a la Cronicitat
19	Ajuntament Barcelona	Ester Quintana	Cap del Departament de Persones Grans
20	Tunstall	Ester Sarquella i Casellas	Membre del Comitè Operatiu
21	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Eva Ferran i Roig	Delegació Territorial Departament TASF Tarragona
22	Departament de Salut	Eva Melendo	Membre Pla Director Sociosanitari
23	CatSalut	Francesc Güell	Divisió d'Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris
24	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Francesc Xavier Delgado i Alonso	Coordinador de Programes d'Inclusió i Cohesió Social. Direcció General de Serveis Socials
25	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

N.	ENTITAT	NOM	CÀRREC
26	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Georgina Tomàs Comas d'Argemir	Direcció General de Serveis Socials
27	CatSalut	Imma Vallverdú	Consorci Sanitari Barcelona
28	Suara	Isidre Cano	Treballador familiar
29	Institut Català de la Salut a Girona	Jaume Fort	Treballador social sanitari. Direcció d'Atenció Primària de Girona
30	Institut Català de la Salut (Unitat de Cronicitat)	Jesús Vaquero	Metge responsable de l'Equip de Gestió de la Cronicitat. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat. Centre de l'Institut Català de la Salut
31	Departament de Salut. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari	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 Sanitari
32	CatSalut	Joan Lluís Piqué	Ex Director de Prestacions. Gerència d'Atenció Ciutadana
33	Diputació de Barcelona	Joan Vidal	Referent d'Arranjaments a la Llar i Prestacions Tècniques
34	Departament de Salut	Jordi Amblàs	Membre Programa Prevenció i Atenció Cronicitat. Consell Assessor PAISS
35	Pla director de salut mental i addiccions	Jordi Cid Colom	Grup impulsor de les estratègies de salut mental i addiccions 2017-2020
36	Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic	Jordi Roca	Director gerent
37	Fundació Avedis Donabedian i La Llar Fundació	Josep Datzira	Professor de processos del Màster de Qualitat de l'Institut Universitari Avedis Donabedian - Universitat Autònoma de Barcelona. Director de La Llar Fundació
38	Institut Assistència Sanitària (IAS). Pla estratègic d'atenció primària (responsable del Departament de Salut)	Josep Figa	Metge de família i director de l'equip d'atenció primària. Cassà de la Selva
39	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Josep Lluís Jerez i Martínez	Coordinador de Inspecció en l'Àmbit de la Gent Gran. Servei d'Inspecció i Registre. Direcció de Serveis
40	Consell Comarcal d'Osona	Josep Maria Villegas Subirana	Terapeuta ocupacional. Servei de Teràpia Ocupacional i Productes de Suport (Banc d'Ajudes Tècniques, BAT)

N.	ENTITAT	NOM	CÀRREC
41	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Laura Agud i Ferrer	Responsable d'Implantació Territorial de Projectes de Foment de la Inversió. Secretaria General
42	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	M. José Barón i Castellar	Cap del Servei de Programació. Subdirecció d'Anàlisi i Programació. Direcció General de Protecció Social
43	Departament de Salut	M. Josep Dolcet	Delegada Territorial Residències Girona
44	Parc Sanitari Pere Virgili	Marc Inzitari	Director assistencial del Parc Sanitari Pere Virgili. President Societat Catalana Geriatria i Gerontologia
45	Servei d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut	Maria Antonia Lleuger	Directora operativa del Servei d'Atenció Primària Dreta. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat
46	Representant de les famílies	Maria Candelas	Cuidadora experta
47	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Maria Carrera i Cortina	Inspectora de Serveis Socials. Servei d'Inspecció i Registre. Direcció de Serveis
48	Badalona Serveis Assistencials (BSA)	Maria Jesús Real Vázquez	Coordinadora de Prestacions Socials. Treballadora social. Equip de valoració de la dependència
49	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Maria Josep Caldes i Canela	Sírius. Àrea de Promoció de l'Accessibilitat i Supressió de Barreres. Direcció General d'Igualtat
50	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Maria Pia Ferrer i Jeremías	Cap del Servei de Formació i Gestió del Coneixement Especialitzat. Gabinet Tècnic. Secretaria General
51	Diputació Barcelona	Marisa Arumí	Directora del Programa d'Atenció Domiciliària. Benestar social. Àrea d'Atenció a les Persones
52	ICS	Marisa Martí	Infermera i adjunta a direcció del CAP Adrià. Institut Català de la Salut
53	Institut Universitari Avedis Donabedian – Universitat Autònoma de Barcelona. REDIS-SEC	Marta Ballester	Coordinadora de Projectes. Fundació Avedis Donabedian
54	Ajuntament de Barcelona	Marta Fabà	Responsable de l'Equip Tècnic de Gerència. Institut Municipal de Serveis Socials
55	Diputació de Barcelona	Marta Solé i Pascual	Cap de la Subsecció de Suport a la Planificació. Gerència de Serveis de Benestar Social

N.	ENTITAT	NOM	CÀRREC
56	Ajuntament de Barcelona	Merche Cuesta	Cap Territorial d'Emergències. Direcció d'Urgències i Emergències Socials. Àrea de Drets Socials
57	Diputació de Barcelona	Miquel Àngel Manzano	Tècnic de la Subsecció de Suport a la Planificació. Gerència de Serveis de Benestar Social
58	Consell Comarcal de l'Alt Penedès. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari	Montse Domènech i Prat	Cap del Servei de Benestar Social.
59	CatSalut	Montse Puigdollers	Direcció Executiva de Serveis i Programes. Regió Barcelona Àrea metropolitana (Sant Cugat)
60	Consell Comarcal del Vallès Oriental	Montse Rossines i Bayó	Àrea de Polítiques Socials i Igualtat
61	Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital Santa Maria	Núria Arraràs	Metgessa. Responsable del Programa d'atenció domiciliària i equips de suport de Lleida. Institut Català de la Salut
62	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
63	Pla director sociosanitari	Pau Sánchez	Metge geriatre
64	Institut Universitari Avedis Donabedian – Universitat Autònoma de Barcelona. REDIS-SEC	Pilar Hilarión i Madariaga	Subdirectora. Coordinadora del grup de treball
65	CatSalut	Pilar López	Cap de Divisió de Prestacions Farmacèutiques. Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament
66	Departament de Salut	Sebastià Santaeugènia	Director Pla Director Sociosanitari. Director Programa Prevenció i Atenció Cronicitat (PPAC). Director Pla Atenció Integrada Social i Sanitari (PAISS)
67	Consell Comarcal del Vallès Oriental	Silvia Pérez	Referent d'atenció domiciliària. Àrea de Polítiques Socials i Igualtat
68	Associació de Treballadors/es Familiars de Catalunya	Simona Fontanet	Treballadora familiar
69	Consorti d'Acció Social de la Garrotxa. Comitè Operatiu del Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari	Teia Fàbrega i Pairó	Directora. Consell Assessor PAISS

N.	ENTITAT	NOM	CÀRREC
70	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Valle Vinardell i Arbulo	Cap del servei d'Atenció a les Persones del Barcelonès. Serveis Territorials de Barcelona
71	Departament de Salut	Victoria Mir	Programa Prevenció i Atenció a la Cronicitat
72	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Xavier Canals i Montero	Implantació Territorial de Projectes de Foment de la Inversió. Secretaria General

Amb el suport metodològic de l'Institut Universitari Avedis Donabedian – Universitat Autònoma de Barcelona.

Presentació

El Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari (PAISS) és un instrument del Govern de Catalunya creat per l'Acord GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Per assolir aquest objectiu es va creure necessari reforçar el valor de l'atenció integral i integrada a les persones i el valor de l'eficiència i la qualitat del model de provisió, tot promovent l'encaix dels serveis sanitaris i socials, la qual cosa va determinar la conveniència de redefinir el PAISS, que es va substituir pel nou Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS), pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

El model català d'atenció integrada proposa atendre les persones; és a dir, té en compte les seves preferències, les seves necessitats, percepcions i expectatives, els ofereix un servei integral i multidimensional que garanteixi la continuïtat assistencial, des del compromís amb els seus drets i deures, mitjançant un pla d'atenció pensat i fet conjuntament entre tots els professionals que participen en el procés i prestat de manera que les mateixes persones ateses, les seves persones cuidadores o la família el percebin com un servei únic, que dona resposta a les necessitats sanitàries o socials que no puguin assumir elles mateixes o el seu entorn més proper.

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

És, doncs, oportú desenvolupar el model actual d'atenció integrada per concretar els principis i les actuacions necessàries per desenvolupar aquest model d'atenció integrada social i sanitària en l'àmbit del domicili de la persona. Per això, es planteja treballar en el marc dels principis que regeixen la globalitat del model:

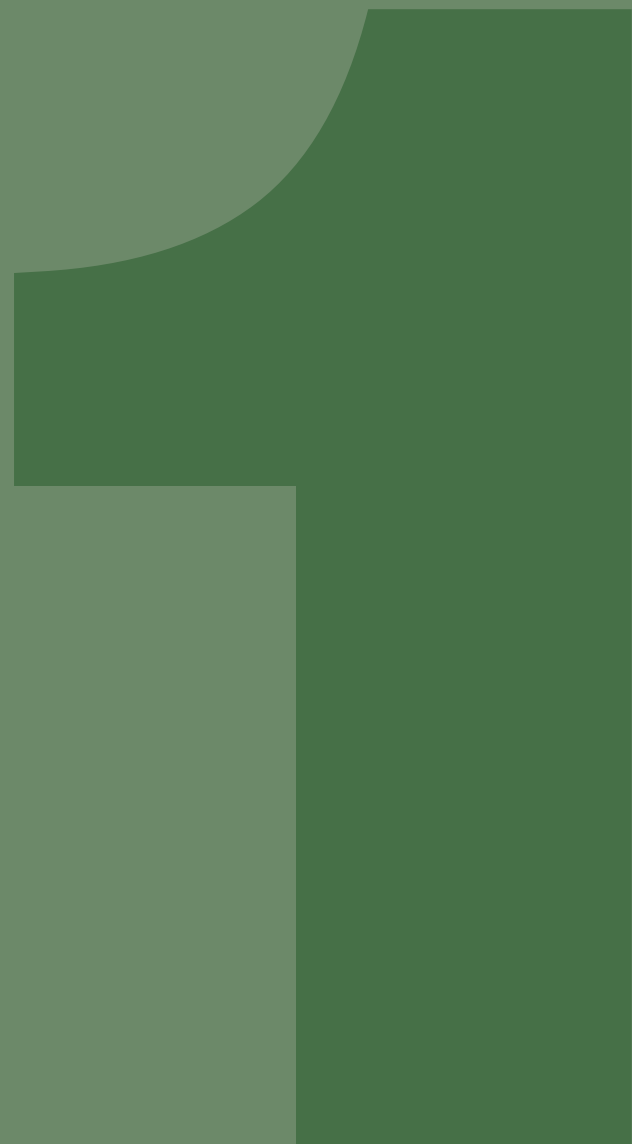
- Orientació centrada en la persona i en el seu procés de millora i confort per assolir el màxim nivell d'autonomia personal en la comunitat, d'acord amb el seu projecte de vida.
- Processos d'empoderament de les persones i maneres d'aconseguir-lo.
- Orientació de les intervencions cap als resultats, el funcionament i la satisfacció amb la vida de la persona i el seu entorn relacional significatiu (no únicament clínic, sinó també comunitari).
- Treball de col·laboració interdisciplinària amb sistemes autocrítics i d'aprenentatge continu entre serveis socials i de salut i altres recursos de la comunitat.

Per a una millor organització i comprensió del document, s'ha dividit en dos grans blocs: un primer apartat d'anàlisi descriptiva i d'estat de la situació de l'atenció domiciliària a Catalunya i a escala internacional, i un segon apartat amb la descripció dels principals serveis vinculats a l'Atenció domiciliària, que aporta una primera aproximació d'acord amb el model proposat.

Bloc I

Estat de situació de
l'atenció domiciliària a
Catalunya i a escala
internacional

Introducció



L'atenció domiciliària (AD) es pot entendre com l'atenció social o sanitària que es presta a una persona al lloc on viu, amb l'objectiu de mantenir-la en el seu entorn habitual 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 al domicili. (1)

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:

- Intensitat i ritme dels canvis demogràfics.
- Potenciació d'estratègies centrades en la persona i en la comunitat, amb la necessitat de passar a una visió i intervenció integrals de la persona.
- Canvi de paradigma d'atenció basada en valors, preferències i motivacions.
- Existència d'una elevada fragmentació de serveis que es presten a l'entorn domiciliari, amb dificultats d'interrelació de sistemes d'informació.
- Harmonització de les intervencions al domicili per part de serveis de salut i de serveis socials, motivacions que duen a la necessitat de disposar d'una AD integral.

És necessari tenir en compte, entre els marcs de referència de l'atenció, la proposta de l'Institute of Medicine, que, en les seves noves regles d'atenció i suport, inclou el següent: (2),(3)

1. Es personalitza l'atenció segons els valors, les preferències i la necessitat de la persona.
2. La persona atesa i la persona cuidadora són el referent per al control dels resultats.
3. L'atenció es fonamenta en la relació de continuïtat i el treball col·laboratiu.
4. El coneixement es comparteix i la informació flueix lliurement.
5. La presa de decisions està basada en l'evidència i es fa de manera conjunta amb la persona i/o la família.
6. La seguretat és una prioritat del sistema, especialment en un entorn tan fragmentat.
7. S'anticipen les necessitats dels grups d'interès.
8. Es treballa per disminuir contínuament les ineficiències (escenaris de no atenció o de superposició en alguns casos).
9. La cooperació i el treball col·laboratiu entre els professionals és imprescindible.

En la prestació de serveis a l'entorn domiciliari, moltes vegades **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 es du a terme en l'entorn de l'AD.

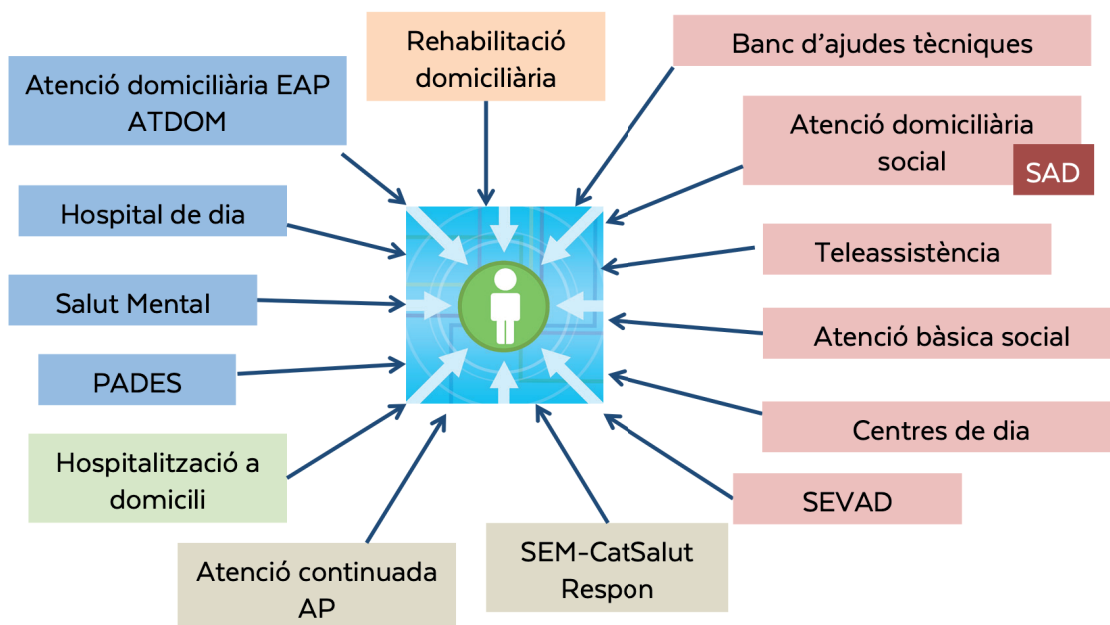


Figura 1.1. Diferents actors implicats i que cal tenir en compte en la construcció d'una atenció compartida i integrada

1.1 Metodologia de construcció del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari

Quan es planteja desenvolupar 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 es plantegen 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 del següent:

- a) Atenció Integrada (AI).
- b) Atenció domiciliària (AD).
- c) Governança de models d'AI.
- d) 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, o DTSE).
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 de la governança 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 nivell macro, meso i micro.
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.

En total, ha implicat la formació de 10 subgrups de treball i la participació de més de 70 persones en aquest procés de construcció. S'ha comptat amb la participació de representants dels familiars i les persones ateses, amb una excel·lent implicació en la coproducció de serveis.

1.2 Model d'atenció integrada

Model d'atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris que té com a objectiu:

- Obtenir bons resultats en salut i benestar.
- Fer servir els recursos adequadament.
- Oferir una bona experiència d'atenció.
- Garantir l'atenció integral centrada en la persona. (1)

La transició a l'AI és un procés que té una certa complexitat en el disseny, la implementació i l'avaluació entre sistemes. S'aborda la fragmentació per mitjà de la vinculació o la coordinació dels serveis dels proveïdors al llarg del contínuum de l'atenció, i es pot considerar un principi de disseny com un mitjà per aconseguir una atenció personalitzada, eficient i segura.

Una AI implica aspectes d'integració funcional, organitzativa, professional i clínica i, alhora, el treball conjunt amb diferents proveïdors de serveis, en el marc de la integració horitzontal dels serveis que estan en el mateix nivell d'atenció, així com elements d'integració vertical, que reuneix organitzacions de diversos nivells d'una estructura jeràrquica sota un únic sistema de gestió (4). El que es pretén integrar és l'atenció i no les estructures ni les organitzacions que hi intervenen.

El model d'AI a l'entorn domiciliari inclou els elements clau del PAISS pel que fa a:

- Reconeixement a la singularitat, els valors i les fortaleeses 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. El model integra el conjunt de serveis d'atenció social i sanitària dins d'un mateix territori, que han de treballar per harmonitzar conjuntament les seves àrees de prestació de serveis (tant sanitaris com socials).
- Visió territorial de base comunitària. L'AI a l'entorn domiciliari implica la corresponsabilització dels diversos agents que operen en un territori i que assumeixen uns objectius compartits i la voluntat d'assolir-los conjuntament. El model assumeix els dispositius d'atenció primària (AP) sanitaris i socials com a principals actors per promoure respostes assistencials de màxima proximitat.
- Atenció centrada en la persona i la comunitat com a marc d'actuació de referència. La resposta i l'atenció a les necessitats d'atenció a les persones s'ha de construir sobre la base de la seva corresponsabilitat en la preservació de la

seva condició de salut, autonomia i benestar i des del reconeixement d'un rol empoderat en la presa de les decisions que l'impliquen.

- Lideratge professional com a motor de transformació. El model incorpora el lideratge, el suport i la contribució dels professionals dels serveis socials i sanitaris en la seva construcció i desplegament. 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 d'atenció compartit únic al domicili, amb la definició d'un professional referent (PR) i un professional correferent per a les situacions de més complexitat i que impliquin els dos sistemes.

S'han destacat principis i factors que es reconeixen importants en l'AI i que cal tenir presents en el disseny d'un programa d'AI i en el seu procés d'avaluació: (4)

1. Suport polític i compromís vers l'AD.
2. Governança.
3. Participació d'igual a igual de les parts interessades.
4. Canvi organitzacional i transformació.
5. Lideratge.
6. Col·laboració i confiança.
7. Formació i capacitació de la força de treball.
8. Atenció/empoderament de la persona.
9. Nous models de finançament i incentius.
10. Infraestructura i solucions de tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).
11. Sistema de seguiment i avaluació.

Finalment, de les lliçons apreses de l'AI caldria ressaltar-ne les següents com a elements d'èxit per assegurar un bon impacte a partir de les experiències d'atenció integrades realitzades: (5)

1. Trobar una causa comuna amb les persones implicades i estar preparats per compartir el que es podria anomenar la "sobirania" del programa objecte d'AI.
2. Desenvolupar una "narrativa compartida" per explicar el perquè de les qüestions d'AI.
3. Desenvolupar una visió persuasiva per qualificar el que l'AI aconseguirà.
4. Establir un lideratge compartit.
5. Crear temps i espais per desenvolupar la comprensió i les noves maneres de treballar.
6. Identificar els serveis i els grups de persones usuàries en què els beneficis potencials de l'AI són més elevats.
7. Construir una AI de baix a dalt, i viceversa.

8. Recopilar recursos perquè els equips integrats els puguin utilitzar amb flexibilitat.
9. Innovar en l'ús dels mecanismes de designació, contractació, pagament i ús dels serveis d'AD integrats.
10. Donar suport a les persones usuàries, els familiars i les persones cuidadores perquè prenguin més control sobre la seva salut i benestar, i capacitar-les per fer-ho.
11. Compartir informació sobre les persones usuàries amb el suport d'una governança i una gestió adequada de la informació.
12. Utilitzar de manera efectiva i eficient tot el personal implicat, i estar oberts a les innovacions en la combinació d'habilitats i la substitució de personal.
13. Establir objectius específics compartits i avaluar els avenços cap a aquests objectius i/o resultats esperats.
14. Ser realistes sobre els costos de l'AI.

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 i visió.

En les **figures 1.2, 1.3 i 1.4** es poden consultar les barreres principals detectades pel grup d'envelliment actiu de la Comissió Europea i les accions clau per a una veritable AI.

Una integració horitzontal i vertical, de manera simultània, harmònica i centrada en la persona afavoreix la consecució d'una AI veritable.



Figura 1.2. Què s'entén per atenció integrada. Font: adaptat d'European Commission (6)

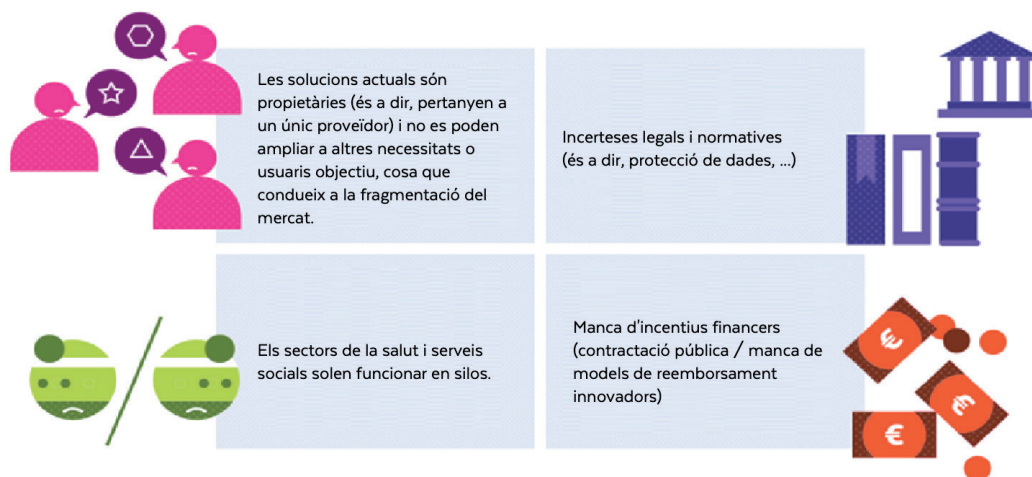


Figura 1.3. Barreres principals per a l'atenció integrada. Font: European Commission (6)

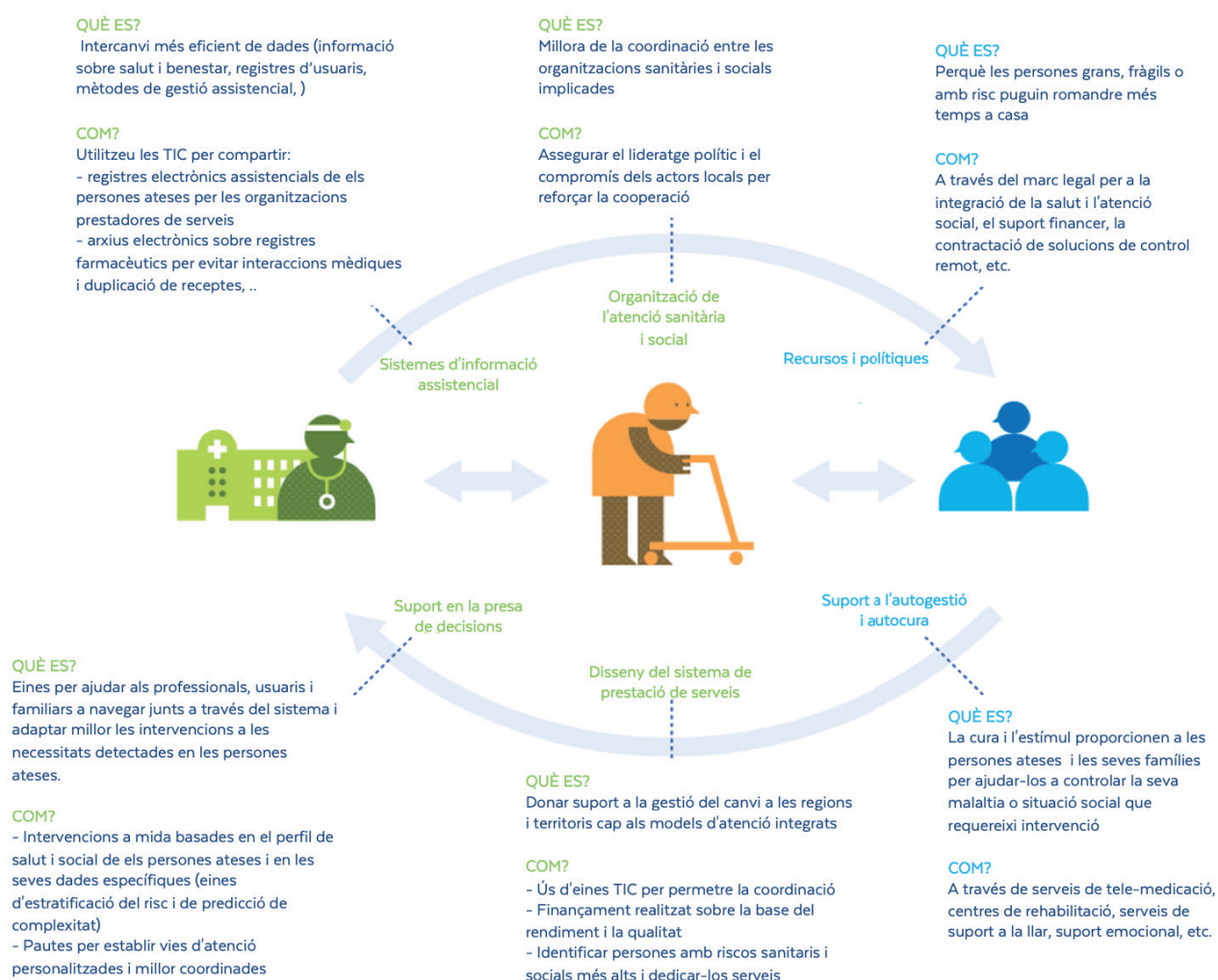


Figura 1.4. Accions clau per a la implementació de programes d'atenció integrada.

Font: European Commission (6)

1.3 Programes d'atenció integrada.

Principals dimensions i àrees rellevants

Les dimensions per identificar la maduresa en l'adopció de programes d'atenció integrats en un territori determinat i suggerides el 2017 pel grup d'experts de la Comissió Europea han estat les següents: (4)

Taula 1.1. Les 12 dimensions per avaluar la maduresa de la provisió d'atenció integrada

DIMENSIÓ	ASPECTES RELLEVANTS
1. Preparació per al canvi	<p>Evidència de reconeixement de la necessitat imperiosa de canvi.</p> <p>Evidència de consulta pública i participació de les persones interessades.</p> <p>Evidència de visió o pla estratègic incorporat a la política.</p> <p>Evidència dels líders i dels campions del canvi.</p> <p>Evidència d'ampli suport polític i públic.</p>
2. Estructura i govern	<p>Evidència d'una planificació i gestió eficaces del canvi, inclosa la participació de les parts interessades.</p> <p>Evidència de presa de decisions col·lectiva.</p> <p>Evidència de comunicació regular dels progressos i els èxits.</p> <p>Evidència de la transformació de programes integrats, amb finançament i un mandat clar.</p> <p>Evidència d'organitzacions amb competència de salut digital o altres entitats per seleccionar, desenvolupar i lliurar serveis de salut digital i serveis electrònics de suport per a l'AI.</p>
3. Informació i serveis de cibersalut	<p>Evidència de política per habilitar serveis digitals.</p> <p>Evidència d'infraestructura per permetre l'intercanvi d'informació i salut digital / serveis electrònics.</p> <p>Evidència d'un intercanvi efectiu d'informació i plans de cures.</p> <p>Evidència de serveis d'informació i salut digital regionals i nacionals a escala que utilitzen totes les persones interessades en l'atenció integral.</p>
4. Normalització i simplificació	<p>Evidència d'una estratègia clara per a la contractació que doni suport a l'AI.</p> <p>Evidència d'un conjunt unificat i obligatori d'estàndards acordats que s'utilitzaran per a les implementacions del sistema.</p> <p>Evidència de consolidació de centres de dades per a anàlisi d'informació conjunta.</p> <p>Evidència de simplificació de la infraestructura.</p> <p>Evidència de la capacitat de veure i intercanviar dades de salut i de serveis socials de diferents sistemes en diversos entorns d'atenció.</p>

DIMENSIO	ASPECTES RELLEVANTS
5. Finançament	<p>Evidència de fons d'inversió i estímul per donar suport a l'avenç cap a una AI.</p> <p>Evidència de finançament per a l'ampliació de la cartera de serveis existent i la nova proposta de serveis integrada i/o per donar-hi suport.</p> <p>Evidència d'enfocaments innovadors en matèria d'adquisicions (per exemple, polítiques, procediments i protocols, gestió compartida dels riscos de les persones ateses, les famílies i dels professionals, contractes plurianuals per a la prestació de serveis relacionats amb les tecnologies de la informació i els productes de suport, etc.).</p> <p>Evidència de sostenibilitat econòmica i financera de l'AI.</p> <p>Introducció de formes de pagament que donin suport a l'AD.</p> <p>Incorporació de models de finançament catalitzadors d'entorns d'AI: “<i>pooling budgets</i>” (pressupostos comuns parcials o de manera global mitjançant fórmules capitatives).</p>
6. Eliminació de barreres	<p>Evidència de coneixement de l'impacte de les barreres o els inhibidors de l'AI.</p> <p>Evidència de l'estratègia per eliminar les barreres en l'AI.</p> <p>Evidència d'accions per eliminar barreres: legals, organitzacionals, financeres i d'habilitats o competències per al treball conjunt.</p> <p>Evidència d'existència de normativa i/o acords per permetre l'intercanvi de dades de les persones ateses.</p> <p>Evidència de creació de noves organitzacions o col·laboracions per fomentar el treball transfronterer entre departaments i serveis.</p> <p>Evidència de canvis en el reemborsament per donar suport al canvi de comportament i procés d'AI.</p> <p>Evidència de programes d'educació i capacitació per accelerar la posada en marxa de solucions altament efectives i sostenibles.</p> <p>Evidència d'alta taxa de consecució dels projectes i programes en AI.</p>
7. Enfocament poblacional	<p>Evidència de l'ús d'eines d'estratificació de risc per predir demandes futures, amb incorporació d'informació sanitària i social.</p> <p>Evidència d'utilització de les dades existents sobre salut pública, riscos existents i gestionats en la població atesa al domicili, i utilització dels serveis de salut i socials.</p> <p>Evidència d'una sèrie d'alternatives d'atenció disponibles per a diversos grups de ciutadania atesos al domicili.</p>
8. Empoderament de la ciutadania	<p>Evidència de política per donar suport a l'empoderament de la ciutadania.</p> <p>Evidència de cocreació, codisseny i coproducció de serveis d'AI.</p> <p>Evidència d'incentius i eines per motivar i donar suport a la ciutadania per cocrear AI.</p> <p>Evidència de participació de la ciutadania en els processos de presa de decisions.</p> <p>Evidència de l'accés de la ciutadania a la informació i les dades de salut.</p>

DIMENSIÓ	ASPECTES RELLEVANTS
9. Mètodes d'avaluació	<p>Evidència d'establir línies de base (sobrecost, qualitat, accés, etc.) abans de la introducció de nous serveis.</p> <p>Evidència del mesurament sistemàtic de l'impacte de nous serveis i vies utilitzant mètodes apropiats.</p> <p>Evidència de generar evidència.</p> <p>Evidència d'un enfocament sistemàtic de l'avaluació, la capacitat de resposta als resultats de l'avaluació i l'avaluació de l'impacte desitjat en el redisseny del servei.</p> <p>Harmonitzar i ponderar adequadament diferents dimensions i esferes en els marcs avaluatius: resultats en salut i benestar, eficiència i generació de millors experiències d'atenció en les persones i les famílies.</p>
10. Amplitud de mires	<p>Evidència d'integració dins el mateix nivell d'atenció (per exemple, AP).</p> <p>Evidència d'integració entre els nivells d'atenció (per exemple, entre AP i atenció secundària).</p> <p>Noves evidències i bones pràctiques sobre serveis de salut i serveis socials totalment integrats.</p>
11. Gestió de la innovació	<p>Evidència de pla / l'estratègia per fomentar la innovació.</p> <p>Evidència de mecanismes/governabilitat per captar innovacions.</p> <p>Evidència d'habilitació d'un ambient d'innovació de dalt a baix, amb recollida i difusió de les millors pràctiques.</p> <p>Evidència d'aprendre dins del sistema, així com d'altres regions, per expandir el pensament i accelerar el canvi.</p> <p>Evidència de la participació d'universitats i empreses del sector privat en el procés d'innovació.</p> <p>Evidència de la utilització d'enfocaments innovadors d'adquisició (compra de contracte personal, associació publicosocial, etc.).</p> <p>Evidència d'utilització de projectes europeus.</p>
12. Creació de capacitat	<p>Evidència d'enfocaments sistemàtics per a la creació de capacitat en el territori per a l'AI.</p> <p>Evidència d'eines, processos i plataformes per permetre que les organitzacions construeixin la seva pròpia capacitat.</p> <p>Evidència d'avaluació contínua de millores de servei.</p> <p>Evidència d'aprenentatge sistemàtic sobre AI, TIC, gestió del canvi i altres.</p> <p>Evidència de cooperació en matèria de creació de capacitat.</p> <p>Evidència de compartir coneixement.</p> <p>Evidència de retenció d'habilitats.</p>

En aquesta línia, el marc de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) orienta el desplegament d'un programa d'AI:



Figura 1.5. Marc conceptual de l'OMS per a la integració de serveis. Font: OMS, regió europea (7)

En el seu marc conceptual de l'AI, la regió europea de l'OMS va centrar les àrees següents que cal tenir presents (figures 1.6 i 1.7):

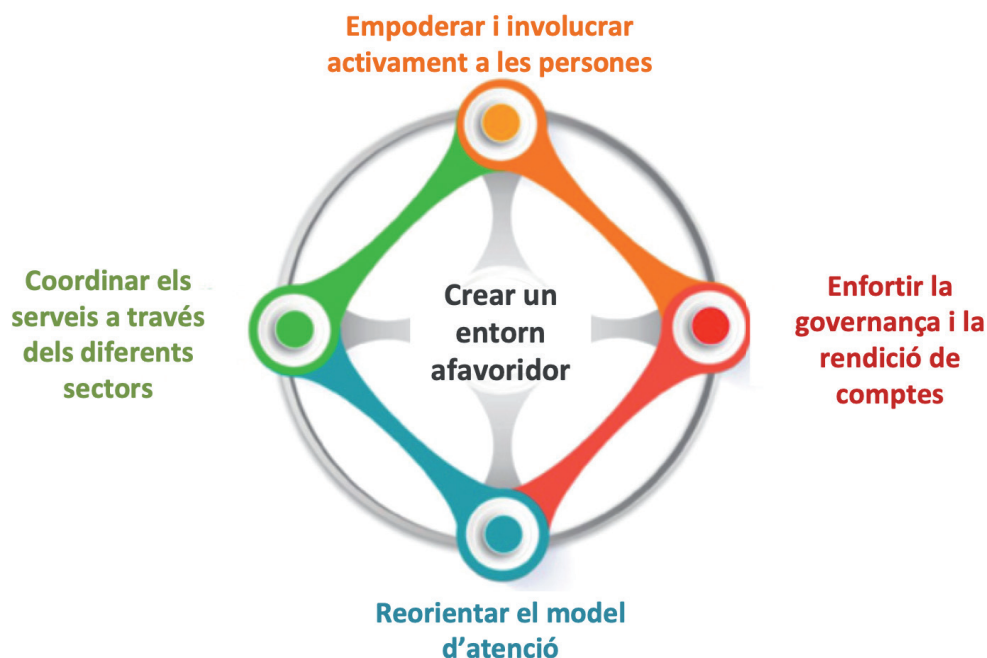


Figura 1.6. Estratègies de l'OMS per afavorir l'atenció integrada centrada en la persona (8)

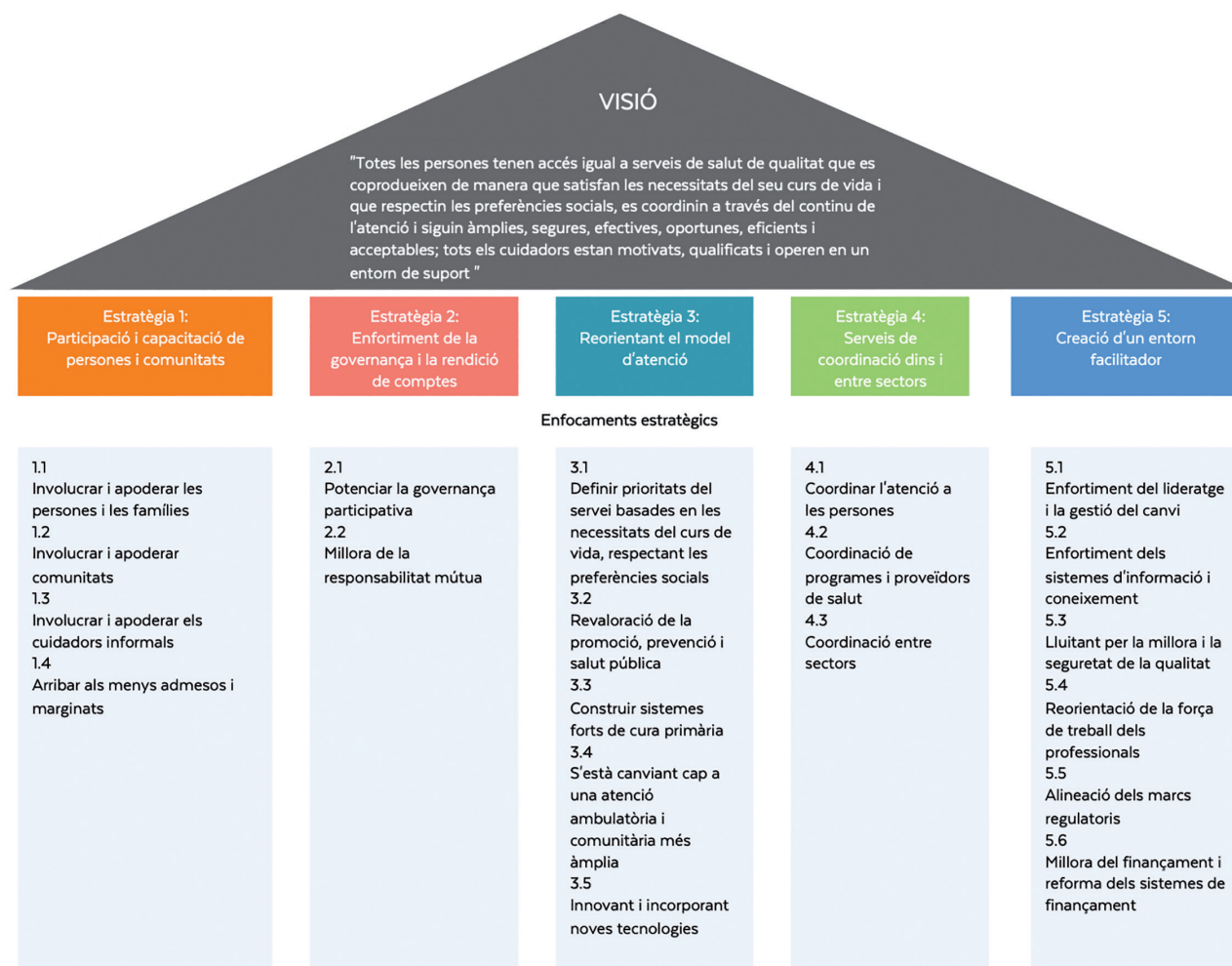


Figura 1.7. Marc conceptual que orienta els serveis d'atenció integrada centrats en la persona. Font: OMS, Regió Europea (9)

1.4 L'atenció domiciliària a Europa

Es disposa ja 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

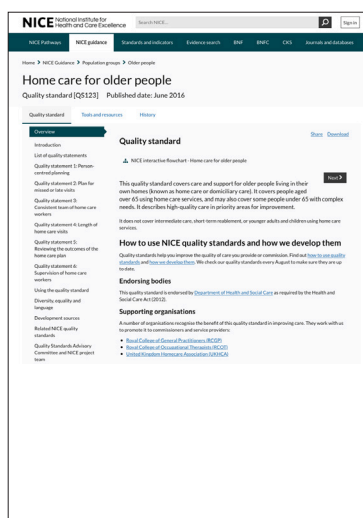
- **Variabilitat** de models, la **majoria fragmentats amb separació social i sanitària** i tipus de titularitat.
- **Governança:**
 - Serveis molt **descentralitzats**.
 - Els **criteris d'admissió** al servei es decideixen a escala nacional.
 - **Paràmetres de qualitat** i servei establerts a escala nacional.
- **Finançament:**
 - A Europa s'inverteix el **0,6% del PIB en AD** i un 3,5% en serveis residencials.
 - Es financen amb un **mix d'impostos i assegurança obligatòria**; hi ha copagament.
- **Clients:**
 - Deficiències en l'atenció als problemes de salut mental (SM).
 - Els dèficits dels serveis formals es cobreixen amb els informals.
- **Gestió:**
 - Coexisteixen diferents serveis i de titularitat diversa.
 - La coordinació és voluntària i escassa. Hi ha més coordinació en les altes d'hospitals d'aguts.
 - Problemes de personal.
- **Substituir el personal mèdic pel d'infermeria per a l'ajut domiciliari social.**
- **Noves tecnologies.**
- **Recursos econòmics:**
 - Copagaments.
 - Racionalitzar algunes àrees amb transparència amb possibilitat d'estalvi amb AD preventiva o descentralitzar versus centralitzar.

1. Adaptat de: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

Comencen a sorgir guies de pràctica clínica basades en l'evidència, com l'exemple del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anglès, en el qual s'identifiquen evidències en aspectes clau del procés d'atenció a persones ateses a domicili des d'una perspectiva d'Al sanitària i social. Entre altres recomanacions hi ha les següents: (10)

- Disposar d'un **pla d'atenció amb resultats esperats** i que tinguin en compte les **prioritats** per part de les persones usuàries.
- Revisar el pla al cap de sis setmanes des de l'inici del procés d'atenció i, almenys, anualment.
- Les visites domiciliàries han de ser > 30 minuts.
- Valorar la **qualitat de vida en la persona atesa i la persona cuidadora**.
- **Disminuir ingressos** en centres residencials.
- Facilitar les **transicions evitant el retard en les transicions** ("delay of transfers").
- Millorar l'"**experiència d'atenció**".

Algunes de les referències que s'aconsella revisar poden ser consultades en els enllaços següents:



<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

<https://www.nice.org.uk/guidance/qs123>

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-0449-9>

Figura 1.8. Referències d'interès sobre l'atenció domiciliària a Europa

La veu de les persones implicades en la prestació de serveis d'atenció integrada a l'entorn domiciliari a Catalunya



Per transformar els sistemes de treball, s'ha d'anar a la base. Definir un programa o servei implica repensar, en una primera fase, quins són els resultats esperats i el model d'atenció que orienten les polítiques, les estratègies i els processos necessaris per aconseguir els resultats desitjats.

Escoltar les veus de les persones implicades ajuda a identificar els valors, les necessitats i les prioritats dels models futurs de prestació de serveis. Abans de començar la revisió i l'elaboració d'un model, és necessari escoltar les persones implicades, amb la finalitat de poder donar resposta als resultats esperats.

2.1 Identificació de les veus de les persones usuàries

És ben coneguda la importància de poder comptar amb la veu de les persones usuàries dels serveis. Per aquest motiu, per a l'elaboració d'aquest model es va demanar als participants del grup de treball que van treballar en l'elaboració del model una veu significativa de les persones ateses a les quals es pensava que s'havia de donar resposta. Com a resultat d'aquest treball, va emergir una sèrie de veus recollides per persones ateses, familiars, personal cuidador, professionals de salut i de serveis socials, ens locals, referents de les administracions supramunicipals i referents del DTSF i del Departament de Salut.

Les àrees temàtiques principals que van sorgir de les veus significatives de les persones ateses en diversos serveis d'AD, de les famílies i les persones cuidadores, així com de referents socials significatius, identificades pels participants en l'elaboració del present document, van ser les següents:

- Dificultat per accedir als serveis.
- Diferència entre les expectatives de les persones a qui s'atén i els familiars cuidadors.
- Càrrega familiar.
- Emocions: soledat de la persona atesa i de la persona cuidadora principal. Aïllament.
- Pèrdua de relacions que afecten la qualitat de vida.
- Poca claredat de drets, serveis i recursos (i rol de les persones cuidadores).
- Persona cuidadora: el problema principal és no saber quina línia de persona cuidadora s'ha de seguir (ser més permissiu, més estricte o menys, sortir més o menys al carrer, realitzar grups de suport o no, tenir suport diürn o no, tenir centre de dia o no, etc.).

- Dificultats per a l'empoderament de les persones implicades.
- Implicacions de la gestió del risc al domicili.

Tot seguit, s'expliciten una sèrie de veus de les persones ateses:

Taula 2.1. Identificació de les veus principals de les persones usuàries

Agrupació temàtica	Veu de les persones usuàries
Empoderament	“Cap decisió sobre mi sense mi.”
	“Respecteu el meu entorn i la meva manera de fer.”
Emocions: soledat i por	“No vull molestar i sé que soc una càrrega per a les meves filles, estic molt sola i tinc por.” (Persona malalta que viu sola, porta oxigen i s'ofega)
	“Visc sol, els meus fills treballen i venen unes hores cada dia. Ja no puc fer quasi res. Tinc molt dolor, tinc por a la mort, estic sol i trist moltes hores. No vull donar feina als meus fills. Ara no sé ben bé qui és el meu metge, el del CAP o el de l'hospital.” (72 anys, en procés de final de vida)
Sentiment de càrrega a l'entorn familiar	“Em volen portar a una residència perquè diuen que estaré més ben atesa. Jo sento que així dono tranquil·litat als meus fills, encara que el que jo voldria és quedar-me a casa.”
	“No vull molestar i sé que soc una càrrega per a les meves filles, estic molt sola i tinc por.” (Persona malalta que viu sola, porta oxigen i s'ofega)
	Persona que està ingressada en un hospital i li donen l'alta a casa. La filla em diu: “Aquí a casa no la podem tenir. Jo penso «Com podríem aconseguir que pugui tenir una ajuda al domicili que eviti el trasllat a una residència sociosanitària?».”
Processos de final de vida	“Voldria morir a casa, però no m'atreveia a demanar-ho a la família ni sabia si tindria suport sanitari ni social.”
Manca de referent clar	“Vull tenir una persona referent a qui em pugui adreçar quan tinc un problema o una crisi. No vull explicar la meva història a gent diferent tantes vegades.”
	“Visc sol, els meus fills treballen i venen unes hores cada dia. Ja no puc fer quasi res. Tinc molt dolor, tinc por a la mort, estic sol i trist moltes hores. No vull donar feina als meus fills. Ara no sé ben bé qui és el meu metge, el del CAP o el de l'hospital.” (72, anys en procés de final de vida)
Poca claredat de drets, serveis i recursos	“No vull anar a una residència, però em faig gran, estic sola a casa i no sé com fer-ho en un futur per continuar a casa i no tinc recursos econòmics per cobrir les meves necessitats de cura.”
	Home de 50 anys amb diagnòstic de càncer amb pare de 90 en situació de dependència i una filla de 12 anys. L'han d'intervenir i durant mesos no es podrà fer càrrec ni del pare ni de la filla. “Què faig?”
	Una dona amb el seu marit afectat de demència sense fills i sense gaire xarxa de suport atès que ell és alemany i ella catalana. “Plora a la consulta” perquè no sap què fer amb el seu marit. Ell li pregunta constantment què fa, amb qui parla, què li volen fer, etc.

2.2 Identificació de les veus de les famílies, les persones cuidadores i els referents socials significatius

Tal com s'ha explicat en l'apartat anterior, al grup de treball que va participar en el disseny d'aquest model d'AI social i sanitària en l'àmbit domiciliari, se li va demanar que pogués triar una veu significativa que hagués escoltat i a la qual cregués necessari donar resposta. Les veus que en van sorgir van ser les següents:

Taula 2.2. Identificació de les principals veus de famílies, persones cuidadores principals i referents socials significatius

Agrupació temàtica	Veu de les famílies, les persones cuidadores i els referents socials significatius
Sentiment de càrrega a l'entorn familiar	Diferents expectatives entre les persones ateses i els familiars cuidadors.
	“Som les filles, però totes treballem moltes hores, tenim família i vivim lluny de la mare. L'ingrés a la residència és l'única manera viable de garantir el benestar i la seguretat de la mare.”
	“No puc més, tinc un dia negre.” (Mare de tres fills: un amb dificultat per trastorn mental, un amb discapacitat i un sense problemes; el marit, en diàlisi en fase avançada)
	“Jo estic sola, no me'n puc fer càrrec.”
	“Tinc la mare gran, viu sola a casa i els fills no podem o no volem atendre-la tal com ella en un futur pot necessitar.”
	Filla d'un senyor gran en situació de dependència que viu fora. S'està deteriorant físicament i fa crisis de demència; no vol sortir de casa ni anar al centre de dia ni a la residència ni que vagi ningú a casa. Ha tingut caigudes freqüents.
Emocions: soledat	“No arribem a més, se'ns fa una muntanya tot el que necessita el meu pare. Vam anar als serveis socials i ens van dir que no hi teníem accés perquè tenim molts ingressos, qui ens pot ajudar o orientar? Al CAP ens han posat teleassistència. Ens sentim molt sols.”
	“Estic molt sola, no tinc ningú”. La soledat i la pèrdua de relacions afecten la qualitat de vida.
	“La mare necessita temps per poder-se relacionar amb l'entorn”. Cada vegada més aïllament.

Agrupació temàtica	Veu de les famílies, les persones cuidadores i els referents socials significatius
Poca claredat de drets, serveis i recursos (i rol de les persones cuidadores)	“No arribem a més, se’ns fa una muntanya tot el que necessita el meu pare. Vam anar als serveis socials i ens van dir que no hi teníem accés perquè tenim molts ingressos, qui ens pot ajudar o orientar? Al CAP ens han posat teleassistència. Ens sentim molt sols.”
	Hem anat a cinc hospitals i tres sociosanitaris en dos mesos, a cada lloc un enfocament diferent, i la mare ha mort en una ambulància.
	Persona cuidadora: el problema principal és no saber quina línia de persona cuidadora s’ha de seguir (ser més permissiu, més estricte o menys, sortir més o menys al carrer, realitzar grups de suport o no, tenir suport diürn o no, tenir centre de dia o no, etc.). Hi ha moltes preguntes que es fan que haurien de tenir respostes conjuntes d’un professional social i un professional sanitari plegats.
	Com es planteja l’atenció, com s’explica, com s’acorda amb la persona, el què, les hores, etc.

2.3 Veu dels professionals per identificar oportunitats de millora

S’ha dut a terme amb els professionals participants en els grups de treball un exercici d’identificació de problemes i àrees clau importants en el procés de reformulació d’un model d’AD.

Taula 2.3. Principals dificultats de l'atenció a l'entorn domiciliari a Catalunya identificades pels participants en l'elaboració del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari

ÀMBIT	VEU DELS PROFESSIONALS EN LA IDENTIFICACIÓ D'OPORTUNITATS DE MILLORA
Característiques de l'atenció	
Valors, atenció centrada en la persona	No es tenen en compte les preferències de les persones usuàries, perquè el sistema és rígid. No s'aplica el servei centrat en la persona.
	Serveis pensats segons els contractes amb les empreses, treballadors, horaris, etc., i les necessitats de la persona en moltes ocasions van després.
	Manca de confiança de les persones usuàries en el servei
Accés	Llistes d'espera en alguns territoris.
	Diferents criteris d'accés.
	Diferències de copagament per accedir al servei.
Valoració	Valoració de les necessitats parcials.
	Manca de valoracions conjuntes entre professionals sanitaris i socials amb objectius comuns d'intenció planificats i estructurats al domicili.
Pla d'atenció	No hi ha un pla d'atenció integral al domicili.
	Manca de participació de les persones en els plans d'atenció.
	Intervenció al domicili orientada més a tasques i no tant a objectius consensuats.
Continuïtat	Atenció fraccionada segons les institucions que gestionen els serveis.
	Fragmentació (entre serveis sanitaris i socials i diferents agents).
	Problemes de continuïtat en la prestació del servei (professional de referència, horaris de la prestació, etc.).
	No tots els territoris fan un bon seguiment de l'atenció.
	Buits en l'atenció relacionats amb la manca d'eines d'alerta de temes clau no coberts o endarrerits.
	Hi ha fragmentació en els processos que es realitzen per donar l'atenció adequada (qualitat), ens locals, empreses, personal d'infermeria del CAP, etc.
Urgències	Agilitat de la resposta quan es produeix una situació d'urgència o situacions novingudes amb davallada funcional o canvis significatius en la situació de la persona que generen situació de crisi.
Professionals i sistemes de treball	
Configuració d'equips	Equips no multidisciplinaris o amb una multidisciplinarietat limitada.
	Necessitat d'incorporació de nous perfils professionals.
Temps	Temps dels professionals (AP sotmesa a pressió).
	Manca d'hores al domicili per atendre adequadament. Intensitat limitada.

ÀMBIT	VEU DELS PROFESSIONALS EN LA IDENTIFICACIÓ D'OPORTUNITATS DE MILLORA
Formació, gestió del coneixement i desenvolupament dels professionals	Formació i capacitat limitada dels professionals d'atenció a domicili.
	Necessitat de certificacions de professionalitat i procés d'habilitacions.
	Formació constant dels professionals d'atenció directa.
	Manca d'un pla de recerca i de gestió del coneixement específic per abordar aquest procés d'atenció integrat.
	Habilitats (necessitat contínua de millora de coneixements, habilitats, treball compartit, ús tecnològic, etc.).
	El personal d'atenció directa té una formació mínima i es treballa com a sortida laboral més que com a professió vocacional. Per tant, hi ha molta rotació quan el professional troba una altra feina on cobra més o té millors condicions.
	Manca de reconeixement tant social com laboral dels treballadors familiars (TF). Salari baixos, jornades reduïdes (tots els serveis es concentren al matí), poc empoderament dels professionals, nivell formatiu baix, la qual cosa provoca rotacions constants i pèrdua de referents envers la persona atesa. També el nou model exigeix competències relacionals de treball en equip i treball transversal.
Coordinació de l'atenció: comunicació i sistemes d'informació	Manca de comunicació o coneixement entre els diversos operadors que actuen al domicili.
	Dificultats de comunicació en l'àmbit social i de salut.
	Coordinació escassa o bé manca de metodologia en la compartició de casos (per exemple, conferències de cas, etc.).
	Descoordinació entre els diversos ajuts que intervenen al domicili (teleassistència domiciliària, o TAD, servei d'ajuda a domicili, o SAD, àpats a domicili, arranjaments o adaptacions funcionals, atenció domiciliària per part dels equips d'atenció primària de salut, o ATDOM, programa d'atenció domiciliària i equip de suport, o PADES, etc.).
	Manca de sistemes d'informació compartits i d'espais i de dinàmiques de treball conjunts.
	No existència de plataformes digitals que alimentin la pràctica col·laborativa i disposin de valoració i pla d'atenció compartit.
	Manca de sistemes d'informació compartits i conjunts.
	Sistema informàtic adequat a l'AD social i sanitària.
Gestió i desplegament de l'atenció a l'entorn domiciliari	
Cobertura i iniquitats	Cobertura (s'arriba a tots els que la necessiten?).
	Iniquitat, segons on es viu es pot optar o no a serveis d'AD, tant sanitaris com socials.
	Necessitat de disposar d'un paraigua a escala de país: reglament. ²

2. Nota: actualment hi ha diferent copagament, cobertura, intensitat, etc.

ÀMBIT	VEU DELS PROFESSIONALS EN LA IDENTIFICACIÓ D'OPORTUNITATS DE MILLORA
Desigualtats en el desplegament local	Desenvolupament desigual i baix de l'AD en el conjunt de la xarxa sociosanitària i social.
	Manca de model unificat de tipus d'atenció, hores, copagament, etc. Necessitat d'incorporació del procediment administratiu per garantir els drets de la ciutadania.
Gestió	Gestió delegada a grans proveïdors, allunyats del territori, poc vinculats amb l'entorn comunitari.
Recursos	Manca d'incentius econòmics centrats en els proveïdors en AD.
	Diferències molt importants en el copagament dels serveis.
	Dèficit de recursos socials per part dels ens locals per donar resposta a totes les necessitats.
	Dificultat de disposar de recursos d'adaptació i arranjament de la llar.
	Necessitat d'identificar altres serveis en l'atenció (domòtica, entre d'altres).
	Necessitat creixent de persones que necessiten atenció a domicili mentre se segueix disposant dels mateixos recursos.
Model de finançament	Models de finançament segmentats i estancs que dificulten finançar serveis domiciliaris en entorn de l'AI (SAD transitori).
	Diferents competències de les administracions locals en matèria de SAD. Necessitat d'identificar com s'articula dins de la nova estratègia.
	Manca d'equitat i harmonització del copagament a escala territorial.
Sistema d'avaluació	Necessitat d'avaluació del programa d'AD emprant tècniques quantitatives i qualitatives.

2.4 Detecció de fortaleeses i oportunitats d'un programa integrat d'atenció a l'entorn domiciliari a Catalunya

L'anàlisi DAFO efectuada amb el grup de treball que va participar en l'elaboració d'aquest document per identificar i prioritzar els resultats clau del model d'AI domiciliària va ser la següent:

Fortaleeses

- Visió integral de la persona.
- Voluntat de millorar el servei.
- Sistemes d'informació en desenvolupament.
- Equips existents i experts d'AD en els diversos àmbits socials.
- Coneixement de la situació actual i futura. Bona planificació.

- “La unió fa la força” si volem un projecte d’atenció integral a domicili.
- Hi ha esculls en el sistema d’intervenció, però hi ha la voluntat d’un treball conjunt.
- Persona cuidadora amb un rol culturalment acceptat.
- Molta experiència en el temps i en intensitat en la prestació del SAD en serveis socials.
- En aquests moments, hi ha una aposta en l’àmbit de govern, però cal treballar en l’àmbit normatiu per implicar governs locals i altres governances.
- Bons professionals i amb ganes de fer una bona tasca.
- L’AI domiciliària és a l’agenda del Govern de la Generalitat.
- Competències professionals avançades.
- Cobertura en augment (malgrat l’entorn previ.)
- Sensibilitat en augment.
- Lideratge dels professionals.
- Experiències col·laboratives positives.
- Equips directius implicats.
- Llarga experiència de treball.
- Coneixement en el sistema.
- Equips de direcció i gestió implicats i compromisos en la millora i el canvi de model.
- Empreses gestores amb expertesa.
- Bon nivell de cobertura.
- Suport dels professionals de treball social, els professionals d’infermeria i l’equip a la persona cuidadora i a la persona usuària.
- AP de salut de cobertura universal.
- Existència d’un bon nivell de resultats de salut en la població.

Oportunitats

- Voluntat institucional.
- Necessitat d’augment de la prestació de serveis domiciliaris (infància en situació de risc, famílies multiproblemàtiques, envelliment i més morbiditat).
- Integració assistencial i atenció centrada en la persona com a línies consensuades de futur.
- Canvi de model.
- Interès de professionals.
- Interès de tots els actors.
- Estratègies col·laboratives amb altres professionals.
- El plantejament comú per actuar sobre la situació de la persona facilitaria uns resultats millors en la intervenció.
- Sistematitzar processos, documentació, criteris, etc. per facilitar a l’usuari el “camí” quan té necessitats d’atenció social i sanitària.
- Canvis demogràfics que evolucionen cap a unes necessitats socials i sanitàries més elevades.

- Reprendre i redefinir el model perquè serveixi per aconseguir l'objectiu principal, que és la prevenció i el retard de l'ingrés de la persona en un centre residencial.
- Retardar la institucionalització.
- Fer possible el desig de la majoria de les persones de romandre a casa seva.
- Voluntat política.
- Professionals.
- Tecnologia.
- Incorporar eines, instruments, etc. per facilitar l'atenció a la persona.
- Incorporar formació a les escoles per sensibilitzar i eliminar estigmes sobre les persones grans i la població vulnerable.
- Capacitat econòmica del municipi.
- Empoderament progressiu de les persones grans a l'hora de definir el servei.
- Hi ha possibilitat d'escriure un model desitjat nou.
- Es veu com una prioritat de país.

L'anàlisi DAFO completa es pot consultar a l'**annex 1**.

2.5 Principals factors que poden afectar el desplegament del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari. resultats del diagrama d'Ishikawa

Amb el grup de treball que va participar en el disseny del model, es van identificar els factors principals que podien afectar un programa d'AI.

Es va utilitzar la tècnica del diagrama d'Ishikawa per recollir-ne les aportacions (vegeu l'**annex 2**).

L'atenció domiciliària a
Catalunya.

Punt de partida



3.1 Canvis socials

3.1.1 Canvis poblacionals

Un element clau d'anàlisi de l'entorn és la situació de transició demogràfica en què ens trobem. Tots els països envelleixen, però el procés d'envelliment a Catalunya tindrà una intensitat molt superior en el temps comparada amb altres països.

Es passarà d'una població actual del 17% de persones de més de 65 anys i un 4,2% de persones de més de 80 anys, a un terç i més d'un 12% respectivament en 35 anys.

En conseqüència, tindrem molta més gent gran, un nombre més elevat de persones amb malalties cròniques i dependència, i, per tant, amb **més necessitat de serveis d'atenció a l'entorn domiciliari**.

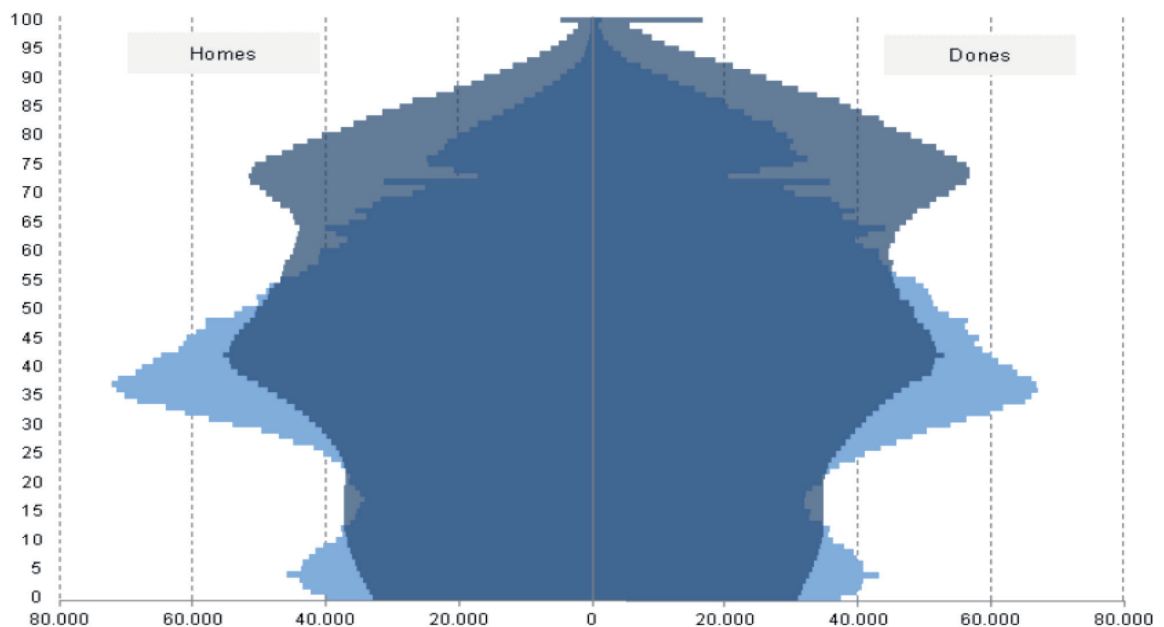


Figura 3.1. Progressió de la piràmide poblacional 2013-2051.

Font: Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), 2015

Intensitat d'envelliment fins al 2050:

Del 17% al **34,5%** > 65 anys → **1/3** persones

Del 4% al **12%** persones > 80 anys

Si ens comparem amb altres països, aquesta intensitat amb escenaris d'aquí a 35 anys serà molt superior a altres països i entorns, tal com es desprèn del gràfic següent:

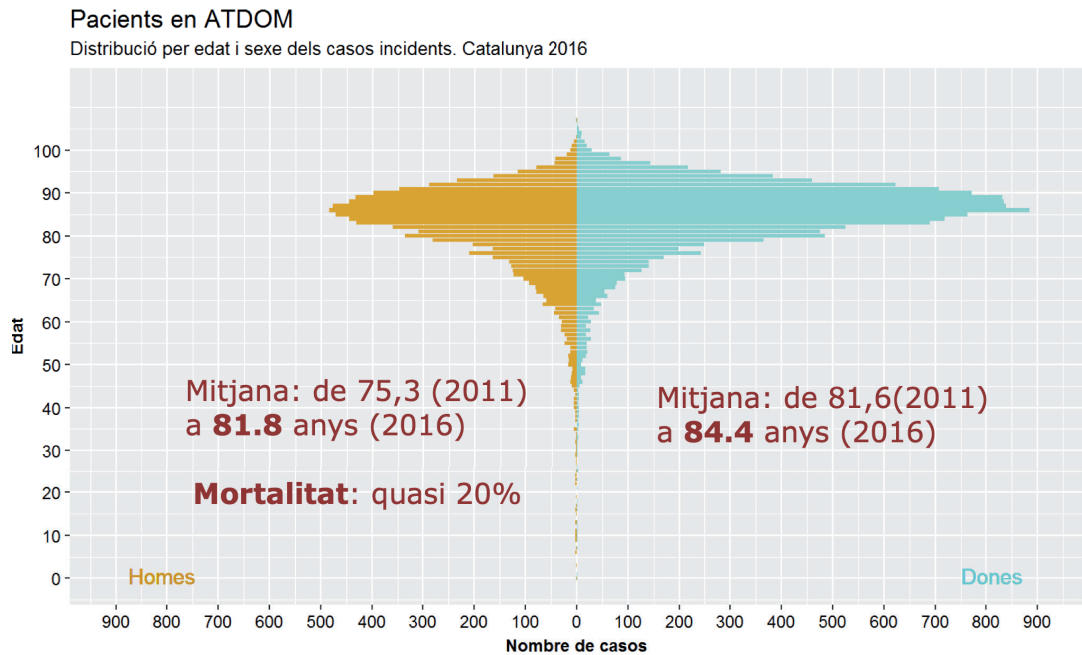


Figura 3.2. Distribució per edat i sexe de l'ATDOM de salut a Catalunya 2016.

Font: bases de dades de morbiditat poblacional del CatSalut

3.1.2 Canvis socials i impacte en el sistema de benestar

El conjunt de les societats occidentals i, per extensió, els seus sistemes de benestar, presenten reptes comuns als quals estan intentant donar resposta per mitjà de la seva transformació i del disseny de noves polítiques públiques. Alguns d'aquests reptes tenen un impacte de manera directa i simultània en el sistema sanitari i en el de serveis socials. Aquests reptes, que interactuen fortament entre ells, són els que exigeixen un abordatge diferent per part dels models d'atenció d'ambdós sistemes que, a més a més, es veuen forçats a una interacció i una co-operació creixent.

Entre aquests reptes, en destaquen set per la seva generalització i rellevància, que són:³

3. Document intern del PAISS 2017-2020.

A. FACTORS QUE CONFIGUREN LA DEMANDA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	
Envelliment de la població	<p>Les projeccions demogràfiques mostren que la població a Catalunya es continuarà envellint progressivament en els propers anys; en aquest sentit es preveu que les persones de més de 65 anys representin el 20% de la població de Catalunya l'any 2025, amb un fort creixement de la població de més de 80 anys. L'any 2020 gairebé 1,5 milions de persones tindran 65 anys o més, i la població de 85 anys o més serà de 250.000 persones.w</p> <p>L'any 2050 la tercera part de la població serà de més de 65 anys i un 12% serà de més de 80 anys. Per tant, Catalunya estarà en un escenari dels països més envellits del món.</p>
Cronicitat	<p>En els darrers anys, la cronicitat ha augmentat com a conseqüència de l'envelliment, però també d'altres fenòmens, com les millores diagnòstiques i els avenços terapèutics que allarguen la supervivència dels pacients.</p> <p>A l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de 2015, es mostra com el 34,3% de la població general té alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. Aquest percentatge és superior en les dones i augmenta quan els grups són de més edat, i passa del 12,3% en la població de 0 a 14 anys al 69,7% en la població a partir de 75 anys.</p>
Fragilitat	<p>La prevalença mitjana de fragilitat en persones de més de 65 anys que viuen a la comunitat va ser del voltant del 10%, i arriba a un 25% en persones de més de 85 anys. L'estudi de fragilitat denominat FRADEA ha posat de manifest, en població de més de 70 anys, que la fragilitat comporta un risc ajustat de mortalitat 5,5 vegades més alt, un risc de nova discapacitat 2,5 vegades més alt i un risc de pèrdua de mobilitat 2,7 vegades més alt. Les persones amb fragilitat avançada gairebé sempre presentaran necessitats complexes.</p>
Situacions de dependència o discapacitats	<p>Segons la darrera ESCA (2015), el 10,6% de la població de 15 anys i més necessita l'ajuda, regularment o puntual, d'altres persones per realitzar les activitats habituals de la vida quotidiana a causa d'un problema de salut. El 4,3% de la població adulta necessita ajuda o companyia de manera regular, i el 6,3% en necessita de manera puntual. La dependència, la manca d'autonomia personal, és un fenomen més freqüent entre les dones i amb les persones de més edat. En la població de 75 anys i més, el 32,1% dels homes i el 43,0% de les dones són dependents d'altres persones.</p> <p>Pel que fa a la discapacitat, segons dades de l'ESCA 2015, el 15,7% de la població de 15 anys i més en pateix alguna (el 13,6% dels homes i el 17,7% de les dones). La prevalença de la discapacitat augmenta a mesura que els grups són de més edat. En la població de 0 a 14 anys, la prevalença de la discapacitat és del 2,6%. Les discapacitats principals que pateix la població de 15 anys i més són similars en els homes i les dones, i estan relacionades amb limitacions importants del moviment (10,4%), problemes per caminar (5,5%) i dificultats greus per fer les feines de la llar (4,8%).</p>

A. FACTORS QUE CONFIGUREN LA DEMANDA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	
Vulnerabilitat social	Aproximadament, el 4-5% de la població presenta necessitats complexes, majoritàriament relacionades amb càrregues rellevants de multimorbiditat crònica en molts casos. A més a més, és cada vegada més present a la literatura sobre la base d'estudis que van apareixent, la necessitat d'identificar i incorporar en el model de complexitat els determinants socials que tenen un impacte sobre la salut de les persones.
Nous escenaris de convivència (famílies)	<p>Superació progressiva de les formes tradicionals de divisió sexual del treball en un context de reconfiguració de les mides, estructures, dinàmiques, valors i modalitats familiars i convivencials. Aquest fenomen ha tingut conseqüències molt significatives en els escenaris de convivència i l'exercici dels rols de cura. Ha implicat una clara disminució de la disponibilitat familiar i, en general, comunitària per a la cura i l'atenció a les persones.</p> <p>L'informe de l'IMERSO <i>Las personas mayores en España 2014</i> demostra que el 56% dels homes i el 72% de les dones de més de 65 anys pateixen algun tipus de soledat. En aquest sentit, i d'acord amb la bibliografia revisada, l'aïllament social i la solitud prediuen la mortalitat amb la mateixa consistència que molts factors de risc coneguts. El risc de mortalitat prematura augmenta un 26% en persones que senten solitud, un 29% en persones amb aïllament social i un 32% en les que viuen soles. El sentiment de solitud, més que l'aïllament social o el viure sol, prediu l'aparició de demència independentment d'altres factors de risc coneguts.</p>

B. NOU ROL DE LA CIUTADANIA ENVERS ELS SERVEIS SOCIALS I SANITARIS

Increment de capacitats, coneixements, accés a la informació i autonomia de les persones. La ciutadania és i serà més experta, més informada, més exigent i també més capaç, i, per tant, més activa. Podem esperar una ciutadania amb més capacitat d'autocura, per assumir responsabilitats sobre la seva vida i situació i capaç de desenvolupar un rol actiu i autònom en l'atenció a les seves necessitats.

Abandonament d'un model d'atenció a les persones reactiu, centrat en la malaltia, fragmentat i paternalista, per potenciar un nou model proactiu, centrat en la persona, d'atenció integral i deliberatiu, que participa en la presa de decisions de forma compartida conjuntament amb els professionals.

3.2 Prestació de serveis domiciliaris a Catalunya: salut

Quan parlem de l'AD des de la vessant de salut, hi ha un cert posicionament vers la prestació que fan els equips d'AP, tot i que hi ha un bon conjunt de modalitats i prestacions vinculades amb l'AD. És difícil trobar indicadors i anàlisis de dades que mostrin amb claredat l'estat de situació sobre aquest assumpte, ja que fins ara, des del punt de vista d'anàlisi, no ha estat un àmbit d'atenció gaire estudiat a Catalunya.

3.2.1 Cobertura de l'atenció domiciliària per part del sistema de salut

Un dels indicadors que han estat monitoritzats en els darrers anys són les dades de cobertura del programa d'AD proveïdes per l'AP, que seria el que s'anomena *programa ATDOM*.

En el marc de l'elaboració del present model, s'ha treballat amb el sistema d'informació del CatSalut.⁴

La cobertura d'AD a finals de l'any 2016 era del voltant del 5,3% en persones de més de 65 anys, i del 9,8% en persones de més de 75 anys. Es mostra l'evolució temporal d'aquest indicador i es pot observar que són cobertures que disten de les d'altres països del nostre entorn i, sobretot dels països del nord d'Europa.

4. Vegeu: http://catsalut.gencat.cat/web/_content/minisite/catsalut/publicacions/informes_breus/informes_breus_n13.pdf

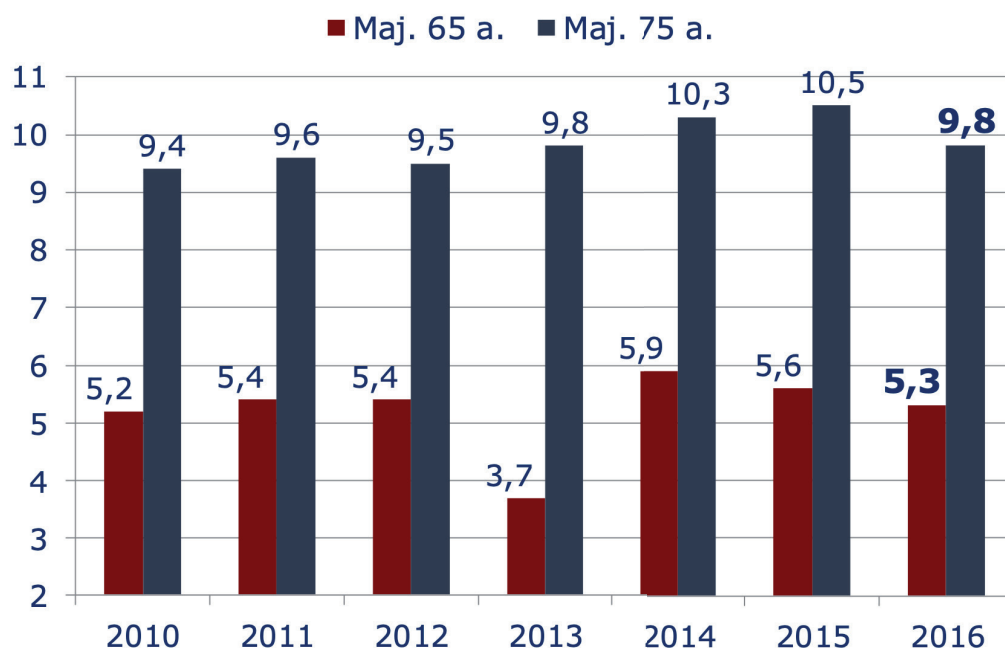


Figura 3.3. Cobertura global de l'ATDOM a Catalunya 2010-2016. Font: CatSalut, 2017

Un altre element que cal considerar és l'alta i, en alguns casos, l'extrema variabilitat interterritorial, que s'accentua quan comparem les cobertures entre diverses àrees bàsiques de salut (ABS).

La cobertura és molt variable entre regions i ABS. De mitjana, la cobertura és del 5,3% per a les persones de més de 65 anys i del 9,8% per a les persones de més de 75 anys (font: CatSalut, 2017).

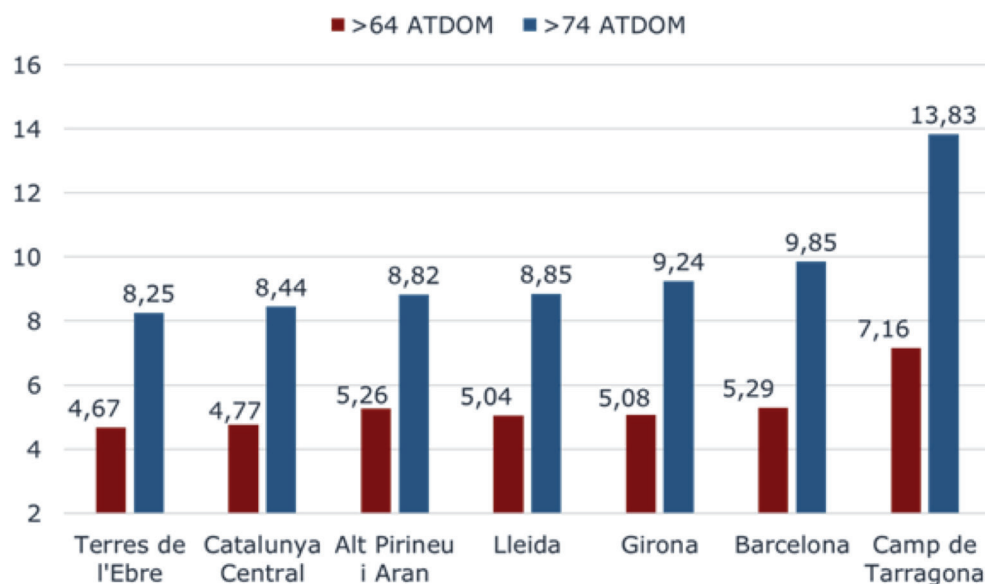


Figura 3.4. Cobertura global per regions sanitàries de l'atenció domiciliària a Catalunya. Font: CatSalut, 2017

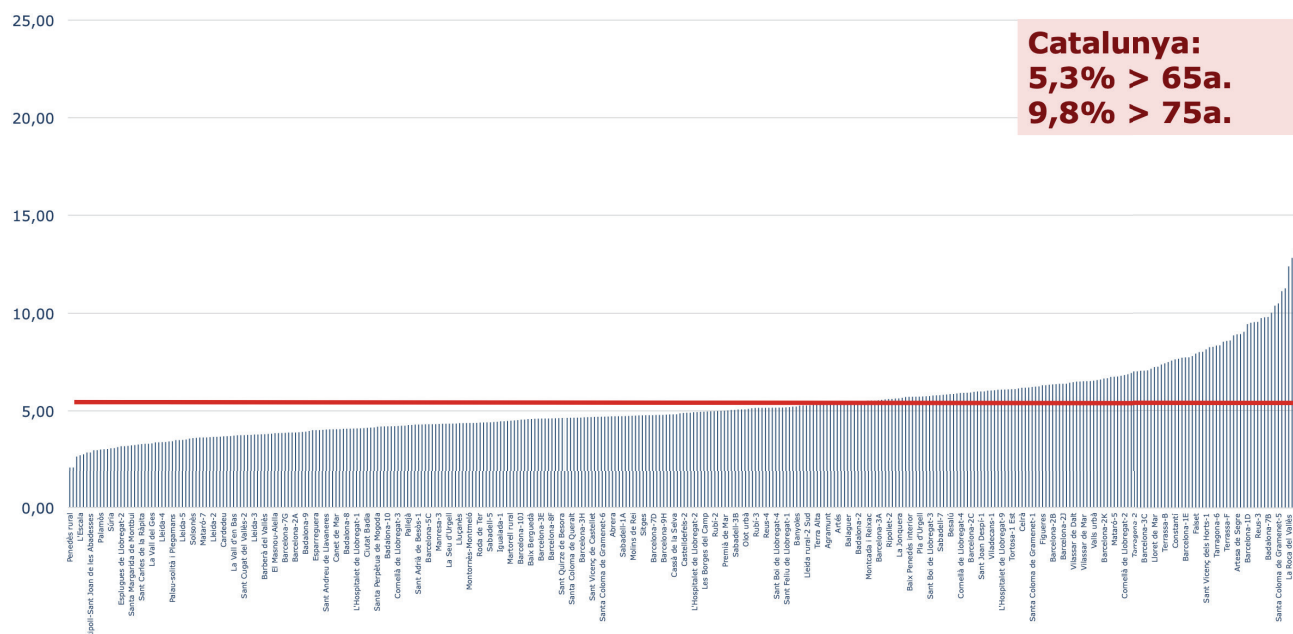


Figura 3.5. Cobertura de l'ATDOM per equips d'atenció primària de salut (EAP) a Catalunya 2016. Font: CatSalut, 2017

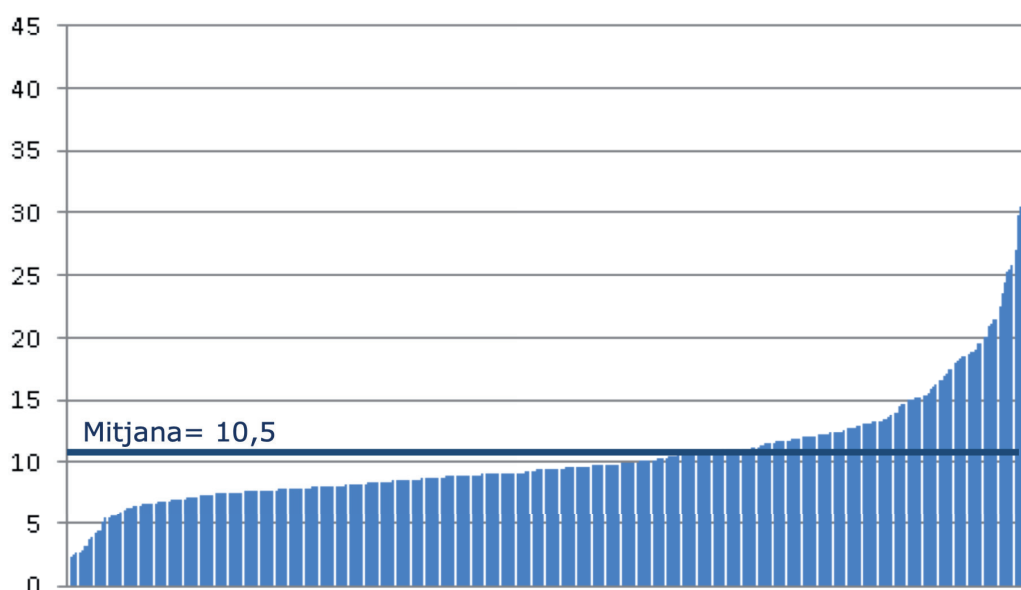


Figura 3.6. Cobertura del programa ATDOM en persones > 75 anys per EAP a Catalunya 2015. Font: CatSalut, 2016

Un altre element d'interès és la intensitat de servei. Es veu com en moltes situacions hi ha un nombre de contactes alt, però d'aquests només una part corresponen a visites presencials al domicili. Es detalla la diferenciació d'aquest indicador atenent als col·lectius que intervenen en programes d'AD a l'AP.

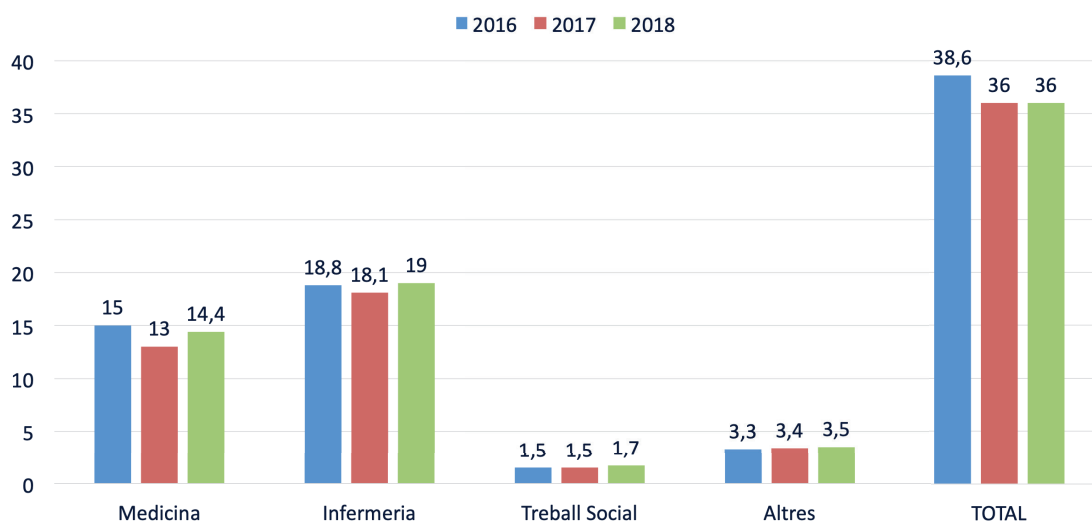


Figura 3.7. Intensitat de l'ATDOM en AP. Font: ICS, 2017



Figura 3.8. Visites de professionals de medicina de família d'ATDOM en AP.

Font: ICS, 2017

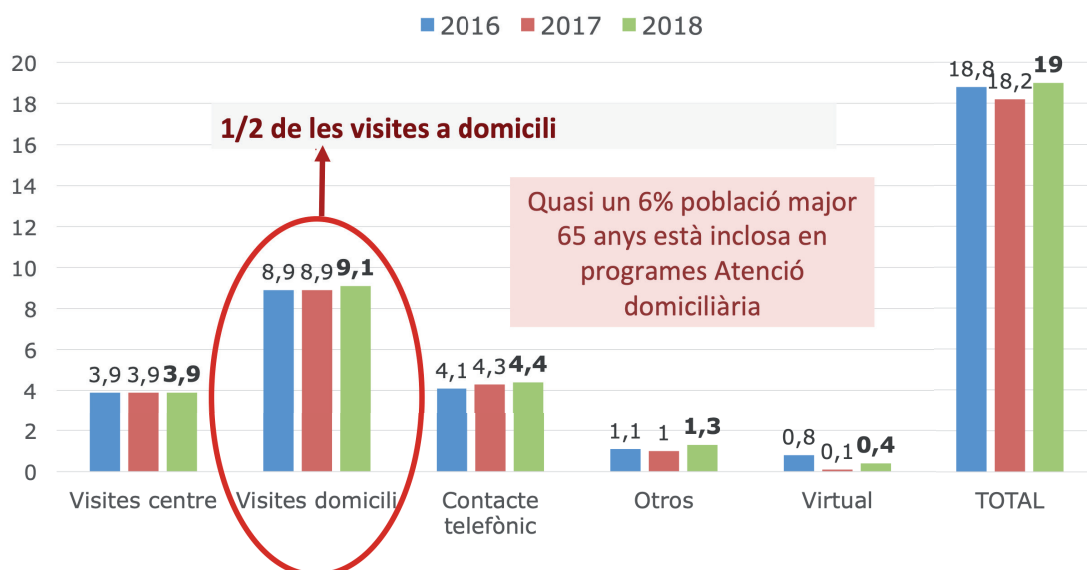


Figura 3.9. Visites d'infermeria d'ATDOM en AP. Font: ICS, 2017

Un altre element d'interès és la tipologia de les poblacions que s'atenen en ATDOM. Gairebé dos terços corresponen a poblacions en situació de complexitat, el que s'anomena *pacients crònics complexos* (PCC) o *en situació de malaltia crònica avançada* (MACA). Vegeu la figura 4.10.

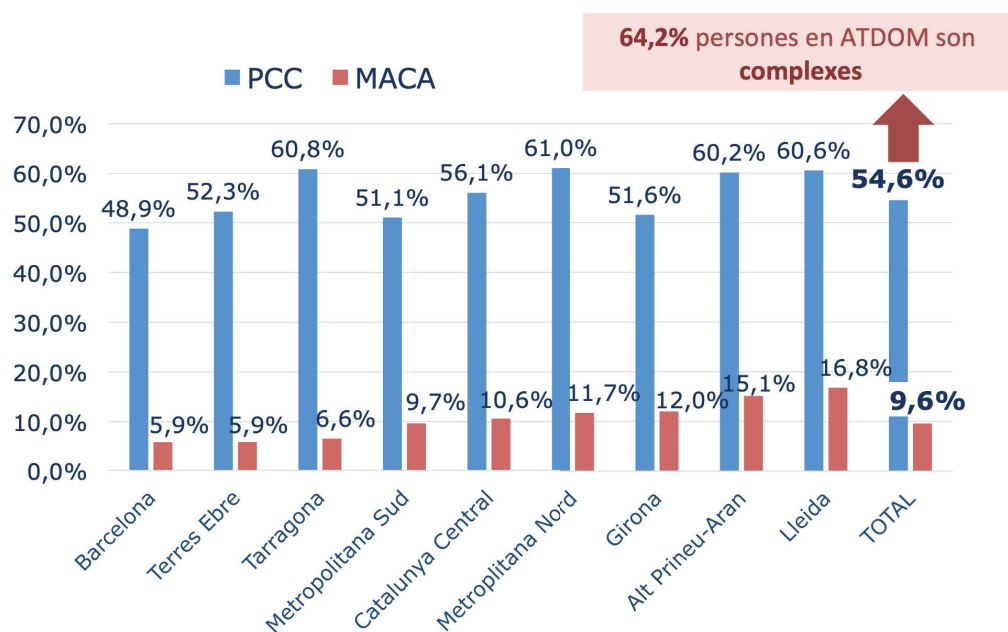


Figura 3.10. Complexitat en ATDOM a atenció primària. Font: ICS, 2017

3.2.2 Perfil de la població atesa pel programa ATDOM

En la **taula 3.1** es presenta el perfil de persones ateses en serveis del Programa ATDOM, comparada amb població gran que viu al domicili (sense estar inclosos en programes d'ATDOM) i en residències.

En la **taula 3.2** es veu la gran càrrega de multimorbiditat d'aquesta població, juntament amb l'alta prevalença de malalties cròniques, comparada amb els altres grups que s'han esmentat de població gran no atesa en AD i de persones en residències.

Taula 3.1. Utilització dels serveis d'ATDOM i residències

	DOMICILI	ATDOM	RESIDÈNCIA	
Mitjana de visites d'AP	11,3	28	11,6	< 0,0001
Taxa d'ingressos hospitalaris (× 100)	23,2	60,8	44,3	< 0,0001
Taxa d'ingressos hospitalaris urgents (× 100)	10,2	49,3	36,9	< 0,0001
Taxa de visites a urgències (× 100)	50,8	117,8	93,3	< 0,0001
Mitjana de visites a consultes externes (CE)	3,02	3,01	1,73	< 0,0001
Taxa de visites d'SM d'AP (× 100)	7,6	4,2	10,6	< 0,0001
Taxa d'ingressos hospitalaris d'SM (× 100)	0,1	0,1	0,5	< 0,0001
Taxa de pacients en convallescència (× 100)	1,5	12,5	8,3	< 0,0001
Taxa de pacients en unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFFIS) (× 100)	1	7	4,9	< 0,0001
Taxa de pacients al PADES (× 100)	0,4	5,4	2,1	< 0,0001
Mitjana de visites a domicili	0,4	10,3		

Taula 3.2. Característiques de la població en el Programa d'ATDOM i residències.

Font: CatSalut, 2017

EDAT EN ANYS	DOMICILI	ATDOM	RESIDÈNCIA	
HOMES	74,4	84,2	82,5	< 0,0001
DONES	75,5	86,6	86,1	
TOTAL	75	85,8	85,1	
NIVELLS DE RISC (GRUP DE MORBIDITAT AJUSTADA, O GMA)				
ALT	17,4	62,5	45,4	< 0,0001
MITJÀ	43,4	32,3	41,5	
BAIX	28,7	5	11,7	
BASAL	10,5	0,3	1,4	
MORTALITAT	2,1	18,7	18,2	< 0,0001

A la **taula 3.3** següent es presenta el perfil per grups diagnòstics.

Taula 3.3. Perfil de diagnòstics de població en el Programa d'ATDOM i residències.

Font: CatSalut, 2017

	Domicili	ATDOM	Residència	
Casos (% fila)	90,4	5	4,7	
Sexe: Homes	44,2	31,9	28,3	< 0,0001
Dones	55,8	68,1	71,7	
<i>Diabetis mellitus</i>	24,5	37,5	30,5	< 0,0001
Insuficiència cardíaca	8,5	37,3	25,4	< 0,0001
Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)	13,6	25,9	19,3	< 0,0001
Accident vascular cerebral (AVC)	8,6	28	26,8	< 0,0001
Cardiopatia isquèmica	11,2	22,1	15,4	< 0,0001
Neoplàsia	18,7	28	20	< 0,0001
Malaltia de l'aparell loco-motor	59,7	73,2	66,3	< 0,0001
Hipertensió arterial (HTA)	65,1	85,3	77,8	< 0,0001
Insuficiència renal crònica	12	37,3	24,4	< 0,0001
SIDA	0,1	0,1	0,1	< 0,0001
Asma	6,3	9,8	7,1	< 0,0001
Demència	3,3	20,8	41,5	< 0,0001
Cirrosi	1,3	1,6	1,3	< 0,0001
Depressió	18,4	29,4	33,5	< 0,0001
Pacient crònic de salut mental (PCSM)	4,3	8,6	13,7	< 0,0001
Pacient crònic complex de salut mental (PCCSM)	3,3	8,1	12,5	< 0,0001
Osteoporosi	15,2	20,2	20,5	< 0,0001
Artrosi	39,2	56,7	50	< 0,0001
Artritis	5,6	9,4	7,3	< 0,0001

Els estrats de risc de la població atesa en programes d'ATDOM és la següent:

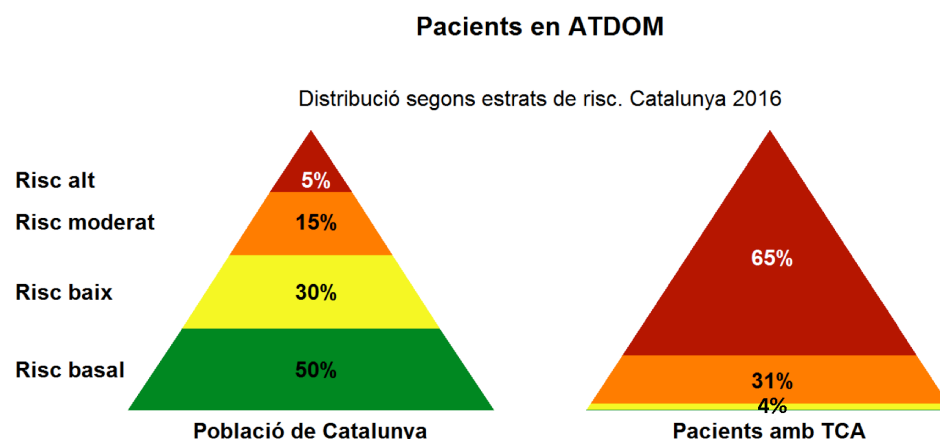
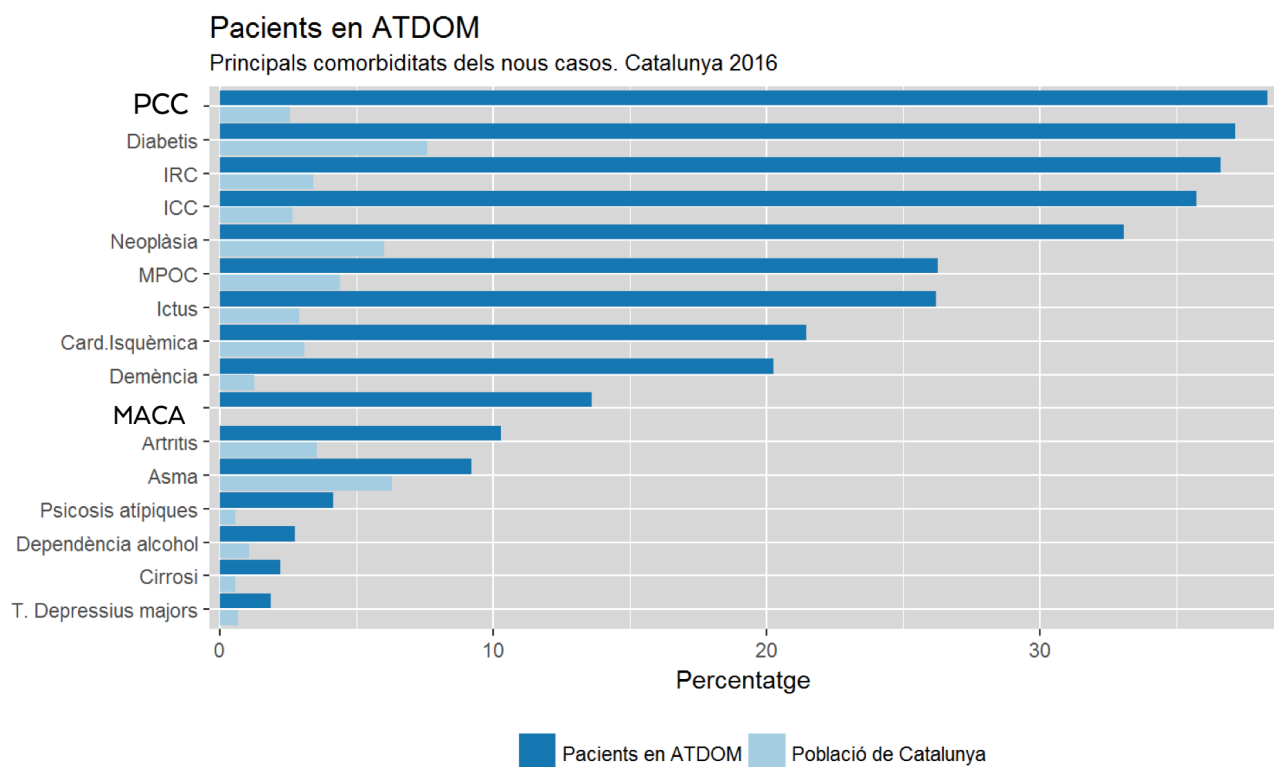


Figura 3.11. Distribució per estrats de risc de pacients en programes d'ATDOM sobre el total de pacients atesos. Font: CatSalut, 2016

En relació amb la morbiditat atesa per part dels equips del Programa d'ATDOM, les problemàtiques principals ateses són: a) PCC en primera instància, b) pacients diabètics, c) pacients amb insuficiència renal, d) pacients amb insuficiència cardíaca i e) pacients amb problemes oncològics (vegeu la **figura 3.12**).



Font: Base de dades de morbiditat poblacional

Figura 3.12. Distribució de les principals comorbiditats dels nous casos d'inclusió en programes ATDOM. Font: CatSalut, 2016

La Unitat d'Informació del CatSalut indica que:

- L'any 2016 es van notificar 22.043 nous casos a l'AD (38,8% homes i 61,2% dones).
- El nombre de casos a l'AD en algun moment de 2016 va ser de 96.832 (31,9% homes i 68,1% dones).
- El nombre de casos prevalents el 31/12/2016 va ser de 77.848 (29,7% homes i 70,3% dones).
- La despesa sanitària d'aquestes persones se situa de mitjana en els 4.757 euros anuals, gairebé cinc vegades més que la despesa per capita de la població catalana. La despesa principal d'aquestes persones s'origina pels ingressos hospitalaris, que formen prop del 40% de la despesa global.
- S'observa una variabilitat territorial considerable en la taxa de nous casos (vegeu la **figura 3.13**).

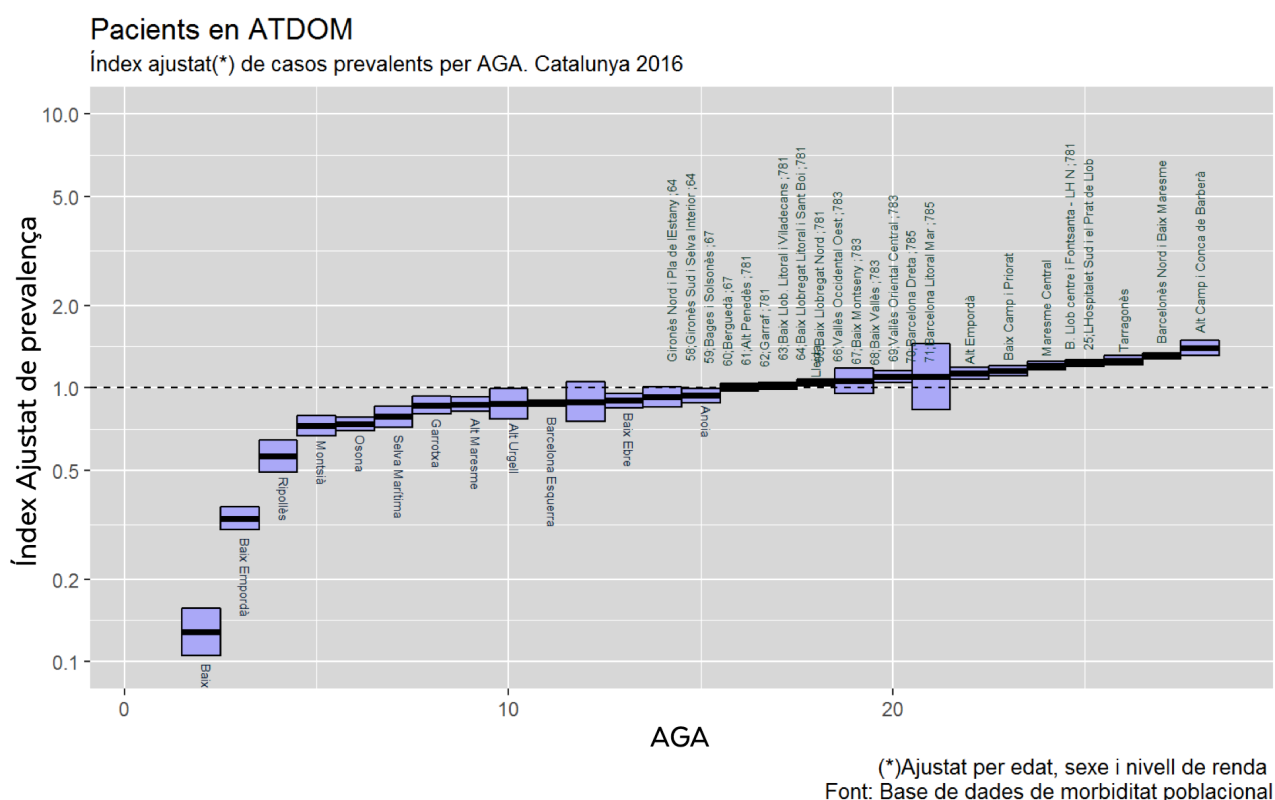


Figura 3.13. Índex ajustat de casos prevalents per àrea de gestió assistencial (AGA) de pacients en programes d'ATDOM a Catalunya. Font: CatSalut, 2016

En relació amb la utilització de recursos per part de les persones incloses en programes d'ATDOM es presenta la utilització de recursos sanitaris ambulatoris i d'internament (vegeu les **figures 3.14 i 3.15**).

Figura 3.14. Utilització de recursos de persones incloses en programa ATDOM a Catalunya. Font: CatSalut, 2016

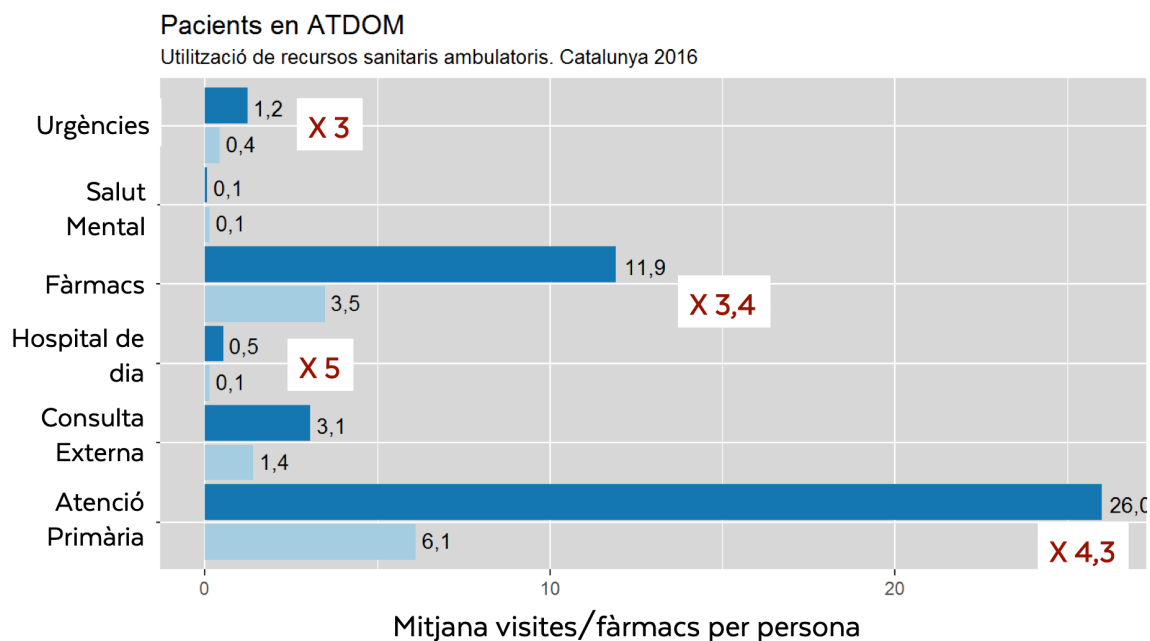
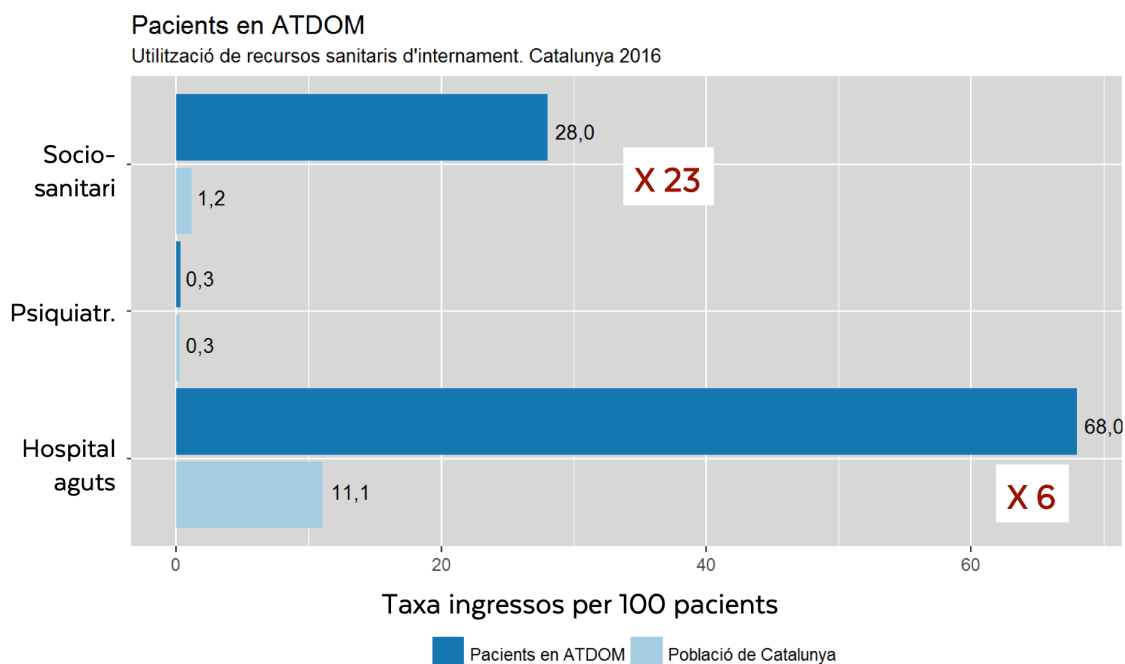


Figura 3.15. Utilització de recursos d'internament per part de persones en ATDOM a Catalunya. Font: CatSalut, 2016



Aquesta informació denota la complexitat de les persones ateses al domicili, i de la necessitat d'articular de forma adequada les intensitats d'atenció i la resposta oportuna.

3.2.3 Perfil de la població atesa pel programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES)

El Programa d'atenció domiciliària i equips de suport PADES està format per equips interdisciplinaris especialitzats en atenció pal·liativa amb una llarga trajectòria dins del sistema sanitari. **Principalment, ofereix assessorament i suport a l'AP en situacions de persones que necessiten cures pal·liatives i d'atenció al final de la vida.** Ofereix AD integral i interdisciplinària dirigida al control de símptomes, confort i benestar de la persona i del seu entorn cuidador.

En el gràfic següent es mostra la participació dels equips del PADES en l'atenció a una proporció important de persones amb malalties cròniques més enllà d'un perfil de pacients oncològics.

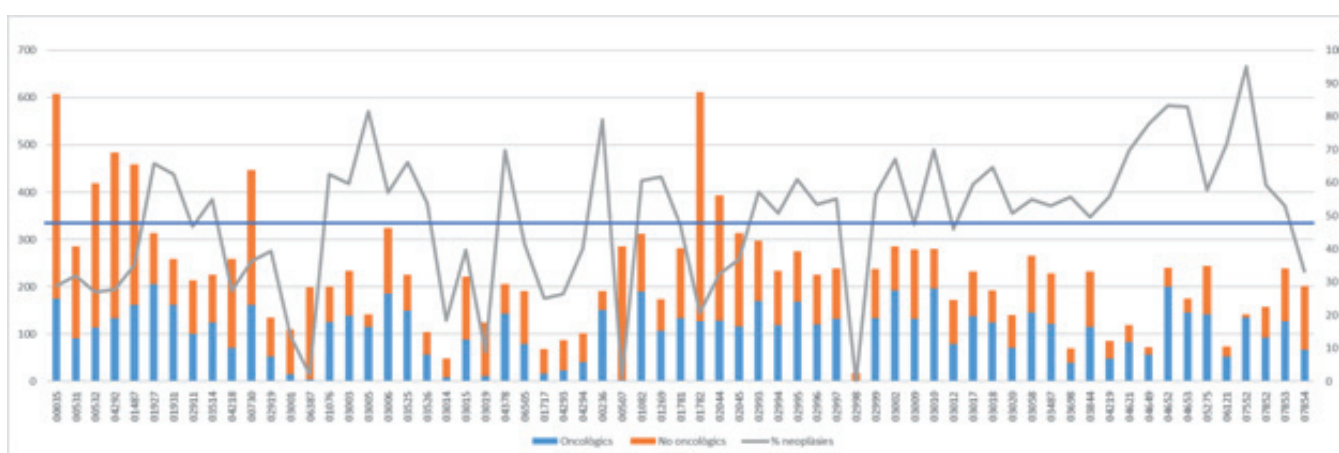


Figura 3.16. Nombre d'episodis i percentatge d'episodis oncològics per PADES. Catalunya, 2016. Font: CMBD-RS. Pla director sociosanitari

Els pacients no oncològics (en color taronja) progressivament van creixent, i en un nombre important dels equips del PADES representen més del 50% de la població atesa.

3.3 Prestació de serveis domiciliaris a Catalunya: serveis socials

La cartera de serveis socials determina el conjunt de prestacions de serveis, econòmiques i tecnològiques a l'entorn domiciliari.⁵

En sentit estricte, els serveis d'AD són: el SAD i el servei de les tecnologies de suport i cura.

Servei d'ajuda a domicili

La definició del servei d'ajuda a domicili (SAD) de la cartera de serveis socials indica que és un conjunt organitzat i coordinat d'accions que es realitzen bàsicament a la llar de la persona o la família, dirigides a proporcionar atencions personals, ajuda a la llar i suport social a aquelles persones o famílies amb dificultats de desenvolupament o d'integració social o manca d'autonomia personal. El servei d'AD pot complementar-se amb altres modalitats d'atenció.

Els requisits per accedir a aquest servei són els següents:

- a) Acreditació de la situació de necessitat, d'acord amb els articles 8, 9 i 10 i l'annex 2 del Decret 27/2003, de 21 de gener, de l'atenció social primària, i, també, d'acord amb la normativa específica del servei.
- b) Si és el cas, l'acreditació de la situació de dependència, per mitjà de la resolució emesa per l'òrgan de valoració corresponent, d'acord amb el Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència que estableix la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
- c) Si és el cas, el requisit de residència establert en la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
- d) Per a les persones estrangeres, els requisits establerts en la normativa vigent d'estrangeria i d'acollida i integració de les persones immigrades.
- e) Si és el cas, l'abonament del preu públic, d'acord amb la normativa tributària.
- f) La resta de requisits d'accés establerts en l'ordenament jurídic vigent.

En relació amb el servei de les tecnologies de suport i cura, constitueix una modalitat del servei d'AD, el qual, amb la tecnologia adequada, permet: detectar situacions d'emergència, donar una resposta ràpida a aquestes situacions i garantir la comunicació permanent de la persona amb l'exterior. Aquest servei es presta mit-

5. Font: Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. Disponible a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_dependencia/persones_cuidadores_no_professionals/

jançant el suport d'un equip de professionals i de les tecnologies més adequades; en concret, teleassistència (TLA) i telealarma. La funció és:

- Proporcionar un contacte permanent amb l'exterior i accés als serveis de la comunitat.
- Donar resposta de forma immediata en cas d'emergència.
- Donar seguretat i suport a la persona usuària i a la família.
- Evitar o endarrerir la institucionalització.
- Les altres funcions establertes per l'ordenament jurídic vigent.

Els requisits per accedir a aquest servei són els següents:

- a) L'acreditació de la situació de necessitat, d'acord amb els articles 8, 9 i 10 i l'annex 2 del Decret 27/2003, de 21 de gener, de l'atenció social primària.
- b) Per a les persones estrangeres, els requisits establerts en la normativa vigent d'estrangeria i d'acollida i integració de les persones immigrades.
- c) La resta de requisits d'accés establerts en l'ordenament jurídic vigent.

En un sentit més ampli, podem esmentar com a serveis i prestacions de la cartera de serveis socials que tenen relació amb l'AD:

El servei bàsic d'atenció social

El servei de suport als serveis socials bàsics el formen serveis i programes que, tenint la naturalesa de serveis socials, poden complementar altres prestacions de serveis socials bàsics de la cartera de serveis socials. L'entitat titular ha de justificar en cada cas el contingut mínim de la prestació, i especificar l'objecte i les funcions del servei, la població destinatària, la forma de prestació, els perfils i les ràtios de professionals, els estàndards de qualitat i els criteris d'accés. Aquesta justificació ha de ser validada pel departament de la Generalitat competent en matèria de serveis socials, atenent criteris de viabilitat, eficàcia, eficiència, qualitat i sostenibilitat, i d'acord amb allò establert a la disposició addicional vuitena.

SERVEIS DE PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL

En el marc del sistema de serveis socials, cal destacar els serveis de promoció de l'autonomia personal. Aquests serveis tenen com a finalitat desenvolupar i mantenir la capacitat personal de controlar, afrontar i prendre decisions sobre com viure d'acord amb les normes i les preferències pròpies i facilitar l'execució de les activitats de la vida diària. Les actuacions que es poden dur a terme en el marc d'aquests serveis faciliten el manteniment de l'autonomia personal i de la persona al seu domicili. Són serveis que encaixen plenament en el marc de la Llei catalana de promoció de l'autonomia personal, que està en fase de desenvolupament, així com en serveis de l'entorn domiciliari.

Les actuacions que es poden dur a la pràctica en el marc d'aquests serveis són les següents:

- Assessorament, orientació, assistència i formació en tecnologies de suport i adaptacions que contribueixin a facilitar la realització de les activitats de la vida diària.
- Habilitació i teràpia ocupacional.
- Atenció primerenca.
- Estimulació cognitiva.
- Promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional.
- Habilitació psicosocial per a persones amb malaltia mental o discapacitat intel·lectual.
- Suports personals, atenció i cures en allotjaments de suport a la inclusió comunitària.

Hi ha serveis que es presten ja actualment, com el d'atenció precoç o els sociosanitaris de llarga estada, que s'inclouen com a serveis de promoció de l'autonomia personal. Tanmateix, des del DTSF actualment es duen a terme iniciatives pilot de serveis d'estimulació cognitiva, de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia personal, així com assessorament en tecnologies de suport i adaptacions, amb la finalitat d'oferir aquests serveis a les persones en situació de dependència.

Normativa de referència:

- Llei 39/2006 de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
- Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011.
- Reial decret 1051/2013, de 27 de desembre, pel qual es regulen les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, establertes a la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
- Reial decret 291/2015, de 17 d'abril, pel qual es modifica el Reial decret 1051/2013, de 27 de desembre, pel qual es regulen les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, establertes a la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

3.3.1 Cobertura de l'AD per part de serveis socials

Es presenta un recull de l'activitat i la cobertura dels principals serveis de la cartera de serveis del DTSF que es presten a l'entorn domiciliari.

Taula 3.4. Relació de les principals fonts d'informació de serveis a l'entorn domiciliari

Font	URL
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. 2016 i 2017. Mapa de serveis socials de Catalunya ⁶	http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/O3ambits_tematicas/15serveissocials/estadistiques/mapa_serveis_socials/2017/Persones_dependencia.pdf
Cercles de Comparació Intermunicipal. <i>Benchmarking</i> de la Diputació de Barcelona	https://www.diba.cat/es/web/menugovernlocal/ci
Memòria del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies 2016	http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/O1departament/O7memories/2016/Memoria_DTSF_2016_gener18.pdf

Tot seguit, es presenta la informació segons les fonts d'informació.

Taula 3.5. Serveis d'AD: població atesa i cobertura

Població atesa	Població de referència	Total de persones ateses	Taxa de cobertura
SAD. Hores d'atenció, persones usuàries i taxes de cobertura de ≥ 65 anys i ≥ 85 anys	1.379.277 (≥ 65 anys) 220.626 (≥ 85 anys)	72.680 (total) 58.897 (65 anys i més) 25.740 (≥ 85 anys)	4,27% (≥ 65 anys) 11,67% (≥ 85 anys)
Servei de les tecnologies de suport i cura. Persones ateses de ≥ 65 anys, taxes de cobertura de 65 a 84 anys i ≥ 85 anys	1.379.277 (≥ 65 anys) 220.626 (≥ 85 anys)	191.645 (total) ⁷ 98.194 (de 65 a 84 anys) 88.529 (≥ 85 anys)	8,47% (de 65 a 84 anys) 40,13% (≥ 85 anys)

Segons el mapa de serveis socials publicat el 2017, el 2016 es van gestionar 8.512.933 hores de SAD i la mitjana d'hores anuals per persona usuària va ser de **117 hores**.

6. Inclou: informació procedent de les àrees bàsiques de serveis socials, mitjançant el Registre Unificat de Dades dels Ens Locals (RUDEL). Inclou informació agregada de persones ateses pel SAD social i el SAD de dependència.

7. Servei de les tecnologies de suport i cura. Serveis, llars ateses i persones usuàries: va tenir 168.191 llars ateses durant el 2016.

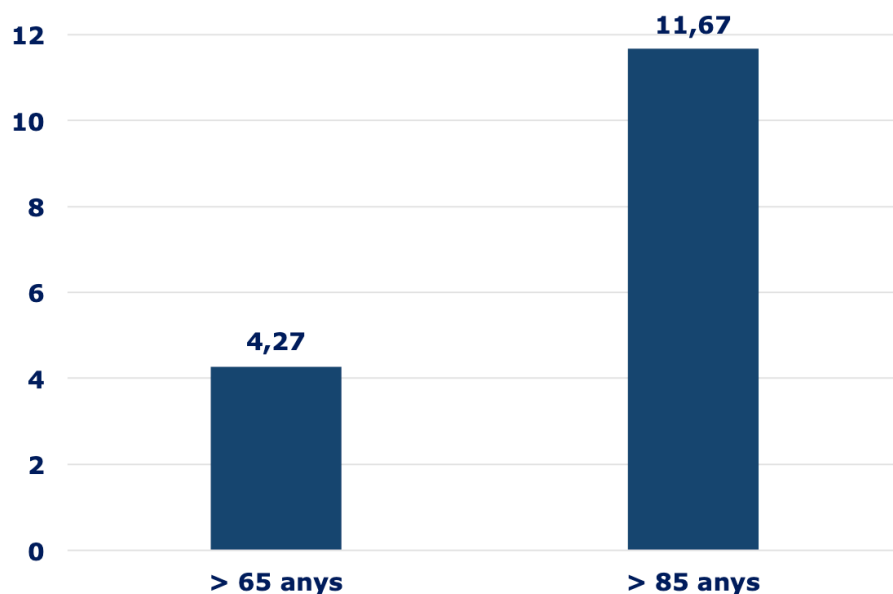


Figura 3.17. Serveis d'AD. SAD. Font: informació procedent de les àrees bàsiques de serveis socials (ABSS), mitjançant el Registre Unificat de Dades dels Ens Locals (RUDEL). Inclou informació agregada de persones ateses pel SAD social i el SAD de dependència. 2016

Taula 3.6. Persones en situació de dependència. Font: DTSE, 2017

	Població de referència	Població atesa	Taxa de cobertura
Persones beneficiàries	7.555.830	160.891	2,1%
0-18 anys	1.469.771	7.994	0,5%
80 anys o més	455.063	89.883	19,8%

Taula 3.7. Cobertura de persones amb servei de TLA. Font: DTSE, 2017

Persones usuàries de TLA	188.500	2,9%
Edat (mitjana)	83 anys	
Viuen soles	50%	
Usuàries de dispositius de seguretat (febrer de 2018)	23.200	0,4%

Taula 3.8. Cobertures de SAD, TLA i prestació econòmica de persones amb dependència. Font: Mapa de serveis socials de Catalunya. DTSE, 2017

PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA	Població de referència	Població atesa	Taxa de cobertura
SAD per dependència > 65 anys	1.399.274	27.071	1,93%
TLA a persones > 65 anys	1.399.274	18.240	1,3%
Prestació econòmica per a persones amb dependència vinculada al SAD	1.399.274	2.788	0,19%

Taula 3.9. Cobertura de persones amb servei de SAD i TLA.Font: Diputació de Barcelona, 2016⁸

Hores/mes de SAD de dependència	12
Hores/mes de SAD social	6,3
Percentatge de persones usuàries del SAD per dependència	51,3%
Percentatge de persones usuàries del SAD per situació social	53,7%
Percentatge de persones usuàries del SAD o de TLA exemptes de copagament	58,2%
Temps mitjà (dies) entre l'aprovació de la sol·licitud i la prestació del SAD social	10
Temps mitjà (dies) entre l'aprovació de la sol·licitud i la prestació del SAD de dependència	13
Temps mitjà (dies) entre la sol·licitud i la prestació de TLA	53
Percentatge d'hores de prestació directa amb personal propi sobre el total d'hores d'atenció directa	10,1%
Mitjana anual de preu/hora de compra de SAD externalitzat (€)	15,91

Segons la informació publicada per la Diputació de Barcelona, procedent de l'Informe anual d'indicadors del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials corresponent a l'any 2016, la cobertura de TLA va ser del 10,7% en persones de 65 anys o més, sobre el total d'habitants de **més de 65 anys**.

Taula 3.10. Actuacions de 2016 del DTSF en col·lectius. Font: DTSF, 2017

Habitatges tutelats per a gent gran	1.062 places
Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar per a persones amb discapacitat	1.544 persones beneficiàries
Programa "Viure en família" per a persones amb discapacitat i trastorn mental (mitjana mensual)	
1. Infants i adolescents	20
2. Adults amb discapacitat	464
3. Persones amb trastorn mental	918
Infants i adolescents en situació de risc	19.460
Risc greu amb compromís socioeducatiu	2.858
Risc greu sense compromís socioeducatiu	2.468
Infants atesos pel Programa de suport a les famílies extenses	1.679
Famílies ateses pel Programa de suport terapèutic a famílies biològiques	272

8. Font: <https://www.diba.cat/es/web/menugovernlocal/ci>

Taula 3.11. Actuacions de l'any 2016 d'accessibilitat, supressió de barreres i autonomia personal. Font: DTSF, 2017

Habitatge	1.210
Productes de suport	1.488
Transport	64
Comunicació	361
Gossos d'assistència	249
Actuacions dels centres d'autonomia personal	9.770
Persones i familiars	5.417
Professionals	3.898
Proveïdors	455

3.3.2 Resposta a situacions d'urgència

Convé tenir en compte que, sovint, les situacions de crisi de persones amb AD o situació de complexitat s'activen mitjançant els serveis de TLA. És un servei d'alt interès pel que fa a la seva incorporació en el model d'AI, ja que és un recurs molt utilitzat i també, com s'ha dit, perquè és la porta d'entrada de moltes de les situacions de crisi que requereixen una atenció per part del sistema de serveis socials i, en molts casos, la intervenció del sistema sanitari.

A continuació es presenten els resultats de l'estudi dut a terme pel Servei de Tele-assistència de l'Ajuntament de Barcelona en relació amb les situacions d'urgència social durant l'any 2017.

Característiques de les principals situacions d'urgència⁹

PERSONES GRANS SOLES O EN PARELLA

- Persones de 65 anys o més o de 55 anys o més. Parelles d'edats força avançades.

AMB POCA XARXA DE SUPORT

- Persones soles, sense família, amb solitud o aïllament.
- Parelles on un dels membres fa de persona cuidadora, sense família o amb poc suport familiar.
- Sovint es neguen a ser ateses pels serveis socials o qualsevol professional.

SUCCÉS PRECIPITANT

- Pèrdua d'autonomia sobtada o davallada de salut.
- Pèrdua sobtada de la persona cuidadora principal, èxitus o claudicació.
- Pèrdua de l'habitatge, l'habitació o la pensió.
- Alta de centre sociosanitari o hospital d'aguts i impossibilitat de retorn al domicili.

9. Font: Anàlisi del circuit d'atenció integrada de les situacions d'urgència de persones amb dependència. Servei de Teleassistència. Ajuntament de Barcelona, novembre de 2017.

MANCA D'AUTONOMIA O CAPACITAT DE DECISIÓ

- Necessitat d'atenció les 24 hores.
- Suport per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD).

FAMÍLIES DESBORDADES I DESORIENTADES

- Problemes per fer front a la nova situació d'atenció i cura del familiar i gran desconeixement de la xarxa de recursos de suport.

PROBLEMES DE SALUT

- Cures continuades per malalties cròniques que provoquen manca d'autonomia.
- Malalties d'SM, síndrome de Diògenes, malalties neurodegeneratives.
- Consums de tòxics.

PROBLEMES D'HABITATGE

- Pèrdua de l'habitatge per desnonament, pèrdua de l'habitació rellogada o la pensió, incendi, esfondrament, etc.
- Manca d'habitabilitat (manca de salubritat, humitats, ruïnes, infrahabitatge, etc.).
- Problemes d'accessibilitat, barreres arquitectòniques (manca d'ascensor, escales, etc.).

VULNERABILITAT ECONÒMICA O INCAPACITAT PER GESTIONAR ELS RECURSOS

- Ingressos insuficients, sense estalvis o incapacitat per gestionar els recursos econòmics o patrimonials.

SITUACIONS DE MALTRACTAMENTS

- Casos en què es fa necessari protegir la persona, separant-la de la persona maltractadora.

SITUACIONS ADMINISTRATIVES IRREGULARS

- Persones sense permís de residència, amb dependència per a les ABVD o les AIVD, que no compleixen requisits per acollir-se als recursos de dependència.

Principals problemes per donar resposta a les situacions d'urgència¹⁰

- Dificultats per identificar el PR del cas.
- Dificultats de coordinació entre professionals.
- Delegació de les famílies de la problemàtica als professionals.
- Problemes per realitzar una atenció centrada en la persona a urgències.
- Dificultats d'accés al Servei d'Atenció a Urgències Socials per part dels professionals de salut.
- Procediments lents i complexos.
- Estàndards de temps limitat en recursos d'atenció intermèdia.

10. Font: Anàlisi del circuit d'atenció integrada de les situacions d'urgència de persones amb dependència. Servei de Teleassistència. Ajuntament de Barcelona, novembre de 2017.

- Urgència generada per l'alta del recurs sanitari.
- Recursos limitats i poc flexibles (hores de SAD insuficients, etc.).
- Dificultats d'accés a places residencials amb finançament públic.

Aquest estudi apuntala encara més la necessitat d'un programa d'atenció integrat a l'entorn domiciliari articulat a escala territorial.

3.4 Suport a l'entorn familiar i la persona cuidadora

Des del DTSF, es promouen diverses actuacions adreçades al suport físic i/o emocional i de caràcter formatiu per atendre les necessitats de les persones cuidadores no professionals.¹¹ Cal tenir en compte que la responsabilitat de tenir cura d'una persona dependent pot ocasionar un esgotament físic i emocional més o menys continuat. Per proporcionar a la persona amb dependència una atenció òptima és necessari que la persona cuidadora no professional mantingui el seu equilibri personal i rebi suport per desenvolupar la seva tasca en les millors condicions possibles.

El DTSF ofereix acompanyament a les persones cuidadores no professionals en situacions de dificultat, ja siguin de la família o no, basat en l'atenció, l'orientació, l'assessorament i la formació per part de professionals, per mitjà del servei de suport als familiars cuidadors i altres persones cuidadores no professionals.

En relació amb les persones cuidadores no professionals, són persones que poden tenir cura d'un familiar, amic o amiga, o veí o veïna en situació de dependència i que realitzen una tasca no burocratitzada ni professionalitzada que es produeix en l'àmbit privat domèstic.

En aquest context, s'anomena **persona cuidadora informal o no professional** aquell familiar o aquella persona que atén de forma continuada una persona en situació de dependència i amb la qual està vinculada afectivament. Les persones amb grau de dependència reconegut segons la Llei 39/2006 poden optar a la prestació de persona cuidadora de l'entorn familiar en el seu pla individual d'atenció (PIA). En aquest cas, i entre d'altres, serà necessari que la persona cuidadora no professional sigui un familiar fins al tercer grau de parentiu i que convisqui amb la persona en situació de dependència.¹²

11. Font: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_dependencia/persones_cuidadores_no_professionals/

12. Font: Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_dependencia/persones_cuidadores_no_professionals/

S'entén per *persona cuidadora principal* aquella persona que dedica una gran part del seu temps, mesurat en hores per dia, a tenir cura d'una persona dependent i que ha dut a terme les tasques pròpies de persona cuidadora almenys durant sis setmanes.

Pel que fa a la formació de les persones cuidadores de l'entorn familiar, el DTSF acredita diverses accions formatives en contingut i durada.

Cursos bàsics acreditats: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/10dependencia/persones_cuidadores/pdf/cursos_acreditats.pdf

Cursos monogràfics acreditats: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/10dependencia/persones_cuidadores/pdf/formacio_monografica_dep.pdf

S'acredita una formació bàsica amb uns continguts que estan homologats per a totes les comunitats autònomes i que són la base per a la formació de les persones cuidadores de l'entorn familiar que tenen cura d'una persona en situació de dependència i que rep la prestació de persona cuidadora no professional. Aquesta formació, com a mínim, té una durada de 25 hores. El format de la formació pot ser presencial, semipresencial o virtual.

També s'acredita una formació monogràfica amb una durada mínima de 10 hores. Aquesta activitat, més concreta en diferents temàtiques, ofereix una formació continuada a les persones cuidadores de l'entorn familiar que ja han fet la bàsica, si bé també es pot oferir directament a persones que no han passat per la formació bàsica (l'itinerari recomanable seria la formació bàsica i, posteriorment, la formació monogràfica en funció de la necessitat de les persones).

3.5 Normativa de referència aplicable als serveis d'AD a Catalunya

Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases del règim local¹³

Els articles 25.2.e) i 26.1.c) de la Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases de règim local, i els articles 66.3.k) i 67.c) del Decret legislatiu 2/2003, de 28 d'abril, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya, configuren els serveis socials com un servei mínim de prestació obligatòria en els municipis de més de 20.000 habitants.

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials¹⁴

L'article 31 de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (DOGC núm. 4990, de 18 d'octubre de 2007), en endavant LSS, estableix com a competències dels municipis, entre d'altres, la de crear i gestionar els serveis socials necessaris, tant propis com delegats per altres administracions, d'acord amb la Cartera de Serveis Socials i el pla estratègic corresponent i la de complir les funcions pròpies dels serveis socials bàsics.

Els articles 14 i 15 de l'esmentada llei estableixen que el sistema públic de serveis socials és integrat pel conjunt de recursos, prestacions, activitats, programes, projectes i equipaments destinats a l'atenció social de la població i que s'organitza en forma de xarxa per treballar en coordinació, en col·laboració i amb el diàleg entre tots els actors que intervenen en el procés d'atenció a les persones, i s'estructura en serveis socials bàsics i en serveis socials especialitzats.

D'altra banda, l'article 16 determina que els serveis socials bàsics són el primer nivell del sistema públic de serveis socials i la garantia de més proximitat als usuaris i als àmbits familiar i social i que s'organitzen territorialment i estan dotats d'un equip multidisciplinari que ha de fomentar el treball i la metodologia interdisciplinària, integrat pel personal professional necessari per al compliment de les seves funcions. Els serveis socials bàsics inclouen els equips bàsics, els SAD i els serveis de TLA i els serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents.

A l'article 17 s'estableixen les funcions dels serveis socials bàsics i, entre elles, en destaca la de prestar SAD, TLA i suport a la unitat familiar o de convivència, sens perjudici de les funcions dels serveis sanitaris a domicili.

13. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-5392>

14. http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=415692

L'article 20 de la LSS expressa que són prestacions del sistema públic de serveis socials les actuacions, les intervencions tècniques, els programes, els projectes, els mitjans i les ajudes econòmiques i tecnològiques, que s'ofereixen a persones i que es destinen a complir les finalitats que estableix l'article 3 de la llei esmentada. Les prestacions del sistema públic de serveis socials poden ésser de servei, econòmiques o tecnològiques.

L'article 34 de la LSS estableix que les ABSS són la unitat primària de l'atenció social als efectes de la prestació dels serveis socials bàsics. L'ABSS s'organitza sobre una població mínima de vint mil habitants, prenent com a base el municipi. L'ABSS ha d'agrupar els municipis de menys de vint mil habitants. En aquest cas, la gestió correspon a la comarca o a l'ens associatiu creat especialment amb aquesta finalitat. Els municipis de més de vint mil habitants poden tenir més d'una ABSS, en funció del nombre d'habitants i de les necessitats socials.

Pel que fa al finançament dels serveis socials bàsics, l'article 62 de la LSS disposa que els ajuntaments i l'Administració de la Generalitat comparteixen el finançament dels serveis socials bàsics, incloent-hi els equips de serveis socials, els programes i projectes, el SAD i els altres serveis que es determinin com a bàsics. Sens perjudici que els serveis socials bàsics han de tendir a la universalitat i la gratuïtat, la persona usuària pot haver de copagar el finançament de la TLA i dels SAD.

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya¹⁵

Aquesta llei té per objectiu ordenar el sistema sanitari públic, d'acord amb els principis d'universalització, integració de serveis, simplificació, racionalització, eficàcia i eficiència de l'organització sanitària, concepció integral de la salut, descentralització i desconcentració de la gestió, sectorització de l'atenció sanitària i participació comunitària.

Es pretén racionalitzar i coordinar els recursos sanitaris existents que permetin una atenció més elevada i més eficaç la salut de la ciutadania. Així, el Servei Català de la Salut s'estructura de forma desconcentrada per mitjà de les RS, les quals es delimiten atenent els factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics, i es doten d'un ampli ventall de competències pròpies.

Les RS s'ordenen en sectors sanitaris, òrgans igualment desconcentrats, per mitjà dels quals es desenvolupen les activitats de prevenció de la malaltia, promoció de la salut, salut pública, i l'assistència sanitària i sociosanitària en el seu nivell d'AP, així com les especialitats mèdiques de suport i referència d'aquesta, coordinadament amb el nivell de l'atenció hospitalària.

A la vegada, els sectors sanitaris estan formats per un conjunt d'ABS, unitats territorials elementals on es presten, per mitjà del centre d'atenció primària, principalment, i mitjançant fórmules de treball en equip, actuacions relatives a la salut pública i la promoció, la prevenció, la curació i la rehabilitació de la salut individual

15. http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=48426

i col·lectiva de la població, de manera plenament integrada i més pròxima a la persona usuària.

Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública¹⁶

Aquesta llei té per objecte l'ordenació de les actuacions, les prestacions i els serveis en matèria de salut pública en l'àmbit territorial de Catalunya per garantir la vigilància de la salut pública, la promoció de la salut individual i col·lectiva, la prevenció de la malaltia i la protecció de la salut, impulsant la coordinació i la col·laboració dels organismes i les administracions públiques implicats dins de llurs àmbits competencials. Regula també les prestacions de salut pública, enteses com el conjunt d'iniciatives organitzades per les administracions públiques per preservar, protegir i promoure la salut de les persones, en l'àmbit individual i col·lectiu, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública.

Entre les diferents prestacions en matèria de salut pública destaquem: la vigilància de la salut pública, per tenir actualitzada l'anàlisi de la situació de la salut de la població amb un nivell mínim de desagregació territorial i la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia i dels seus factors de risc, amb una atenció preferent per les que es desenvolupen en l'àmbit de la salut comunitària.

Llei 7/2003, de 25 d'abril, de protecció de la salut¹⁷

Aquesta llei té per objecte l'ordenació de les activitats i els serveis de protecció de la salut, per garantir i fer efectiu el màxim grau de protecció de la salut, i entre els seus principis informadors destaquen el de la concepció global i integrada dels serveis de protecció de la salut, el foment i la millora de la qualitat d'aquests, la descentralització i la desconcentració de la gestió i l'equitat, i la superació de les desigualtats territorials i socials.

Decret 27/2003, de 21 de gener, de l'atenció social primària¹⁸

Aquesta norma (DOGC núm. 3815, de 5 de febrer de 2003), regula l'atenció social primària per garantir un nivell d'equitat quant a l'accés, de qualitat del servei i d'equilibri territorial. L'article 3, relatiu als principis bàsics d'actuació dels serveis socials d'atenció social primària, estableix que aquests han de constituir el punt d'accés més proper a les persones i als seus àmbits familiar i social.

Es determina que té com a àmbit territorial de la seva actuació l'ABSS, de la qual és competent l'administració local corresponent, i la seva missió és atendre les necessitats socials més immediates, generals i bàsiques de les persones, famílies o grups, i contribuir a la prevenció de les problemàtiques socials, i a la reinserció i

16. http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=532871&action=fitxa

17. Font: http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?documentId=303061&language=ca_ES&action=fitxa

18. http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?documentId=308822&language=ca_ES&action=fitxa

integració social de les persones en situació de risc social d'exclusió. La seva actuació ha de ser integral i estar orientada a les necessitats de les persones i basar-se en els principis de normalització, de globalitat, d'integració, d'igualtat i de participació. Finalment, es caracteritza l'atenció social primària per fer accessibles a les persones els serveis, prestacions i activitats de l'atenció social primària, garantir la transparència i la qualitat, ser eficients i promoure la dignitat i el respecte als drets humans.

L'article 7.4 del Decret disposa que correspon als consells comarcals, en aquelles ABSS formades per més d'un municipi, l'exercici de les funcions de programació, zonificació, ubicació, prestació i gestió dels serveis socials d'AP, com també de coordinació dels serveis socials d'AP del sector públic i privat d'acord amb les normes de coordinació dictades pel Govern de la Generalitat, i de suport informatiu, d'avaluació i estadística a les tasques ordenadores i planificadores de la Generalitat.

A l'article 11, sobre els drets de les persones usuàries, reconeix a la ciutadania el dret a una atenció personalitzada, a la prestació d'un servei de qualitat i a una atenció urgent en els casos i les situacions que no puguin esperar el torn ordinari d'atenció.

A l'article 13.3 estableix que tant si els serveis es presten en forma de gestió directa o indirecta, l'ens local, com a administració pública responsable del servei, ha de garantir la qualitat i l'eficàcia del servei.

Finalment, a l'article 15.4, estableix que per garantir l'equitat i millorar la qualitat en la prestació dels serveis socials d'AP en les àrees bàsiques, el departament competent en serveis socials ha d'elaborar, conjuntament amb els ens locals, protocols indicatius d'actuació per a la gestió, la valoració i el seguiment de cada tipus de servei social d'AP, i documents de bona praxi que han de servir de guia per als professionals i les entitats.

Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya¹⁹

Aquesta norma (DOGC núm. 527, de 10/04/1985), preveu la delimitació d'un marc territorial que permeti una sectorització operativa de la xarxa assistencial; la integració i coordinació entre els diferents estaments del personal sanitari i entre els diversos nivells assistencials, i l'assumpció d'activitats de promoció de la salut, atenció psicosocial i rehabilitació, elements tots ells que coadjuvaran en el necessari apropament del sistema sanitari a l'usuari. Estableix entre les funcions dels EAP la prestació de l'atenció sanitària individual i col·lectiva en règim ambulatori, domiciliari i d'urgència de la població adscrita a l'equip d'atenció, en coordinació amb els serveis d'especialitats mèdiques del sector.

19. Font: article 9.1. http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=240562&language=ca_ES

Ordre de 6 de maig de 1990, d'aprovació del Reglament Marc de funcionament dels equips d'atenció primària²⁰

Aquesta norma (DOGC núm. 1309, de 25/06/1990), estableix el model d'assistència primària fins ara vigent, basat en els criteris d'accessibilitat i continuïtat dels serveis i de coordinació amb els restants nivells d'atenció, com també d'integració de les activitats curatives, preventives i de promoció de la salut adreçades tant a l'individu com a la comunitat. Dedica la seva secció 3 a l'atenció domiciliària, i considera AD l'atenció que presta qualsevol professional sanitari de l'EAP als domicilis, tant en règim espontani, en resposta a les demandes de la població, com en règim programat. Aquesta atenció pot ser prestada per qualsevol professional sanitari de l'equip, segons el motiu de la demanda, i correspon a cada equip la seva organització i distribució específica, i dona resposta a les necessitats d'atenció immediata i d'atenció continuada. Cada equip programa les visites de les persones que requereixin un seguiment assistencial o preventiu al domicili, en el marc de les funcions de salut comunitària.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència²¹

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299, de 15 de desembre de 2006), regula l'àmbit de la qualitat en els articles 34 i 35. Estableix que, respectant el marc competencial de les comunitats autònomes i en l'àmbit del Consell Territorial, s'establiran criteris comuns d'acreditació i plans de qualitat per al conjunt del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

A partir de l'aprovació de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, la qualitat ha passat a ser una qüestió normativament prioritària per a tot el sistema de serveis socials. En aquest sentit, en el seu article 82 es destaca que la qualitat és un principi rector del sistema de serveis socials i un dret de les persones usuàries.

Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011²²

La Cartera de Serveis Socials, aprovada pel Decret 142/2010, d'11 d'octubre, per al període 2010-2011 i prorrogada per la Llei 4/2017, del 28 de març, de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2017 (disposició addicional 31), determina el conjunt de prestacions de serveis, econòmiques i tecnològiques de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública i és l'instrument que assegura l'accés a les prestacions garantides de la població que les necessiti.

20. Font: articles del 22 al 25. http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=72552

21. <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

22. http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/ambits_tematicos/serveis_socials/25segonacartera/carterass.pdf

Aquesta norma defineix cada tipus de prestació, així com la població a qui va dirigida, l'establiment o equip professional que l'ha de gestionar, els perfils i les ràtios de professionals, els estàndards de qualitat i els criteris d'accés.

En aquest sentit, es determina que la Cartera de Serveis Socials té com a destinàries les persones que es troben en situacions amb necessitat d'atenció especial, entre d'altres, les persones amb dependència o discapacitat, amb trastorn mental, amb drogodependència i altres addiccions, la violència i delinqüència juvenil, o les sotmeses a mesures d'execució penal, vulnerabilitat, risc o dificultat social per a la gent gran, la infància i l'adolescència, exclusió o urgència social, les víctimes de violència masclista, discriminació o pobresa.

Entre les tres tipologies de prestacions, es distingeix entre prestacions garantides, que es configuren com a dret subjectiu i per a les quals l'Administració ha d'habilitar els crèdits necessaris i les prestacions no garantides, subjectes a disponibilitat pressupostària i sotmeses en el seu atorgament a principis de prelación i concurrència.

Pel que fa a la forma de finançament, s'estableix que les prestacions socials són finançades per les administracions públiques, sens perjudici que a les prestacions de serveis no gratuïtes la persona beneficiària ha de participar del finançament, mitjançant copagament, per tal d'assegurar la sostenibilitat del sistema. Les prestacions de serveis no gratuïtes han de tenir establert un cost de referència, un mòdul social i el copagament. D'altra banda, les entitats locals també poden sotmetre a copagament la prestació de TLA i la prestació d'ajut a domicili.

Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)²³

Aquesta norma té l'objectiu d'avançar en la concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, pel que fa a la provisió dels serveis, de manera que inclogui totes les xarxes: de serveis d'internament (inclou la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), de serveis comunitaris i de transport sanitari.

La xarxa de centres i serveis sanitaris d'àmbit comunitari d'utilització pública de Catalunya inclou els centres d'AP de salut i els centres i serveis d'àmbit comunitari d'SM, inclosos els d'atenció a les drogodependències, i d'atenció sociosanitària, els centres de rehabilitació i els centres i serveis d'atenció especialitzada que prestin assistència sanitària a persones que pateixin malalties que, per raó de les seves característiques, gravetat o complexitat, no requereix ser prestada necessàriament pels centres d'internament.

23. http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=567359

Ordre BSF/130/2014, de 22 d'abril, per la qual s'estableixen els criteris per determinar la capacitat econòmica de les persones beneficiàries, modificada per l'Ordre TSF306/2016, de 7 de novembre (DOGC núm. 7249, de 17 de novembre de 2016)²⁴

En aquesta Ordre s'estableixen els criteris per determinar la capacitat econòmica de les persones beneficiàries de les prestacions de servei no gratuïtes i de les prestacions econòmiques destinades a l'atenció a la situació de dependència que estableix la Cartera de Serveis Socials, i la participació en el finançament de les prestacions de servei no gratuïtes.

Com es pot veure, la complexitat del marc normatiu és molt rellevant i cal harmonitzar les diferents iniciatives amb els diferents organismes implicats.

Finalment, cal tenir en compte que hi ha requeriments normatius derivats de la Llei de contractes, de la normativa relacionada amb la protecció de dades i dels convenis laborals dels treballadors i altres normatives que regulen i poden afectar el desenvolupament del servei.

24. <http://portaldogc.gencat.cat/utisEADOP/PDF/7249/1554328.pdf>

L'AI com a política pública emergent a Catalunya



El plantejament d'un model d'AI centrat en les necessitats de la persona, que s'ha de considerar des d'una visió de sistema, està avalat per l'evidència i el consens internacional que permeten afirmar que l'èxit en la lluita contra les desigualtats en salut i socials depenen de la capacitat dels països d'implementar polítiques d'AI, entre els serveis de salut i els serveis socials, tant des d'un enfocament poblacional com des de l'òptica de la seva implantació territorial. Al mateix temps, aquest model d'abordatge basat en l'atenció integral i integrada aporta garanties de sostenibilitat futura als sistemes de benestar social.

4.1 Pla de salut de Catalunya

El nou Pla de salut de Catalunya 2016-2020 ofereix grans oportunitats pel que fa al disseny d'un model d'AI a domicili, tant des de la vessant de transformació del model d'atenció en la línia estratègica d'atenció a la cronicitat, com en la vessant de polítiques interdepartamentals que, per primera vegada i de manera molt clara, es fa explícita. També ho és per a la proposta d'acció instrumental en àrees clau, com és el cas de l'agenda de salut digital i altres.



Figura 4.1. Avenços en AI i cronicitat. Font: Departament Salut, 2017

4.2 Pla estratègic de serveis socials

El nou Pla Estratègic de Serveis socials (PESS) 2020-2024 es un instrument orientat a l'acció que promourà el canvi per enfortir el Sistema Català de Serveis Socials (SCSS) com a un dels pilars de l'estat de benestar, i com a instrument de referència i eina de treball per als professionals i entitats.

El PESS busca cohesionar, agilitar, universalitzar i fer més efectiu el SCSS, i que garanteixi una atenció centrada en la persona i la seva interacció familiar i comunitària. Per aconseguir-ho s'ha d'articular i ordenar els serveis socials per superar la fragmentació i compartició actuals i desplegar un sistema d'informació, innovació, coneixement i recerca que promogui una ciutadania més apoderada i conscient del seus drets i deures.

D'acord amb el que preveu la Llei, el Departament TASF impulsa un procés participatiu amb la col·laboració de la Secretaria de Transparència i Govern Obert, per escoltar i incorporar en el document de bases del PESS, aportacions i expectatives dels agents socials implicats.

Està estructurat en 5 palanques de transformació.

En la missió de serveis socials, es proposa desenvolupar uns serveis tècnicament especialitzats en la prevenció i l'abordatge de situacions en què es puguin trobar totes les persones en diferents moments del seu cicle vital.

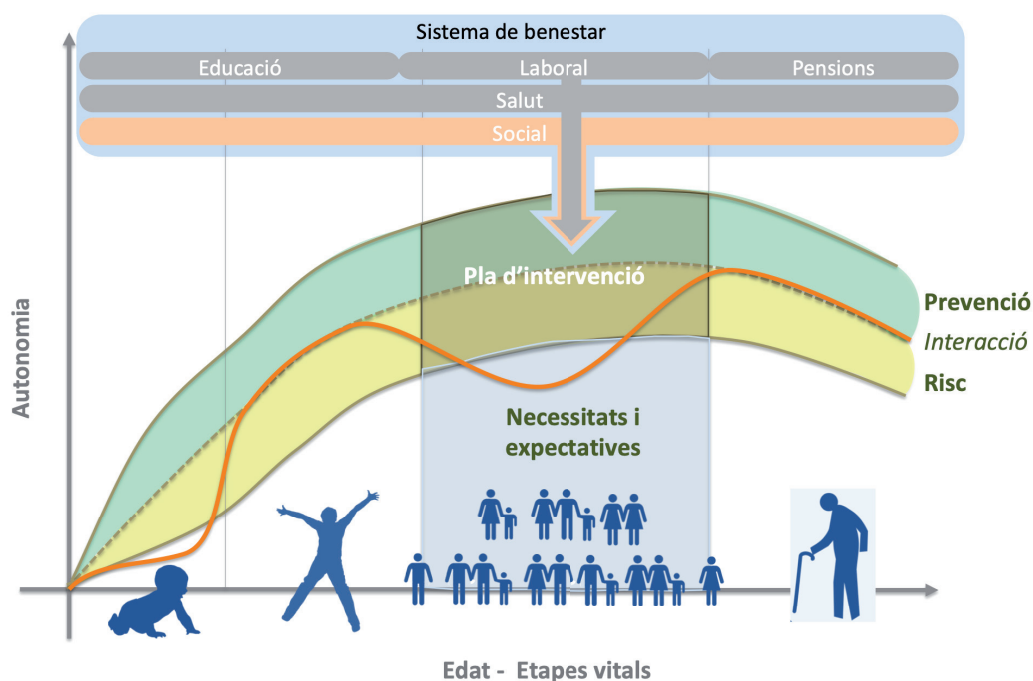


Figura 4.2. Atenció i suport al llarg de tot el projecte vital. Font: DTSF, 2017 (12)

Les característiques dels serveis socials han de ser:

- Serveis basats en la comunitat.
- Centrats en la persona.
- Basats en l'evidència.
- Tenen el suport de tecnologies avançades.
- Integrats verticalment i horitzontal.
- Generadors de sinergies entre agents.
- Capaços de gestionar diversitats.
- Preventius.
- Avaluable.
- Professionalitzats.
- Ètics.

L'objecte dels serveis socials: la interacció

El bé que cal protegir des dels serveis socials és la interacció entesa com l'auto-determinació, l'autonomia funcional i la vinculació tant en l'àmbit familiar com comunitari de la persona.

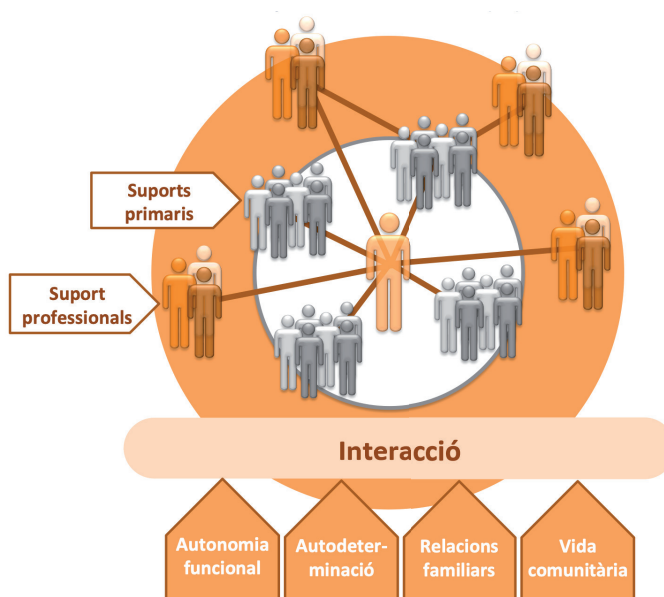


Figura 4.3. Interacció en l'acció social. Font: DTSF, 2017 (12)

Aquesta interacció fomenta la integració vertical i horitzontal entre els diferents organismes, entitats i professionals prestadors de serveis de la cartera de serveis socials.

És molt important incorporar elements clau com la vessant preventiva en el model d'atenció més enllà del component estrictament assistencial. La vessant preventiva ha d'estar present de manera molt clara, així com la part de relació amb l'entorn. No podem només veure la persona com un ens aïllat, sinó que s'ha de tenir en compte el seu entorn al domicili i a la comunitat on viu.

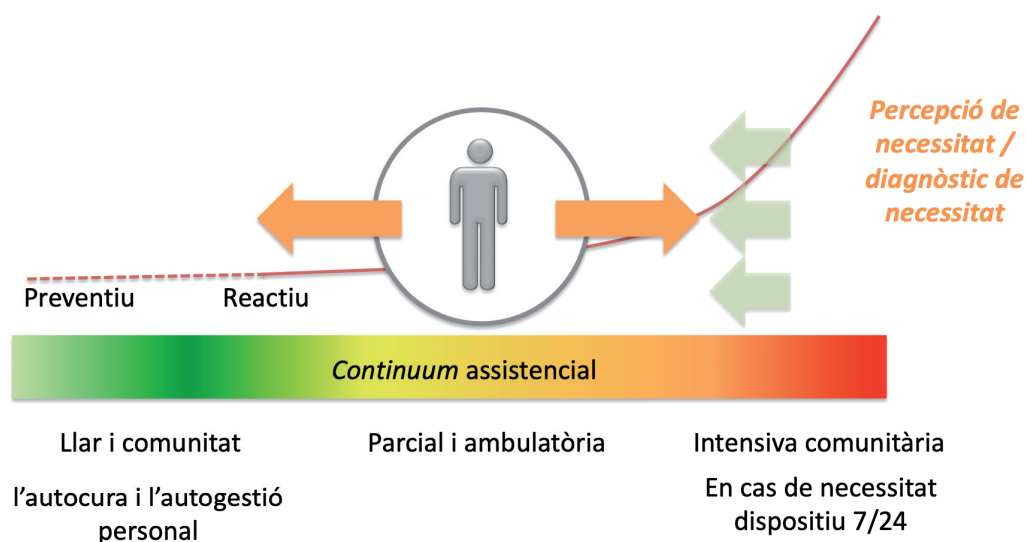


Figura 4.4. Continuum assistencial. Font: DTSF, 2017 (12)

També és molt important combinar la integració vertical amb la integració horitzontal. Són dinàmiques complementàries. Els serveis d'AP sanitaris i socials han de generar entorns d'AI amb els àmbits d'atenció especialitzada, però també fomentar una AI horitzontal entre l'àmbit sanitari i social i la comunitat.

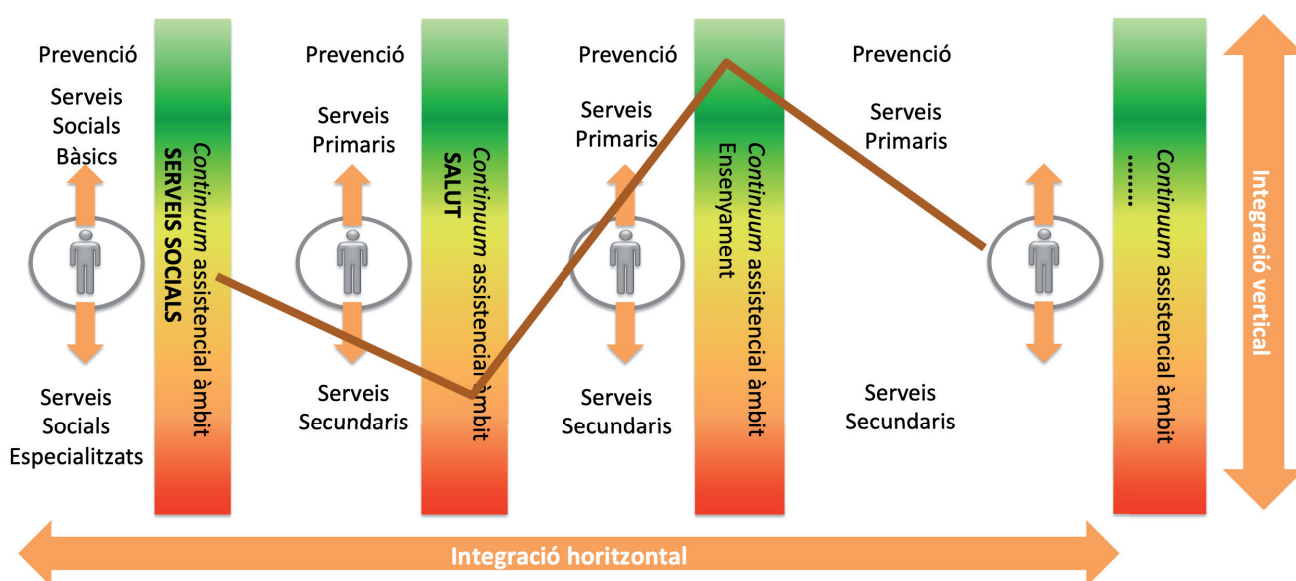


Figura 4.5. Integració horitzontal i vertical. Font: DTSF, 2017 (12)

L'AP i l'atenció secundària aporten el seu valor afegit, i això requereix uns nivells de coordinació elevats.

Cal un flux àgil per cobrir en tot moment les necessitats de la persona de manera ràpida. El sistema d'atenció (sanitari i social) s'ha de comportar amb proactivitat i amb una alta "capacitat de resposta" davant situacions de crisi. La situació de persones ateses a domicili pot canviar amb rapidesa i la resposta ha de ser ràpida i amb més capacitat resolutiva. Aquest és un exemple en situacions de pèrdua sobtada d'autonomia funcional que es dona en determinats processos sobrevinguts.

La integració intersectorial és necessària en la mesura que existeixen casos complexos en què les necessitats corresponents als diferents sectors es presenten de forma simultània i interrelacionada.

4.3 Pla d'atenció integrada social i sanitari (PAISS)

El PAISS vol ser l'instrument estratègic responsable de promoure a Catalunya la creació d'un ecosistema d'atenció integrada social i sanitària, que ha d'estar especialment enfocat a les necessitats de la població vulnerable i ha de donar respostes des d'una perspectiva d'atenció centrada en la persona.

Prioritzarà la promoció del benestar, l'apoderament i l'autonomia, que vetlli per que el projecte vital de les persones es pugui desenvolupar en el seu entorn familiar i social i que garanteixi l'accessibilitat i l'equitat, que sigui sostenible, i que faci èmfasi en la transparència i l'avaluació de les accions realitzades.

Dóna respostes específiques i realitza propostes concretes a les necessitats de les persones més vulnerables del sistema, que són aquelles amb dependència, problemes de salut crònics i necessitats d'atenció complexa, social i sanitària.

Promou la implicació, participació i co-creació de les persones, l'entorn cuidador i de tots els agents del sistema de salut i del sistema social en la priorització, desenvolupament, seguiment i avaluació de les propostes.

En aquest sentit, s'han identificat 9 línies estratègiques -del que se'n deriven x objectius específics i x accions tangibles, pragmàtiques i avaluable-, així com 4 elements transversals necessaris en les propostes d'integració de l'atenció (Figura 4.7).

Per a l'assoliment dels objectius esmentats, es compta tant amb el compromís a nivell de polítiques departamentals com amb la voluntat dels governs locals i els actors territorials

Elements com el lideratge sistèmic i el paper dels professionals resultarà decisiu en aquest procés que ha de fomentar les pràctiques col·laboratives i l'alineament dels objectius amb les persones.

L'impacte esperat es la millora dels resultats d'atenció des d'una quàdruple perspectiva:

- De salut i benestar de les persones ateses
- D'experiència d'atenció rebuda per part de les persones i famílies i/o entorn cuidador
- D'adequació de la utilització de recursos i d'eficiència
- D'experiència d'atenció prestada per part dels professionals

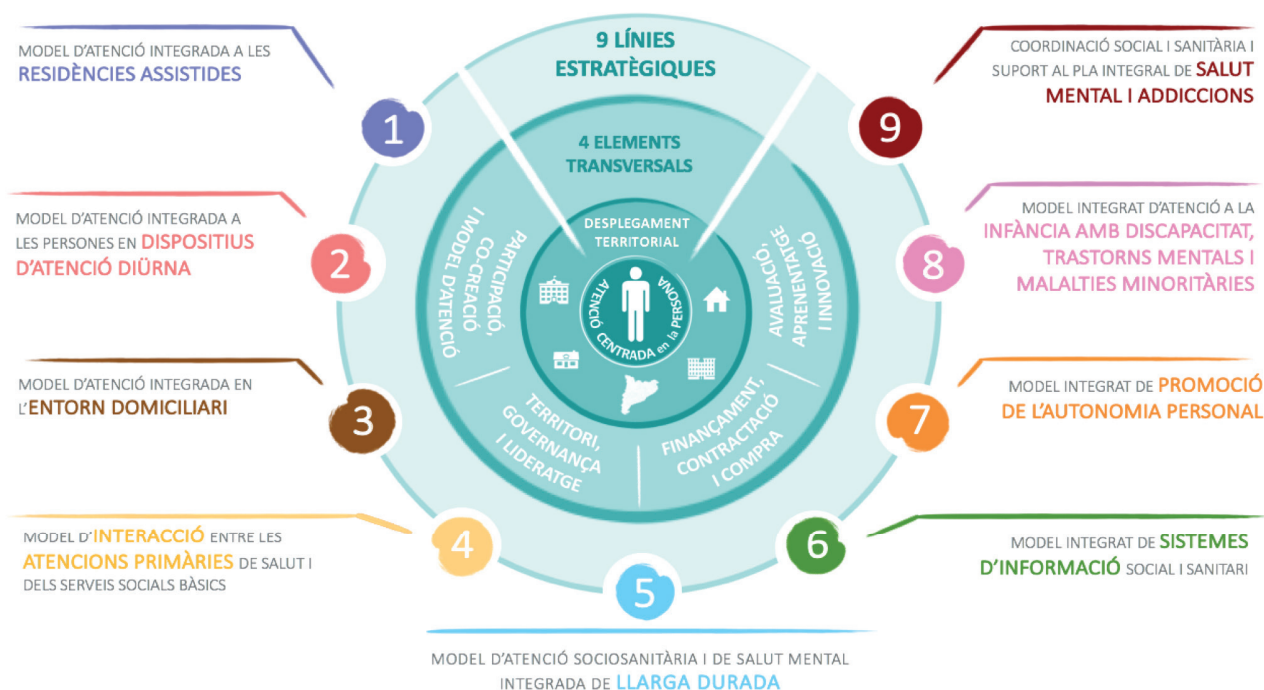


Figura 4.6. Eixos clau del PAISS 2017-2020

A continuació es presenten els principals referents paradigmàtics que sostenen aquesta proposta de treball conjunt del PAISS.

Taula 4.1. Referents paradigmàtics del PAISS

Referents paradigmàtics del PAISS	
Atenció centrada en la persona	<p>El paradigma de l'atenció centrada en la persona, per a totes les polítiques de benestar, fa imprescindible incorporar dimensions d'articulació de les estructures clàssiques assistencials de l'àmbit sanitari i social més complexes, caracteritzades per les intervencions compartimentades i la rigidesa, i els rols tradicionals d'alguns serveis, com els hospitalaris.</p> <p>L'atenció centrada en la persona es basa en el pas d'un model centrat en la malaltia cap a un model centrat en la persona, el seu entorn més proper, tenint en compte els seus valors, les seves vivències i experiències, en l'exercici de drets, independència i capacitat d'elecció, construint el procés sobre l'individu, i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció.</p>
Articulació horitzontal dels sistemes d'atenció	<p>Avui, la prioritat i la urgència és articular i coordinar transversalment i horitzontalment els abordatges especialitzats i les compartimentacions entre els àmbits.</p> <p>Aquesta integració transversal i horitzontal, però, no es pot plantejar com una substitució de la integració vertical. El valor aportat per aquesta orientació és massa valuós per renunciar-hi. Cal configurar un model, que doni respostes articulades entre elles per garantir una atenció coordinada. La integració no ha de ser orgànica, sinó que ha de maximitzar respostes articulades que s'adaptin als serveis ja existents, i gestionar la circulació i la transició entre els dos sistemes.</p>

Referents paradigmàtics del PAISS	
TERRITORI I GOVERN LOCAL	<p>L'escenari de la integració és el territori, i molt especialment en el sistema urbà, on es concentra un volum més alt de població. També hi ha el marc de les tecnologies de la informació, capaces d'operar simultàniament en la dimensió vertical i l'horitzontal; una virtut excepcionalment rellevant per l'AI que cal transferir al conjunt del sistema. És al territori on són les persones i on conflueixen tots els dispositius d'actuació dels diferents sistemes.</p> <p>En el territori és clau el govern local, exercit per diverses entitats com els ajuntaments, les mancomunitats, els consells comarcals i les diputacions provincials, el govern central territorialitzat, i de proximitat, com actors i escenari de treball. Els processos horitzontals de cooperació i professional, la governança d'aquests processos i d'aquests professionals, les eines de comunicació i avaluació i l'assignació de recursos han de ser territorials i locals. No obstant això, la integració només es pot fer efectiva en la persona i en el seu escenari vital.</p> <p>D'altra banda, el model d'AI ha de tenir un caràcter territorial, desplegat al voltant dels serveis de base comunitària, encara que ha de permetre treballar de manera integrada amb altres organitzacions que operen dins del mateix territori i que presenten serveis més especialitzats, per crear un autèntic ecosistema d'atenció integral i integrada. La implementació s'assumeix com un element central per mitjà de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida entre els agents que es fan càrrec de la governança en el territori i la resta de serveis que hi operen.</p> <p>L'AI tendeix a atribuir als dispositius de base comunitària un caràcter central en l'atenció a les persones amb complexitat social i sanitària.</p>

Aquests quatre components (serveis de salut, serveis socials, ens locals i el Pla mateix) constitueixen els fonaments de la proposta del PAISS per avançar en el manteniment i el desenvolupament de les capacitats de resposta a les necessitats que aporten els serveis de salut i els serveis socials. I, al mateix temps, el Pla contribueix a garantir una atenció integrada i integral a totes i cadascuna de les persones a les quals han d'atendre aquests serveis per garantir-los l'accés a una bona atenció en salut i a una inclusió social efectiva i permanent.

Marc de referència del model de governança i disseny organitzatiu



Aconseguir que realment funcioni un model d'atenció i que s'implementi en la pràctica implica un model de governança. En aquest sentit, és útil revisar el marc conceptual de governança adoptat.



Figura 5.1. Elements que cal tenir en compte en la governança. National Health Service (NHS), 2015. Font: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/acc-uec-support-package.pdf>

5.1 Nivell i tipus d'integració

És fonamental donar resposta a preguntes sobre el tipus i el nivell d'integració desitjat, i la seva progressió a mesura que avanci el desplegament del model en el temps. La **taula 5.1** inclou preguntes que han de ser abordades abans d'iniciar un programa d'integració de serveis.

Taula 5.1. Nivell i tipus d'integració. Basat en: Shortell et al. (1994) i Simoens i Scott (1999) (2)

	Quines decisions inclou?
Funcional	Grau d'integració de funcions i activitat de suport clau: gestió financera, planificació estratègica i gestió de recursos humans.
Organitzativa	Tipus de relacions entre organitzacions: creació de xarxes, fusions d'organitzacions, contractes entre organitzacions.
Professional	Grau d'integració de la pràctica professional: grups de treball conjunts, pràctiques grupals, contractes o aliances estratègiques entre professionals de l'atenció intrainstitucions i interinstitucions i organitzacions
Atenció a la persona	Grau d'integració dels diferents components dels processos d'atenció: coordinació dels serveis d'atenció per al procés d'atenció d'usuaris individuals, establiment de guies d'atenció.

L'AI pot ser caracteritzada pel grau de connexió entre serveis:

- **Connexió:** operar a través d'estructures separades dels sistemes existents de serveis socials i de salut, amb les organitzacions mantenint la responsabilitat sobre els seus serveis, el finançament i els criteris d'elegibilitat i normes operatives.
- **Coordinació:** implica estructures i processos addicionals, com ara sistemes per compartir informació, la planificació d'altres i els gestors de casos, per coordinar l'atenció entre diversos sectors.
- **Integració completa en termes d'AI:** un sistema o una organització integrada assumeix la responsabilitat de tots els serveis, recursos i finançament, que es poden incloure en una estructura de gestió o a través d'acords contractuals entre diferents organitzacions. *Nota:* és important remarcar que s'està parlant de l'AI, i no de la integració d'empreses o d'organitzacions prestadores. Aquesta implicació no obliga i no té connotacions d'integració organitzatives i fusions i absorcions no desitjades.

La governança de sistemes d'atenció pot ser definida com: les normes que governen els rols, responsabilitat i interaccions entre usuaris del servei, decisors a escala governamental i proveïdors de l'atenció. Aquestes interaccions donen forma a l'organització social de l'atenció, sigui pública, privada o del tercer sector (basat en (20)).

5.2 Estratègies multipalanca en el desplegament del pla d'AI

El PAISS ha treballat en la conceptualització del significat d'un model d'AI com es pot veure en la figura 7.2. Un aspecte clau és veure que la identificació d'elements facilitadors, per si mateixa i de manera individual, té una capacitat transformadora limitada, i per això, és important l'activació amb visió multipalanca en clau poblacional i territorial, per l'efecte sinèrgic que té l'ús combinat de diferents estratègies i àrees d'acció a la vegada, i al mateix temps sobre un mateix territori i sobre una mateixa població.

Cal assegurar l'estratègia multipalanca durant tot el temps per garantir uns bons resultats en el desplegament del Pla.

La taula següent presenta possibles elements que cal considerar per a les interaccions entre elements i nivells de governança. Són destacats per la seva potencial vinculació amb l'èxit de les aliances d'estratègies integrades.

Taula 5.2. Possibles elements que cal considerar per a les interaccions entre elements i nivells de governança (adaptació basada en (21))

Visió
Compartida entre els participants. <i>(Referit a organitzacions participants)</i> Atractiva per als participants. Alineada amb les estratègies col·laboratives de cada participant.
Beneficis mutus
Alineació dels interessos dels participants. S'estableix un diàleg sobre els interessos mutus. Voluntat de negociació entre els participants. Els participants es creen valor mútuament.
Dinàmiques de les relacions
Els participants tenen l'habilitat personal per connectar. Els processos del grup consoliden l'aliança. Confiança mútua entre els participants. Hi ha un lideratge demostrat i reconegut pels participants.
Dinàmiques organitzatives
L'estructura de l'aliança està alineada amb els objectius dels participants. La direcció de l'aliança està alineada amb els objectius dels participants. L'aliança pot comptar amb el suport dels equips directius/gestors, professionals i altres agents implicats. Els acords de l'aliança estan clars. Els acords s'estan complint per part dels participants. L'aliança assoleix l'objectiu proposat.
Dinàmiques del procés

Hi ha una temporalitat detallada de la planificació de l'aliança.
 Hi ha un equilibri en l'atenció dels participants al contingut i al procés de l'aliança.
 Els rols estan clarament dividits entre els participants.
 El procés de col·laboració està clarament dirigit.

Altres elements que cal tenir presents en la planificació estratègica d'un programa d'AD són els continguts del mapa estratègic d'un servei d'AD com el SAD. En aquest sentit, pot ser de molta utilitat el reverenciat per la Diputació de Barcelona en la Guia metodològica per a l'elaboració d'un quadre de comandament integral dels serveis d'atenció domiciliària. (22)

5.3 Sistemes d'informació en el marc del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)

A continuació, es presenta algun escenari d'avenç entre serveis sanitaris i socials pel que fa a la compartició d'informació d'interès comú, com és el cas de l'experiència entre l'Atenció Primària de Salut i els Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona, que ofereix entorns de visualització compartida d'informació d'interès comú: diagnòstics clínics, problemàtica social, discapacitat, dependència, condició de complexitat, informes d'alta hospitalària, situació d'incapacitat legal, disponibilitat de recursos socials (SAD, TLA, etc.).

En aquesta línia, són molt útils totes les eines d'atenció no presencial desenvolupades i previstes per TIC Salut Social, i pel Departament de Salut i el DTSF de la Generalitat de Catalunya (vegeu les **figures 5.6 i 5.7**).



Figura 5.2. Model d'atenció no presencial en el sistema sanitari de Catalunya.
Font: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Els principals serveis que actualment ja recull són els següents:(23)

1. Concertar cites: tant per a l'AP com per a l'atenció especialitzada.
2. Seguiment qualitatiu del grau de satisfacció de la ciutadania respecte del sistema sanitari.
3. Gestió/informació de les alertes de salut pública: informació a la ciutadania sobre els aspectes mediambientals que es produeixen i puguin afectar la salut de les persones.
4. Gestió/informació de les incidències amb fàrmacs i/o alertes farmacològiques.
5. Incorporació de serveis a l'agenda dels professionals: s'incorporen directament a l'agenda dels professionals les visites telefòniques, les visites telemàtiques o altres prestacions de telemedicina. De la mateixa manera, també s'hi incorporen altres prestacions de serveis purament administratius que es poden fer sense la presència dels pacients a la consulta.
6. Tràmits administratius sistèmics: renovació de targetes, canvis de professional de la medicina o de centre, procediments administratius, informació administrativa, etc.
7. Informació i consells de salut: provisió de consells de salut per a determinades malalties.
8. Gestió de demandes: es gestionen demandes ordinàries, d'atenció urgent o emergències en totes les franges horàries.
9. Accés a l'atenció especialitzada: visita assistencial no presencial mitjançant trucada telefònica.
10. Servei d'atenció 7x24 de cobertura telefònica-telemàtica: dona servei a tota la població en general, dins de la qual queden inclosos els PCC.
11. Atenció proactiva als pacients: es fa una atenció proactiva en els PCC en totes les franges horàries.

A més continua treballant per:

- Crear una estratègia i una imatge de sistema sanitari català respectuós amb les identitats, però fort i coherent com a model i sistema.
- Facilitar l'ús preferencial de la xarxa per fer la petició de visita o de tràmits administratius, i suprimir tasques innecessàries dels serveis d'atenció a l'usuari dels centres assistencials.
- Promoure les visites no presencials i fer un ús segur dels models de comunicació síncrona o asíncrona amb un compromís de resposta i amb una qualitat de servei adequada (en funció del que s'ha pactat entre les parts implicades).
- Implicar en aquests procediments els equips d'AP durant l'horari en què són oberts i mantenint la seva responsabilitat en l'atenció dels seus pacients.

- Garantir l'atenció 7x24 en la proactivitat de l'atenció mitjançant dispositius centralitzats com ara el 061 CatSalut Respon, un centre de trucades atès per professionals sanitaris entrenats, o per mitjà dels dispositius assistencials existents al territori (atenció continuada i d'urgències de base territorial, o ACUT, etc.).
- Establir un mecanisme únic d'accés telefònic i telemàtic des del qual es gestionin les demandes i, si escau, es traspassin a cada entitat o centre perquè siguin ateses durant l'horari d'obertura del centre.
- Integrar l'atenció no presencial dins l'estació de treball dels professionals i considerar-la com una activitat més del dia a dia.
- Facilitar l'accés a la persona referent dels PCC o els pacients inclosos en el model d'atenció a la malaltia crònica avançada (MACA) de tot el territori per mitjà de la consulta telefònica o per Internet.
- Incorporar al model el projecte de telemonitoratge per a pacients crònics.
- Emfatitzar l'aplicació del model en la situació de final de vida, a fi d'excel·lir en l'atenció de persones en aquesta situació.
- Garantir la coordinació i la complementarietat entre el servei de TLA, el 061 CatSalut Respon i l'AP, per evitar duplicitats.
- Integrar els circuits entre els diferents dispositius assistencials.

Un bon exemple d'aquest desplegament pot ser l'accés a consultes per mitjà del sistema d'Història Clínica Compartida de Catalunya, o HC3 (vegeu les figures 5.7 i 5.8) que faciliti eines d'AI social i sanitària als territoris.

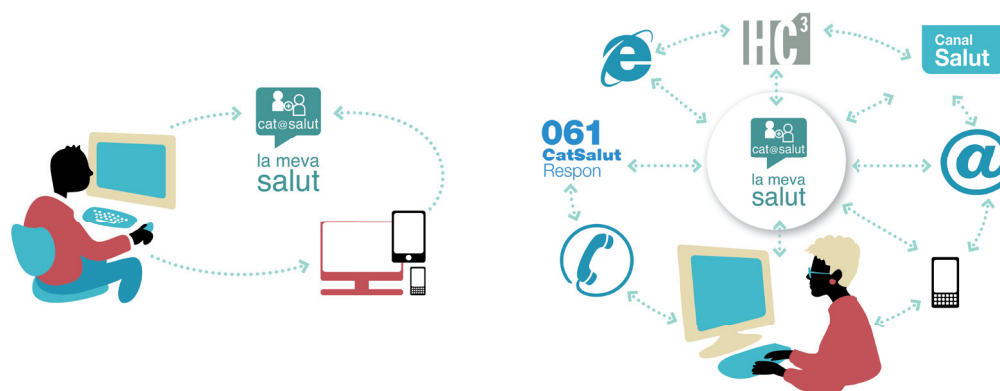


Figura 5.3. Accés de la persona a la seva pròpia història de salut (23)

La matriu de serveis inclosos en el model d'atenció no presencial i que dona suport a l'AD inclou, entre d'altres: (23)

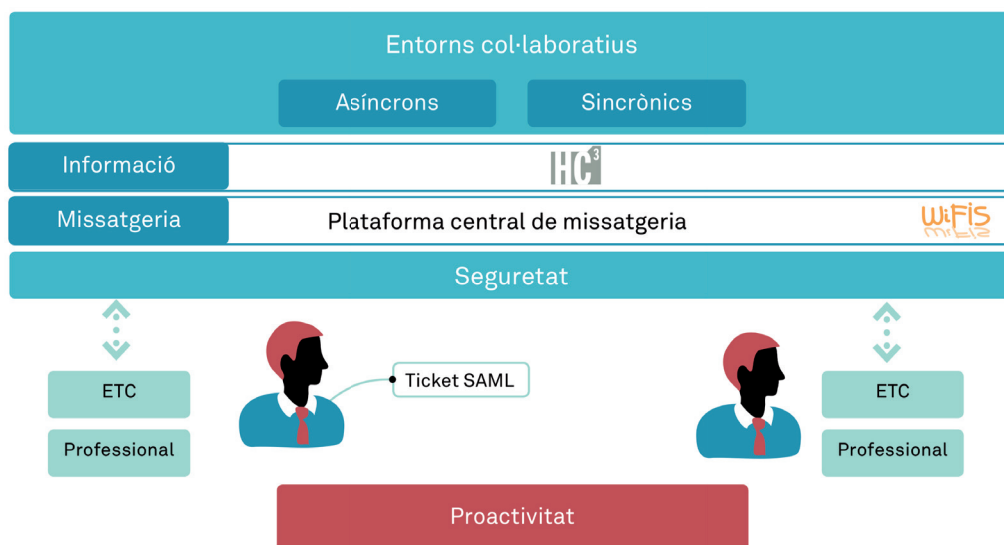


Figura 5.4. Importància d'altres entorns col·laboratius per a l'AI (23)

Marc avaluatiu



6.1 Procés avaluatiu

El model del procés lògic per a l'avaluació dels indicadors serveix de guia per orientar el procés d'avaluació:

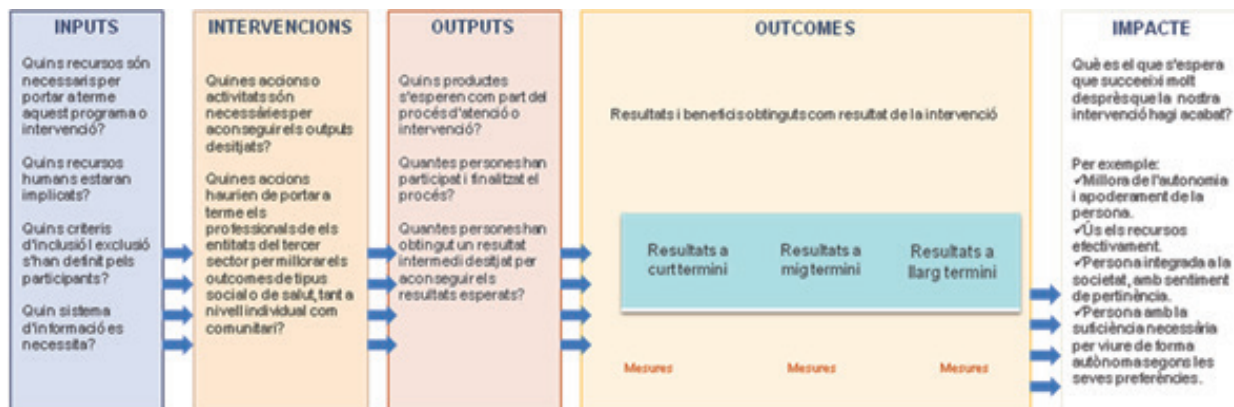


Figura 6.1. Estructura del sistema lògic d'avaluació (24)

També cal tenir en compte els objectius globals que implica un procés avaluatiu de forma general:

1. Contribuir a identificar la dimensió i l'impacte del sector.
2. Conèixer la realitat tant en qüestions d'indicadors socials com de gestió.
3. Facilitar la millora.
4. Millorar la transparència.
5. Poder negociar amb l'Administració.
6. Estimular la gestió de la informació.
7. Compartir aprenentatges.

Per aconseguir que funcioni un model avaluatiu, s'han de complir una sèrie de condicions:

1. Acord entre tots els implicats.
2. Participació de les persones afectades. Cocreació de serveis i processos d'avaluació.
3. Transparència en el procés.
4. Serietat metodològica.
5. Basar-se en la factibilitat (possibilitat de fer-ho).
6. Simplificació de la recollida de dades.
7. Feedback immediat.
8. Objectiu: la millora.

6.2 Marcs conceptuals de referència emprats per a l'avaluació de l'AD integrada social i sanitària

L'estratègia del *Triple Aim* (objectiu triple) és molt útil per plantejar l'avaluació d'un programa o servei d'AI (25). Aquesta estratègia de tres potes (COSTOS – RESULTATS EN LA POBLACIÓ – EXPERIÈNCIA PERCEBUDA) es pot desdoblar en quatre per afegir l'experiència percebuda i la satisfacció dels professionals (vegeu la figura següent):

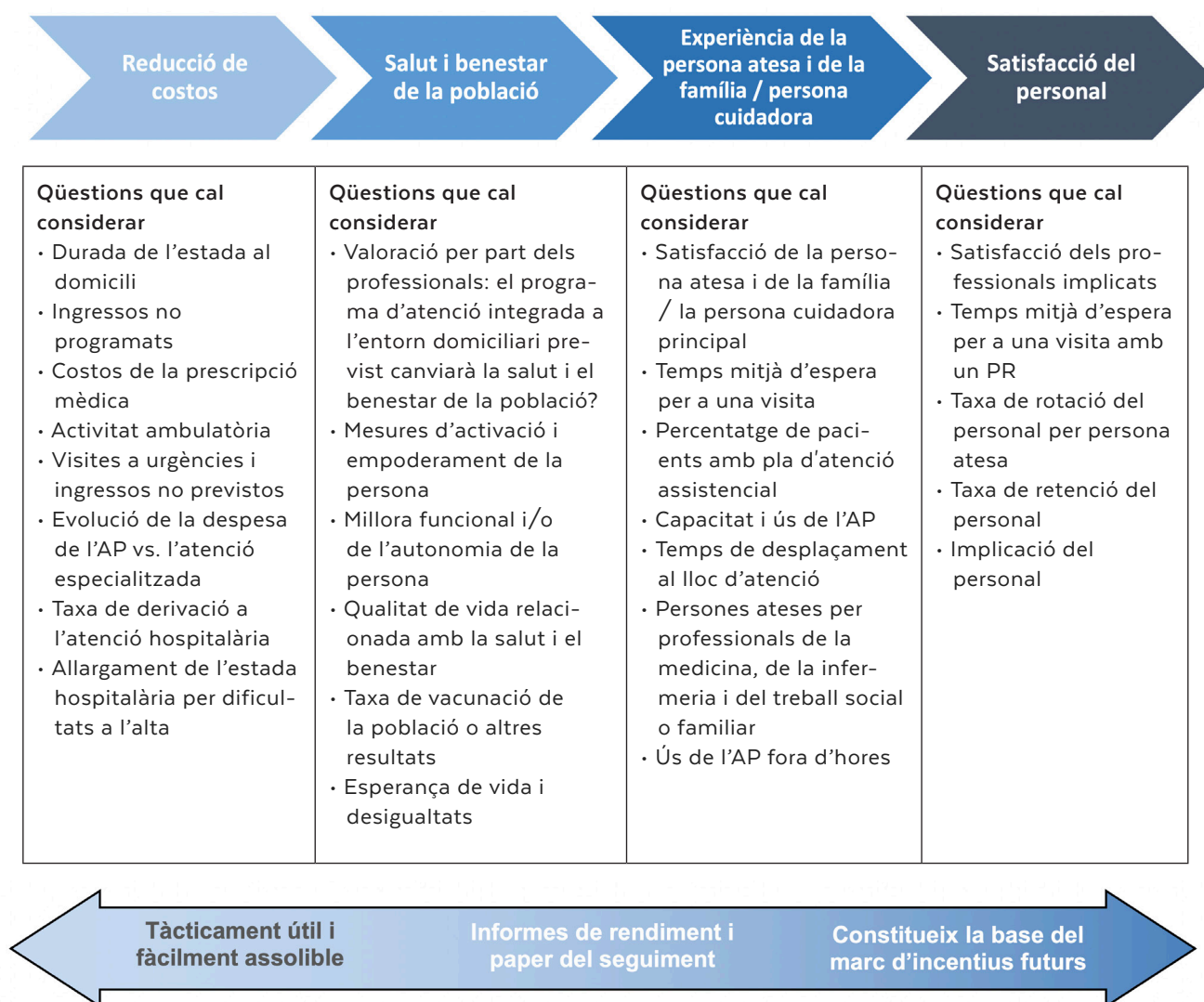


Figura 6.2. Model d'indicadors per mesurar l'actuació dels equips del Programa d'atenció domiciliària de la Commonwealth (Commonwealth Home Support Programme, o CHSP) ⁽²⁵⁾, (26)

25. Font. Adaptat de: Commonwealth Home Support Programme (CHSP). *The Living well at home: CHSP Good Practice Guide* published by the Commonwealth of Australia as represented by the Department of Social Services. Under the auspice of the National Aged Care Alliance to support the overall development of the Commonwealth Home Support Programme (CHSP). Juny de 2015.

http://www.napc.co.uk/control/uploads/files/1490948692-NAPC_Does_the_primary_care_home_make_a_difference_March_2017.pdf

Mesurar la integració és diferent de mesurar l'acompliment de l'AI. Amb l'objectiu de seleccionar les mesures pertinents per mitjà de les quals cal avaluar el rendiment i el progrés dels sistemes integrats d'atenció, és necessari tenir una bona comprensió del següent: (4)

1. Els objectius centrals de l'AI.
2. Els resultats desitjats i esperats.
3. El marc temporal per assolir els resultats.
4. Com es pot mesurar l'impacte.
5. La solidesa de les mesures.
6. Simplicitat i facilitat o factibilitat de la mesura.

A més, en l'àmbit del grup de consens de l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), el grup d'indicadors identificats per a persones grans es pot consultar a la figura següent:

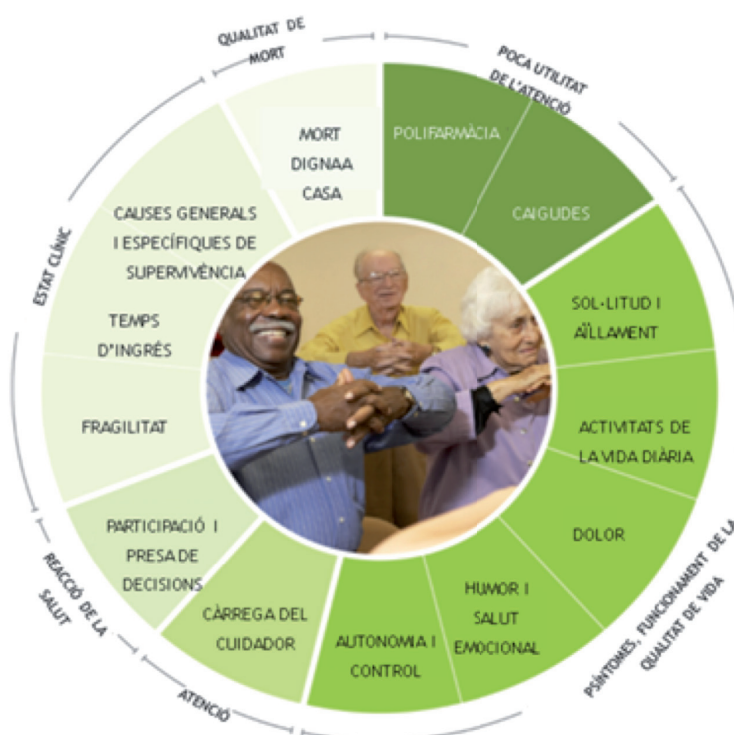


Figura 6.3. Proposta de resultats per a gent gran en entorn comunitari (27)

Aquests resultats esperats definits per l'ICHOM poden ser d'utilitat en la definició de resultats esperats del PAID, on s'identifica la importància de la sinergia del treball integrat social i sanitari per aconseguir aquests resultats, i la participació de forma conjunta amb altres recursos de l'entorn domiciliari implicat.

En l'àmbit de serveis socials, en la proposta de la Personal Social Services Research Unit (PSSRU) de 2010, es troben els resultats esperats següents (*outcome*) dels programes de suport en l'àmbit domiciliari: (28)

Neteja personal i confort	<ul style="list-style-type: none"> • L'usuari del servei sent que ell / ella és personalment net i còmode i es veu presentable o, en el millor dels casos, està vestit i arreglat d'una manera que reflecteix les seves preferències personals
La seguretat	<ul style="list-style-type: none"> • L'usuari del servei se sent segur. Això significa estar lliure de temor a l'abús, caigudes o altres danys físics i por de ser atacat o robat
Control sobre la vida quotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • L'usuari del servei pot triar què fer i quan fer-ho, tenir control sobre la seva vida diària i activitats
Neteja i comoditat de l'allotjament	<ul style="list-style-type: none"> • L'usuari del servei sent que el seu ambient familiar. L'entorn de la llar i de l'habitació és net i còmode
Alimentació i nutrició	<ul style="list-style-type: none"> • L'usuari del servei sent que té una dieta nutritiva, variada i culturalment apropiada, i amb prou menjar i beguda que gaudeix a intervals regulars i oportuns
Ocupació	<ul style="list-style-type: none"> • L'usuari del servei està prou ocupat en una sèrie d'activitats significatives, ja sigui l'ocupació formal, el treball no remunerat, la cura dels altres o les activitats de lleure
Participació i integració social	<ul style="list-style-type: none"> • L'usuari del servei està satisfet amb la seva situació social, té relacions significatives amb amics, familiars i sentiments de pertinença a la comunitat si això és important per a l'usuari del servei.
Dignitat	<ul style="list-style-type: none"> • L'atenció i el suport que es dona a la persona i al seu entorn relacional té en compte l'impacte positiu i negatiu de l'atenció, es respectuós amb les valors, projecte vital, així com amb les preferències i recursos propis i comunitaris.

Figura 6.4. Resultats esperats dels programes de suport en l'àmbit domiciliari. PSSRU (28)

6.3 Identificació d'indicadors utilitzats en l'atenció domiciliària i l'atenció integrada social i sanitària

L'avaluació del programa integrat es fa en funció dels resultats esperats, els objectius plantejats, els processos clau relacionats i l'estructura necessària i clau per aconseguir els resultats esperats. Per aquest motiu, es va demanar al grup de treball que va elaborar el model quina seria la seva proposta inicial de possibles indicadors que hauria de tenir en compte un model d'atenció social i sanitària integrada. A continuació, a la **taula 6.1**, se'n presenten les aportacions inicials.

També cal tenir presents els indicadors proposats en publicacions efectuades sobre AI. Entre els criteris de qualitat inclosos en l'avaluació dels indicadors, cal ressenyar els indicadors ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) (29) identificats

en l'estudi de la Policy Innovation and Evaluation Research Unit (PIRU), en què s'identifiquen els criteris següents: (5)

1. Totes les persones usuàries han de poder identificar un professional mèdic o un PR per posar-s'hi en contacte en cas de necessitat d'atenció sanitària i social i disposar de mecanismes per arribar a aquesta font d'atenció.
2. Si la persona té prescrit un nou medicament per a malalties cròniques i té una visita mèdica de seguiment, llavors s'ha d'anotar a la visita de seguiment el següent:
 - Si està prenent medicaments.
 - Si es va preguntar a la persona sobre el medicament (per exemple, efectes secundaris, compliment del tractament, disponibilitat).
 - Si no es va iniciar la medicació perquè no va ser necessari o perquè ha canviat la situació.
3. Si una persona usuària té dos metges o més, i un va prescriure una nova medicació de malaltia crònica o un canvi en la medicació prescrita, llavors el professional que no prescriu l'acció ha de reconèixer el canvi de pauta en la propera visita.
4. Si es tracta d'una persona usuària d'ambulatori, i va ser remesa a un especialista, llavors a l'expedient d'atenció se'n deixa constància o es poden consultar les recomanacions efectuades.
5. Si en una consulta ambulatoria es va donar una ordre per a una prova de diagnòstic, llavors s'ha de documentar l'estat de la prova sol·licitada i els resultats.
6. Si una persona usuària perd una atenció de tipus preventiva de forma recurrent i/o amb una periodicitat específica, llavors hi ha d'haver documentació a l'expedient assistencial d'un recordatori per evitar que no es torni a saltar o oblidar l'acció preventiva programada.
7. Si una persona és tractada en un servei d'urgències o ingressada en un hospital, llavors hi ha d'haver documentació (durant la visita a urgències o dins dels primers dos dies després de l'ingrés) de comunicació amb els professionals responsables de l'Al ambulatoria.
8. Si una persona usuària és donada d'alta d'un hospital a casa i sobreviu sis setmanes o més després de l'alta, llavors es deixa contacte d'una visita o contacte telefònic per part d'un professional mèdic o d'infermeria, i s'ha de documentar dins de les sis setmanes des de l'alta a l'expedient d'Al.
9. Si una persona usuària és donada d'alta de l'hospital a casa i té prescrita una nova medicació de la malaltia crònica o un canvi en la medicació previ a l'alta, l'expedient d'atenció ambulatoria ha de documentar el canvi de la medicació.
10. Si una persona usuària és donada d'alta d'un hospital al domicili, hi ha d'haver un resum d'alta a l'expedient assistencial ambulatori.

11. Si una persona és donada d'alta de l'AD, hi ha d'haver un resum d'alta a l'expedient d'AI de les persones ateses.
12. Si una persona és nova, l'expedient d'atenció ha de contenir els registres assistencials previs, o una indicació d'on poder aconseguir la informació que no estigui disponible.
13. Si una persona té una discapacitat auditiva o visual, o no parla l'idioma, llavors s'identifiquen les estratègies activades per facilitar la comunicació (utilització d'intèrprets, materials traduïts, etc.).

Els indicadors d'avaluació han de tenir en compte aquests principis, especialment aquells que fan referència a la governança del programa, la formació dels equips, l'atenció i l'empoderament de la persona, les solucions de TIC i el sistema de seguiment i avaluació. La resta de factors implicats podrien considerar-se facilitadors del desplegament del seu programa.

Cal ressenyar els indicadors descrits sobre AD en l'àmbit català. Com a exemple, se'n recullen alguns descrits i publicats per la Diputació de Barcelona. Es pot ampliar informació a l'enllaç <https://www1.diba.cat/uliep/pdf/53638.pdf>.

Pel que fa a la revisió de la innovació en AI, sembla que els diversos equips han evitat invertir temps i estratègies en la seva avaluació i mesura de la qualitat. Sembla un nus gordià, i la tasca és ingent a causa de la multiplicitat d'elements implicats, i sembla aparentment considerada impossible; per exemple, entre altres motius, investigadors i professionals comenten que aquestes intervencions són massa complexes per comprendre, tenen massa parts interessades i perspectives implicades, el que fa molt difícil atribuir causalitat amb massa temps de retard en l'observació de qualsevol resultat.

No obstant això, amb el creixent interès, motivacions i els recursos disponibles per donar suport a les iniciatives integrades d'atenció, la demanda de proves sòlides i de mesura de resultats s'ha tornat crítica, i Catalunya vol continuar essent capdavantera en aquesta estratègia conjunta de tots els implicats. (30)

Per la importància dels indicadors de qualitat, aquestes sèries de documents presentades sobre el model d'AD inclouen en el seu tercer document el **Marc avaluatiu del Programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)**. Indicadors de qualitat dels equips funcionals i de governança del PAID.

Bloc II

Principals serveis
vinculats a
l'atenció en l'entorn
domiciliari

Breu descripció
dels principals
**serveis d'atenció
domiciliària i ne-
cessitats d'aten-
ció de col·lectius
específics**



En aquest apartat es presenten 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.

7.1 Atenció en els serveis bàsics d'atenció a l'entorn domiciliari

7.1.1. Serveis d'atenció domiciliària

Des dels serveis socials els serveis d'atenció domiciliària (SAD) es conceben com un conjunt organitzat i coordinat **d'accions, prestacions i/o suport tecnològic** que es presten al domicili de la persona o al seu entorn, per oferir una atenció integral a les persones i/o les unitats de convivència.

La implementació d'aquest conjunt d'actuacions o serveis requereix una valoració de les necessitats de la persona, valoració que s'ha de fer amb un enfocament d'atenció centrada en la persona i que ha de tenir en compte el seu entorn familiar així com la resta d'agents que puguin intervenir al seu domicili o donin suport a la persona en el marc del seu entorn habitual.

Aquest conjunt d'actuacions o serveis s'organitzen mitjançant un pla d'atenció social individual, familiar o de convivència.

Els serveis que comprèn l'AD (com a proposta de futur) són els següents:

- a) Servei de valoració, diagnòstic i identificació de necessitats.
- b) SAD: servei d'atenció personal, de cura de la llar, de suport educatiu i/o acompanyament social.
- c) Serveis de tecnologia de suport i cura: TLA bàsica i TLA avançada.
- d) Servei de productes de suport i teràpia ocupacional.
- e) Servei de suport als familiars cuidadors i altres persones cuidadores no professionals.

DESCRIPCIÓ DELS SERVEIS:

a) SERVEI DE VALORACIÓ, DIAGNÒSTIC I IDENTIFICACIÓ DE NECESSITATS (pendent de desenvolupament)

Tenir en compte la figura del PR, lloc on es fa la valoració, quins i quants professionals valoraran la situació: PR, empresa de SAD, Servei de Valoració de la Dependència (SEVAD), etc. qui en farà el seguiment, etc.

b) SAD: servei d'atenció personal, de cura de la llar, de suport educatiu i/o acompanyament social

El SAD és un conjunt organitzat i coordinat d'accions preventives, assistencials, socioeducatives i rehabilitadores que es realitzen bàsicament a la llar de la persona i/o la unitat de convivència, dirigides a proporcionar atencions personals, cura de la llar, suport social i relació amb l'entorn.

Aquest conjunt d'accions es realitza 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:

- Actuacions d'atenció i cura personal.
- Actuacions de cura de la llar.
- Actuacions de suport educatiu i/o d'acompanyament social.

c) 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.
- Servei de TLA avançada.

d) SERVEI DE PRODUCTES DE SUPORT I TERÀPIA OCUPACIONAL

Serveis d'orientació, assessorament o intervenció en l'àmbit dels productes de suport, adaptacions de l'entorn físic, així com la promoció d'actituds i entorns afavoridors de l'autonomia i prevenció de riscos.

Accions que permetin dotar les persones usuàries dels serveis d'AD d'un entorn domiciliari segur, accessible i comprensible, en l'àmbit dels productes de suport, adaptacions de l'entorn físic domiciliari, assessorament en el maneig i cura i prevenció de riscos. Promoure l'autonomia personal, potenciant actituds, hàbits i rutines adequades dins un entorn físic afavoridor.

e) SERVEI DE SUPORT ALS 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 capacitat, 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 capacitat: 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.

7.1.2 Servei de TLA

Servei de TLA bàsica: consisteix a facilitar l'atenció a les persones ateses de forma ininterrompuda, mitjançant l'ús de les TIC, amb el suport dels mitjans personals necessaris, per donar una resposta immediata davant de situacions d'emergència, d'inseguretat, soledat i aïllament.

Es realitza mitjançant la instal·lació d'un terminal a la llar de la persona atesa connectat a una central receptora, amb la qual es comunica en situació d'urgència mitjançant l'activació d'un polsador.

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.

Per considerar que s'està prestant un servei de TLA avançada cal que es realitzi un contacte directe i habitual amb la persona atesa i que com a mínim es disposi de dos dels serveis possibles que es detallen a continuació: supervisió remota i deteccions de risc o emergència —tant fora com dins del domicili—; detecció d'alteracions d'hàbits i rutines —al domicili—; geolocalització —fora del domicili—; serveis de col·laboració amb els serveis sanitaris; programes d'atenció integral de prevenció, promoció, suport a la persona cuidadora, o altres actuacions que es desenvolupin en un territori.

Recomanacions en el marc de l'AI a l'entorn domiciliari:

- Integrar la TLA a les rutes territorials de cronicitat:
 - Corresponsabilitat en l'atenció 7x24 i atenció continuada.
 - Definir processos i protocols d'informació, derivació, actuació conjunta en situacions d'emergència:
 - Habilitant integracions de sistemes d'informació que permetin la mis-satgeria entre TLA i serveis de salut.
- Interoperabilitat del sistema de gestió de la TLA amb l'HCCC:
 - Utilitzar dades assistencials del servei de TLA per part de salut per obtenir-ne una visió de 360° del que li passa i quins serveis utilitza la persona.
 - Poder utilitzar dades de salut (i activitat del sistema sanitari: ingressos, altes, ATDOM, PADES, etc.) per part del servei de TLA per:
 - Tenir informació clínica i de medicació actualitzada.
 - Poder oferir continuïtat en el seguiment de transicions.
- Incorporar programes de salut en l'atenció de la TLA:
 - Recordatoris/gestió d'agendes i cites mèdiques.
 - Suport en el compliment i adherència al tractament.
 - Prevenció de la desnutrició en persones amb cronicitat.
 - Suport en atenció al final de vida i acompanyament al dol.
 - Suport a la persona cuidadora.
 - Prevenció de caigudes.
 - Promoció de l'envelliment saludable.
 - Prevenció i detecció del deteriorament cognitiu.
- Incorporar la monitorització clínica de persones amb cronicitat com a activitat complementària a la TLA.

7.1.3 Atenció domiciliària 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 la persona 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. Garanteix la continuïtat del procés d'atenció ja que coordina tots els àmbits assistencials, en potencia l'autonomia i en millora la qualitat de vida. S'organitza com un programa de salut en interrelació amb els altres programes assistencials existents. Es basa en el treball interdisciplinari de professionals de medicina, infermeria i treball social. L'AD té el seu pilar d'integració en la figura de l'AP de salut, que és qui assumeix el seu rol integrador.²⁶

26. Font: 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>

Les principals activitats que s'hi desenvolupen són:

- De prevenció de la malaltia i promoció de la salut, que inclou 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 realitzar, planificar i avaluar l'actuació.
- De valoració i avaluació. La valoració ha de ser multidimensional i incloure aspectes que permetin identificar les necessitats, els valors i els recursos de la persona i de la família.
- Rehabilitadores, que prevegin el deteriorament funcional: mobilitzacions passives, canvis posturals, l'ús d'ajuts tècnics i la deambulació, entre d'altres.
- 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 atenen la persona.

En el PAID cal integrar la valoració sistemàtica del context social i comunitari per part de tots els professionals implicats en l'atenció, enquadrant-lo en el context general de tractament bàsic per oferir una atenció integral. Cal remarcar que en la seva missió específica que vol donar una atenció sociosanitària de qualitat al domicili, integral, coordinada, orientada a les necessitats de la persona, la família i l'entorn, respectant l'autonomia i els valors de la persona i dirigits cap a l'autocura i la corresponsabilitat de l'individu.

Els criteris d'inclusió són les persones que han estat valorades pels professionals de la medicina, de la infermeria o del treball social que compleixin 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.

El PR de la persona atesa en ATDOM sol ser un 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.

Les funcions de la persona referent de l'ATDOM de l'EAP són:²⁷

- Vetllar per l'equitat dels equips quant a càrregues de treball, equilibrant el nombre de pacients d'AD dels diferents professionals.
- Donar suport als altres professionals, per problemes amb procediments, gestió de recursos, etc.
- Actuar directament al domicili amb el professional d'infermeria referent de la persona malalta si la complexitat del cas ho requereix.
- Comunicar a l'equip, en forma de sessions, els canvis i les innovacions en tot el que es refereix a l'AD.

27. Font: 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>

- Participar en reunions amb altres equips (PADES) amb la finalitat d'unificar criteris, elaborar protocols, etc.
- Ser nexa d'unió entre els professionals de l'equip i els professionals d'infermeria d'enllaç de l'hospital en el cas que el professional d'infermeria referent del pacient no estigui localitzable en aquell moment.
- Vetllar, en general, pel bon funcionament del programa d'AD.

7.2 Atenció a la persona per part de serveis especialitzats i de suport

7.2.1 Paper dels equips del PADES en l'atenció de les persones en situació de complexitat al domicili

Els sistemes de salut i sociosanitaris inclouen l'AD i l'atenció comunitària com una de les prioritats dels programes públics de cures pal·liatives.

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 casos de persones que necessiten cures pal·liatives i atenció al final de la vida.** Ofereixen AD integral i interdisciplinària dirigida al control de símptomes, confort i benestar de la persona malalta 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 evolutives de tot tipus, tant oncològiques com no oncològiques, amb diferents nivells de complexitat assistencial i oferint una atenció basada en les necessitats de la persona i la seva família, i també, en les del sistema sanitari.

L'expertesa dels equips del PADES en l'atenció pal·liativa els fa referents en aquest tipus d'àmbit d'atenció; 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 la persona 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'hores han de desenvolupar les competències tècniques i una capacitat de resposta dins del model d'AI, amb component proactiu i garanties d'atenció 7x24,²⁸ per donar una bona resposta a situacions de complexitat ateses a domicili, especialment per malaltia crònica avançada o final de vida.

28. Nota: és important vetllar per l'encaix dels equips del PADES amb els equips de l'atenció 7x24; 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.

Per poder oferir una atenció domiciliària integral es requereix la coordinació entre els professionals d'AP social i sanitària i els professionals dels recursos específics de cures pal·liatives. Per oferir una AD de qualitat a les persones que presenten situacions complexes i necessitats pal·liatives, amb malalties en fase avançada, multimorbiditat, freqüentment lligada a dependència, és fonamental conèixer els recursos de cadascun dels territoris i la capacitat de resolució, ja que tots dos factors poden condicionar el model d'organització. En aquesta línia, a més de l'atenció directa que ofereixen els equips del PADES, cal destacar el rol que poden assumir en la gestió de casos complexos en situació de malaltia crònica avançada o de final de vida, que permet integrar també la participació de diversos equips, programes i serveis que donin resposta a les necessitats d'intervenció acordades i prioritzades per la persona, la seva família i l'equip assistencial.

Paral·lelament, cal identificar les persones en situacions de més complexitat i amb situacions de crisi al llarg de l'evolució, i, més específicament, aquelles persones en situació de final de vida, que són les que majoritàriament es podrien beneficiar de la intervenció dels equips del PADES en l'àrea d'atenció pal·liativa. Dins de l'àrea d'atenció a persones amb 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 activi el suport del PADES per intervenir conjuntament.

Les estratègies poblacionals d'identificació de persones amb necessitats pal·liatives plantegen la necessitat de potenciar la coordinació dels diferents nivells assistencials i **definir les situacions de complexitat en les quals intervindran els equips del PADES**. Actualment s'estan duent a terme treballs de l'"**hexàgon de complexitat**" que permetria operativitzar la distribució de la responsabilitat en el procés d'atenció entre l'EAP i el 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 aquells casos complexos que ho requereixin. Per això, els equips del PADES, juntament amb la resta de nivells i recursos assistencials, han d'establir mesures de millora en el seu marc de funcionalitat per assolir els millors resultats possibles quant a l'efectivitat, l'eficiència, la satisfacció i l'experiència de la persona i el seu entorn cuidador, sense oblidar l'accessibilitat i l'equitat arreu dels territoris.²⁹

Un element clau del model és **preveure l'articulació de l'eCAP (història clínica electrònica d'atenció primària) a la història clínica electrònica**, que doni resposta adequada a les necessitats d'informació pròpies d'aquests equips d'AD integrada, i que estigui clarament articulat amb el mòdul de registre en format electrònic de

29. Nota: des d'una perspectiva de la xarxa d'atenció primària la complexitat de la persona pot ser un element d'ajuda objectiu per definir en quines persones pot ser necessària l'atenció per part del PADES.

les intervencions en el marc del PAID. Es recomana un mòdul específic per al final de vida de les persones ateses al domicili que incorpori una proposta d'activitats i intervencions per fer en models del que s'anomena *intel·ligència activa en sistemes d'informació*.³⁰ Aquesta informació estaria compartida i disponible per a tots els que participin col·laborativament en el procés d'atenció.

7.2.2 Hospitalització domiciliària en el marc del PAID

L'hospitalització domiciliària (HD) és una alternativa puntual per a situacions molt concretes —on es presta una atenció i unes cures en situació de complexitat o alta intensitat de servei al domicili— en què si no es disposés d'aquesta opció assistencial l'atenció s'hauria de rebre en un hospital d'aguts.

Requereix que es disposi d'una persona cuidadora de la família que vulgui i pugui assumir la participació en aquest programa. La no existència o la dificultat d'acceptar el servei de la persona cuidadora pot comportar l'exclusió d'una persona del programa si no és que es disposa d'una persona cuidadora formal que pugui assumir aquest rol col·laboratiu amb suficient extensió i intensitat.

Hi ha alguns elements que cal tenir en compte:

- L'HD ha d'organitzar-se sobre una base territorial i en referència a un hospital d'aguts de referència. Aquest és un aspecte clau, ja que moltes vegades l'hospital ha d'actuar donant suport en determinades situacions i requereix la intervenció d'aquest en el suport diagnòstic o terapèutic.
- 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'hospitalització domiciliària aborda temes d'una elevada especialització per intentar que la persona ingressada pugui retornar a casa al més aviat possible (per exemple, nadons de pes baix, programes per a persones que hagin tingut una intervenció cardíaca de molt risc, etc.); si la persona empitjora al domicili o cal que torni al centre hospitalari, s'ha de tenir garantit l'accés directe a l'hospitalització, sense tornar a entrar per urgències.
- Es podrien establir estratègies col·laboratives entre la xarxa sociosanitària i els hospitals d'aguts per dur a terme sinergies i compartir recursos que té

30. Nota: 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 es pugi 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 d'infermeria d'AP, per assegurar un únic sistema de registre al mateix lloc, que faciliti la continuïtat de l'atenció.

cada nivell assistencial. Per exemple: la xarxa sociosanitària disposa estructuralment d'un nombre més elevat de fisioterapeutes per dur a terme rehabilitació i una clara competència en atenció geriàtrica. Per tant, es pot oferir una cartera de serveis compartida per les persones ateses i disposar d'un rang ampli de serveis.

És necessari crear 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 articular mecanismes de participació i col·laboració en l'AD. És important establir punts de transició del servei d'HD a l'ATDOM amb l'objectiu de prevenir estades innecessàries.³¹ 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. Convindrà definir adequadament la cartera de serveis de l'HD orientada a persones en situació d'alta complexitat i majoritàriament en situació d'instabilitat, i superar escenaris ja viscuts de models d'HD on es faci activitat substitutòria i atribuïble a l'ATDOM d'AP.

7.2.3 Rehabilitació domiciliària en el marc del PAID

La rehabilitació domiciliària 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 l'individu i de la seva família, i donar-los suport i continuïtat, amb l'objectiu d'assolir la màxima autonomia.

La rehabilitació a domicili 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 la persona al seu entorn té un efecte positiu en el seu benestar i qualitat de vida (13), i contribueix a assolir nivells d'intensitat més alts en ser una teràpia individualitzada, que permet establir uns objectius adaptats a l'entorn de la persona i potenciar la seva pròpia rehabilitació al seu entorn.

Malgrat això, aquests beneficis només poden ser obtinguts si es fa un ús apropiat del servei, aplicant els criteris principals d'accés a aquest, com per exemple: (14), (15)

- Que sigui una persona **clínicament estable**.
- No complir criteris d'atenció ambulatoria a 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** per fer-ho a domicili per:
 - Circumstàncies clíniques de la situació/malaltia. Els processos més prevalents als serveis de rehabilitació són persones ateses amb ic-

31. Nota: per exemple, infeccions nosocomials que poden posar en risc la persona.

tus, fractura de fèmur, postartroplàstia de genoll, davallada funcional postingrés hospitalari, MPOC i malalties neuromusculars. (16)

- En cas que hi hagi comorbiditats que poden empitjorar amb el desplaçament de la persona al centre: fibrosi quística / pacients immunodeprimits.
- 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 de rehabilitació domiciliària 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 (17), (13), (18). Esdevé així un repte cap a l'AI, i és necessari que els diferents serveis estiguin ben definits i alineats per donar una resposta organitzativa coordinada sota una única estructura de gestió.³²

En l'entorn del model de salut català, en un escenari de multiprovisió, cal determinar circuits d'atenció ben definits per evitar la fragmentació en la via clínica, i compartir dades d'interès comú en una sola xarxa digital. És aquí on pren rellevància disposar 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 CatSalut. Facilita que cada proveïdor de rehabilitació disposi de la informació actualitzada de la situació i les necessitats de la persona, i pugui retornar la informació actualitzada periòdicament d'aquesta persona en un procés d'atenció, freqüentment compartida amb altres organitzacions i entitats prestadores sanitàries i socials.

També s'ha d'establir amb més claredat l'accés a aquest tipus de servei per mitjà de l'AP.

7.2.4. Oxigenoteràpia domiciliària

Aquest model d'AI ha de facilitar i permetre aquesta prestació, que habitualment queda molt fragmentada en el sistema sanitari.

Els equips d'AP han d'assumir un rol important i de seguiment conjunt amb les empreses proveïdores d'aquest servei. La informació del seguiment de cada cas

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

efectuat per l'empresa proveïdora d'oxigenoteràpia ha de ser compartida amb l'equip referent d'AP.

Els equips d'AP han de tenir un mapa del seu territori amb la ubicació de les persones amb aquest tractament. S'ha d'especificar la modalitat d'administració, dosi, risc en cas de pèrdua de subministrament elèctric i temps d'autonomia de la persona, dispositius portàtils per a desplaçaments i data de propera revisió de l'equip (per exemple, ubicació dels casos amb ventilació mecànica, oxigen 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 casos de persones que requereixin puntualment administració d'oxigen, s'han d'establir protocols de coordinació entre l'atenció hospitalària i l'atenció primària per a la prescripció en els casos que tinguin criteri d'indicació. Així, no cal fer desplaçar la persona ni la família, sinó que es podrà 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 amb 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'ha d'especificar el sistema de seguiment de la persona 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 aquest darrer cas, per als casos de risc, cal desenvolupar un pla de contingència en cas de talls de llum, incendi o incidències en l'ús de l'aparell, una sistemàtica de devolució d'aparells, etc.

Cal promoure les accions de millora següents separables en aquesta àrea:

- Disposar d'informació mínima compartida a l'HC3 tant pel que fa a la identificació com al pla de la persona atesa.
- La prescripció i els canvis de prescripció de l'oxigenoteràpia efectuada pels professionals de l'atenció especialitzada s'han de comunicar de forma àgil i oportuna als professionals de l'AP.
- Establir sistemes de missatgeria entre empreses proveïdores i PR.
- Incorporar al PAID les persones ateses per aquests dispositius.
- 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.
- Existència d'un cens a escala territorial i per a cada equip de les persones portadores d'oxigen al domicili, que especifiqui la dosi, el tipus i els factors clau que cal tenir en compte en cada cas.
- En els casos que escaigui, cal dur a terme una nova valoració des de la part social del PAID, especialment per als casos en què les situacions socioeco-

nòmiques facin difícil assumir la despesa elèctrica per part de la persona i la família.

7.2.5 Utilització segura dels medicaments al domicili: paper de la farmàcia comunitària

Una de les característiques que tenen les poblacions ateses en serveis i programes d'AD és la situació de polifarmàcia, amb xifres que s'apropen a un 75% de població atesa en aquests programes que pren 10 fàrmacs o més.³³ Aquesta situació requereix un abordatge específic en aquesta àrea. Encara que sigui necessari un abordatge multifactorial, es podrien concretar algunes propostes d'acció que s'exposen a continuació.

Impulsar estratègies de revisió de la medicació

Aquesta estratègia comporta desenvolupar **eines de suport metodològic als professionals** pel que fa al **procés de “revisió”** clínica centrada en la persona. Aquest concepte inclou: una revisió clínica, una optimització del pla de medicació, una generació de propostes d'adequació i seguiment i una revisió de la situació de polimediació.

La millora en el procés de revisió s'ha d'abordar no com una acció aïllada, sinó com un **element clau inserit dins del procés d'atenció**.

Aquesta és una acció que ha de crear continguts de **formació específica per al personal mèdic i d'infermeria i també per a altres professionals** que intervenen en aquest procés, construint mòduls de formació bàsics d'abast més universal i altres de més avançats per a professionals de referència i PR.

Respecte a la mesura que cal utilitzar, convé introduir elements de traçabilitat basats en el registre en els sistemes d'informació.

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, s'introduirien continguts específics dins del programa formatiu.

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

Aquest és un element que ha d'adquirir més importància, ja que 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 conductes i emocions en 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 que contribueixen millorar el compliment.

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

Un altre element d'avenç seria la identificació de mètriques robustes que mesurin, de manera objectiva, el compliment del tractament, que ara encara no estan disponibles, ja que no hi ha un estàndard de referència; hi ha molta variabilitat en la pràctica en l'avaluació del compliment del tractament. Fins ara, sembla que la valoració sobre una mínima proporció d'un 80% de retirada de fàrmacs de les oficines de farmàcia per part de les persones ateses o les persones cuidadores combinada amb un bon control del procés seria la mesura més acceptada a la literatura. També convé establir estratègies de priorització de valoració del compliment del tractament sobre la base d'una jerarquia establerta en els processos crònics concurrents en una mateixa persona.

Un element de gran interès és la divulgació d'informació comprensiva per a la ciutadania en relació amb els medicaments elaborada pel Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya (CedimCat): <http://www.cedimcat.info/index.php?lang=es>.

Dispensació dosificada (sistema personalitzat de dosificació de medicaments, o 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'hauran de valorar alguns estudis de recerca en marxa que valorin l'impacte de l'SPD per estimar la seva introducció futura dins de la cartera de serveis finançada pel CatSalut, encara que sigui per a subpoblacions amb més risc prioritzades. Sembla que els segments poblacionals en què la persona té una dificultat clara per organitzar-se en la presa dels medicaments i els subgrups de persones amb nivells baixos d'al·fabetització sanitària serien poblacions preferents.

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.

Es podrien impulsar propostes molt pràctiques com el fet que els gestors de casos contactin amb les oficines de farmàcia i tinguin molta accessibilitat (per telèfon, correu electrònic, etc.) perquè se'ls puguin comunicar incidències rellevants en algunes persones.

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 recollir el treball ja realitzat a la ciutat de Barcelona perquè serveixi com a base per fer una proposta de tipus llista de comprovació que faciliti aquest element en la pràctica professional.

Identificació d'objectius i indicadors de farmàcia dins del marc avaluatiu

El grup proposa dos indicadors:

1. **Taxa d'incidències en seguretat.** Ja utilitzat per poblacions en situació de complexitat. S'adaptaria aquest indicador ja utilitzat per poblacions ateses en programes d'AD.
2. **Proporció de persones ateses en AD amb una "revisió de la medicació".** S'ha de basar en elements de traçabilitat dins del sistema d'informació. Proporció de retirada de medicaments de l'oficina de farmàcia per valorar el compliment del tractament.

7.2.6 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, tot aportant valor afegit a les persones usuàries d'aquest servei.

D'una banda, aquest plantejament a escala global comporta que el PAID fa 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 explorar les interconnexions amb altres serveis del sistema per definir el perímetre funcional del PAID. Així, cal articular estratègies amb els serveis d'intervenció socioeducatius³⁴ 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 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, proporciona a les famílies el

34. 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>

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. Sota aquest plantejament, la creació de sinergies amb el PAID aporta un valor afegit, ja que pot facilitar els processos d'intervenció i els suports que es dissenyin a l'hora d'intervenir en els infants i els adolescents en situació de risc, així com en les seves famílies.

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 permet optimitzar recursos i establir-hi col·laboracions. D'aquesta manera, es consolida la dimensió comunitària d'ambdós serveis.

7.2.7 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 poder preveure com es pot millorar el finançament d'aquest servei d'una manera adequada per facilitar l'assistència si la persona en compleix els criteris d'accés.

Cobrir les necessitats de transport en els casos en què l'entorn relacional de la persona no el pugui cobrir esdevé fonamental per connectar la persona 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 a 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 presenten dificultats de mobilitat (mobilitat reduïda) i/o necessitat d'acompanyant (barem d'acompanyant).

El PAID ha de vetllar per l'accessibilitat i les dificultats d'accés als serveis derivats de la manca de disponibilitat del transport adaptat i monitoritzar-les, amb la finalitat d'introduir les mesures adients per millorar la situació al territori. Aquesta qüestió ha de formar part del seguiment de l'òrgan de governança a escala territorial per les dificultats actualment existents en aquesta àrea.

En les eines que acompanyen aquest model, s'ha d'especificar com es desplegarà o durà a terme aquest tipus de servei, tant en l'àmbit de serveis socials com de salut, i s'han d'especificar el tipus de transport en funció de les necessitats de la persona, i la responsabilitat de cadascun dels implicats en el transport, l'acompanyant i els costos i el copagament del servei. Cal assegurar la gestió de les barreres que representa no disposar de forma adequada d'aquest tipus de servei.

7.3 Resposta 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 d'una articulació d'un alt 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.

7.3.1 Atenció d'infants i adolescents

És una necessitat atendre els infants i els adolescents 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 continguts al 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, amb una participació activa de l'infant o l'adolescent, de la família i de l'entorn cuidador.

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 es veuen 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.

• Resposta a l'infant i l'adolescent amb necessitats de salut i de tipus sociosanitari

Els professionals d'infermeria dels serveis d'AP, 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 l'existència de competències específiques dels professionals que intervenen en l'entorn domiciliari adaptades a aquest grup d'edat (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 integra l'atenció a les necessitats de l'infant i l'adolescent, 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. Aquest marc d'atenció és aplicable a tot l'equip d'AP i els professionals de la primera corona, inclosos els professionals gestors de cas i el personal d'infermeria de pràctica avançada.

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

L'atenció a l'infant i l'adolescent 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. (Silva, 2012) (19). Per aquest motiu, s'intenta plantejar l'AD com el primer escenari d'atenció sempre que sigui possible. Aquest fet implica donar suport a l'infant i a l'adolescent, així com a la seva família.

L'article 46.1. de l'LDOIA ens indica que "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 situacions 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 facilitaria la capacitat dels professionals d'AP.

La baixa prevalença a la comunitat d'aquestes condicions **requereix l'atenció per part d'equips i professionals amb una determinada expertesa i especialització**, però que alhora té 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 sa-

nitari 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 ho comparem amb l'atenció a persones amb condicions de més prevalença, com passaria amb l'atenció a les situacions de complexitat en adults. S'han d'**identificar PR de l'atenció a l'AP**, ja sigui el personal d'infermeria o mèdic referent a l'AP, i ja sigui el gestor o gestora de casos de l'equip o del territori.

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 especialitzada**, i generar informes (valoració i pla d'atenció inicial, PREALT, seguiment), 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'aquestes persones.

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. S'haurien de crear 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 generar per a aquestes poblacions en situació de risc **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, tot i que, en determinades franges horàries, la resposta sigui per part d'altres professionals, que no necessàriament siguin el referent de l'equip domiciliari hospitalari. Aquesta resposta ha d'estar accessible a les famílies i als 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'aparatatge i equipament mèdic** que porten moltes vegades, pel que fa a la identificació de problemes que pot dur a terme el professional sanitari.

L'article 49.2 de la LDOIA ens 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 2 aquest context, les visites domiciliàries poden tenir lloc al domicili mateix o a

l'escola, amb el que 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 podran atendre aquests infants i adolescents amb les polítiques educatives actuals d'escola inclusiva, que dispersaran aquests infants amb necessitats d'atenció especial i que, segurament, tindran un impacte amb l'increment de les necessitats d'atenció i de capacitat en professionals generalistes que ja treballen a la comunitat.

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

La potenciació dels anomenats *factors de resiliència*, de protecció i treball amb els infants i les famílies al seu entorn està adquirint importància pels seus efectes positius en diferents situacions. Per aquest motiu, és imprescindible detectar en l'entorn familiar i la unitat de convivència la necessitat de realitzar actuacions preventives, de tractament socioeducatiu, i fer-ne l'avaluació posterior.

Per als 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, es planteja 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 infants i adolescents. Aquesta mesura ha d'estar subjecta als criteris d'indicació descrits a la car-tera de serveis, i s'han d'identificar els casos en què seria una prestació garantida i els casos en què podria ser necessari aplicar un copagament; en aquest context, convé tenir en compte l'article 103.4³⁵ i l'article 104 de la LDOIA. En aquest últim es parla de mesures d'atenció social i educativa davant les situacions de risc, i, concretament a l'apartat d), parla explícitament del suport domiciliari.

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 (per exemple, als serveis socioeducatius o els programes de criança positiva).

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 s'aplicaran des dels serveis socials bàsics o des d'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

35. Els serveis socials especialitzats d'atenció als infants i els adolescents, atenent l'informe i les mesures d'atenció proposades, han de completar l'estudi i han d'elaborar un compromís socioeducatiu adreçat als progenitors o als titulars de la tutela i orientat a la superació del risc que envolta l'infant o l'adolescent, el qual ha de contenir la descripció i l'acreditació de la situació de risc, la seva avaluació i la concreció de les mesures que s'aplicaran des dels serveis socials bàsics o des d'altres serveis especialitzats per a la superació de la situació perjudicial. <https://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf>

l'acolliment en família extensa. Aquest fet ha de contribuir a millorar la qualitat de l'atenció dels infants i els adolescents i els familiars acollidors, acompanyar les famílies extenses en l'assumpció de les seves responsabilitats educatives i socialitzadores, i a garantir el seguiment dels infants acollits i dels seus familiar en el seu entorn.

Totes aquestes actuacions, en el seu conjunt, han de contribuir a donar resposta al marc generat per la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i oportunitats en la infància i l'adolescència, a Catalunya.

7.3.2. Atenció de 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 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.

Cal tenir en compte que tot el procés d'embaràs, part i puerperi és un esdeveniment transcendent en la vida de les dones, i el tipus d'atenció que rebin té importants efectes en elles i en els seus infants, tant físics com emocionals, a curt i a llarg termini, en particular en el cas d'aquelles que consideren fonamental ser protagonistes del seu part.

En les últimes dècades, s'ha produït una ràpida expansió en el desenvolupament i l'ús d'un ventall de pràctiques ideades per iniciar, augmentar, accelerar, regular o monitorar el procés del part. El seu propòsit és millorar-ne el desenllaç per a les mares i els seus. Cal assegurar l'atenció necessària en tot el procés, i vetllar pel benestar emocional i l'adaptació a la maternitat, i per l'establiment del vincle amb el nadó, en l'èxit de la lactància, en l'estil de criança i en el desenvolupament posterior dels infants.³⁶

Finalment, cal tenir en compte que la manca de protecció i cura apropiada d'un infant es pot iniciar abans del seu naixement, quan la mare, en estat de gestació, no

36. Grup elaborador de la GPC. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'atenció al part normal; Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013. Disponible a:

http://aques.gencat.cat/web/.content/minisite/aques/publicacions/2013/pdf/gpc_part_normal_catalunya_aques2013.pdf

té cura del propi cos, ingereix substàncies tòxiques o s'exposa a situacions de violència i, quan per part del pare, aquest no cuida la dona o l'exposa a situacions de violència i risc. En aquestes circumstàncies, parlem de *maltractament prenatal*.

L'article 110.4 de la Llei 14/2010 estableix clarament que “la declaració preventiva de desemparament abans del naixement és procedent quan es preveu clarament la situació de desemparament del futur nadó”. En aquest context, l'AD podria considerar-se entre les mesures prèvies com a possible alternativa a la mesura de separació, per capacitar la família per a la protecció, l'atenció i la formació dels infants, i fer disminuir el risc per a l'infant i evitar-ne el desemparament.

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 es recomana:

- **Incorporar i consolidar a la cartera de serveis una o dues visites en el puerperi**, especialment en 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 que tinguin 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 perfil de casos pactats.
- Valorar els casos detectats de risc, en els quals cal efectuar una visita conjunta entre el 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 en persones amb algun problema de salut i en situació de risc que ha fet perllongar l'estada**, i per a les quals es pot organitzar una alternativa d'atenció al domicili per part de l'equip de l'ASSIR.
- Incorporar (en els casos que ho requereixin) un sistema de seguiment per teleconferència per efectuar el seguiment del puerperi.

7.3.3 Atenció de persones amb trastorn de salut mental i addiccions

El Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, en la seva nova estratègia per al període 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 l'SM 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'SM i l'atenció a les persones afectades implica la confluència de molts punts de vista, la sinergia de diversos àmbits i disciplines, plantejant 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.

Es tracta de construir un model d'AI centrada en la persona, amb un marcat caràcter preventiu, d'enfocament comunitari, de proximitat i que garanteixi la continuïtat assistencial. Aquest model, a més, conté el reconeixement del rol actiu i empoderat 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 per part dels professionals de totes les organitzacions i àmbits d'atenció implicats que assegura la planificació proactiva i l'atenció compartida.

Per la seva banda, el **Pla director salut mental i addiccions** està redissenyant actualment les línies mestres del Pla i incorporant elements d'interès en l'àrea d'AD. Un dels objectius del Pla director és articular un bon nivell de resposta domiciliària que previngui i eviti hospitalitzacions potencialment evitables en persones amb problemes d'SM.

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

- Un nivell d'**hospitalització domiciliària (HD) en SM** com a alternativa a l'hospitalització convencional: és una modalitat amb una intervenció intensiva per un període aproximat de tres setmanes³⁷ 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 intensitats 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 passarien immediatament a aquest nivell. A més a més, una intervenció en aquest nivell podria prevenir molts ingressos innecessaris. El desplegament del PCC en Salut Mental seria de gran utilitat per a aquests casos.
- Un nivell de **seguiment domiciliari per part dels equips del centre de salut mental d'adults (CSMA) i el centre de salut mental infantojuvenil (CSMIJ)** en què les intensitats serien més baixes, però suficients, per mantenir les persones ateses amb un grau de vinculació o, sobretot, revinculació quan fos necessari.
- Un **seguiment per part de l'equip d'AP social i sanitari**, 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

37. Nota: en funció de les guies i les rutes assistencials integrades del Pla director de salut mental i addiccions.

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 PSI preveu una càrrega de 10-15 casos per cada gestor de cas, degut a les característiques i les necessitats d'atenció de les persones ateses.

Es potenciarien els **centres de rehabilitació comunitària** i els centres de dia amb funció altament rehabilitadora i de reinserció comunitària (*reablement* o *recapacitació*).

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 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 hauria la necessitat de definir l'abast de la valoració i les dimensions que caldria incorporar i els requeriments tecnològics per disposar d'una **plataforma tecnològica** que en facilités l'elaboració i el seguiment.

7.3.4 Atenció de 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 assistència, quan apareix la dependència, es presta al domicili. Per donar resposta a aquestes persones és imprescindible l'avaluació geriàtrica integral i els models d'Al que actuïn de manera proactiva.³⁸

Els serveis sanitaris que donen atenció sanitària a domicili (com el Programa d'AT-DOM, els equips del PADES i l'HD) i també els serveis socials tenen com a objectiu mantenir la persona al seu domicili en les millors condicions i donar suport a persones cuidadores i famílies. 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 promogut 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, socials, i, en el cas de les persones amb demència, han d'incloure la participació de les associacions de familiars per donar una Al.

³⁸. Bases per a l'atenció comunitària a les persones amb demència.

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

Alguns elements clau de la ruta assistencial són:

- La coordinació i el maneig de l'atenció interdisciplinària: descriure la cartera de serveis específics i recursos socials, i facilitar la integració de recursos.
- L'atenció i el suport la persona cuidadora i a la família, l'atenció en les claudicacions, facilitar la formació i l'educació sanitària i establir actuacions conjuntes amb les associacions de familiars.
- L'atenció 7x24 que garanteixi respostes ràpides en les descompensacions i les situacions de crisi.
- Donar resposta a les necessitats pal·liatives: facilitar la planificació de decisions anticipades, participació dels equips del PADES en les situacions amb major complexitat.

7.3.5 Gestió de la divergència d'opinió o de conflictes de maneig difícil

La majoria de models d'implementació d'AI social i sanitària preveuen en la metodologia d'implantació la gestió de conflictes i reconeixen que és un escenari altament probable i freqüent en la gestió de determinades situacions.³⁹

La gestió de l'equip durant una situació conflictiva és important per donar una resposta ràpida, adequada i oportuna; esdevé necessari conciliar les tensions que es produeixen en l'equip cercant, conjuntament:

1. Consens en les actuacions.
2. Consens de les persones que hi intervenen.
3. Sinergies.
4. Visió global, no tan sols des de les especialitzacions que comparteixen la informació, sinó també des de la dimensió més holística de la persona (emocional, relacional). L'atenció de la persona no és una suma d'atencions, sinó una resposta coordinada, ordenada i consensuada per un grup de persones professionals i l'entorn comunitari a unes necessitats en un moment vital determinat.

Quan es presenti una situació conflictiva o divergència d'opinió:

1. L'equip ha de tenir un referent que busqui el màxim consens.
2. Hi ha d'haver **espais físics** per fer reunions periòdiques i de "xoc", ad hoc.
3. Hi ha d'haver **eines àgils de comunicació** per poder:
 - Disposar de tota la informació abans de les reunions.
 - Compartir reflexions, dubtes.
 - Tenir una via de resposta urgent.

39. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Place-based-systems-of-care-Kings-Fund-Nov-2015_0.pdf

4. Els membres de l'equip han de disposar de competències de treball en equip en el marc de l'AI.

Cal plantejar-se si aquella situació té unes implicacions ètiques. En aquest cas, s'aconsella disposar de procediments específics per a la seva gestió i abordatge.

Glossari **d'acrònims i abreviatures**



Acrònim	Definició
7x24	atenció 24 hores els 7 dies de la setmana
ABS	àrea bàsica de salut
ABVD	activitats bàsiques de la vida diària
ACP	atenció centrada en la persona
ACUT	atenció continuada i d'urgències de base territorial
AGA	àrea de gestió assistencial
AIVD	activitats instrumentals de la vida diària
AP	atenció primària
ATDOM	atenció domiciliària per part dels equips d'atenció primària de salut
AVC	accident vascular cerebral
CA	comunitat autònoma
CAP	centre d'atenció primària
CAP-II	centre d'atenció primària on es presten serveis especialitzats
CE	consultes externes
CdeC	conferència de cas
CDIAP	centre de desenvolupament infantil i atenció precoç
CMA	cirurgia major ambulatoria
CMBD-SS	conjunt mínim bàsic de dades de recursos socio-sanitaris
CRG	<i>clinical risk group</i>
CSMA	centre de salut mental d'adults
CSMIJ	centre de salut mental infantojuvenil
CSS	centre socio-sanitari
CUAP	centre d'urgències d'atenció primària
DS	Departament de Salut
DTSF	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
EAIA	equip d'atenció a la infància i l'adolescència
EAP	equip d'atenció primària de salut
EAPS	equip d'atenció psicosocial
EAR	equip d'atenció residencial
EC	equip de capçalera
eCAP	història clínica electrònica d'atenció primària
EBAS	equip bàsic d'atenció social
ECG	electrocardiograma
ENAIC	Estratègia nacional d'atenció integrada a la cronicitat

Acrònim	Definició
ENAPISC	Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària
ESIC	equip de suport integral a la complexitat
GC	gestor/a de cas
GDS	escala de deteriorament global de Reisberg
GMA	grup de morbiditat ajustada
GRD	grup relacionat amb el diagnòstic
HD	hospitalització domiciliària
HCCC	història clínica compartida de Catalunya
HTA	hipertensió arterial
IEMAC	Instrument per a l'avaluació de models d'atenció a la cronicitat
IEXPAC	Instrument d'avaluació de l'experiència del pacient crònic
IFIC	infermeria familiar i comunitària
LAPAD	Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència
MACA	model d'atenció a la malaltia crònica avançada
MFIC	medicina familiar i comunitària
MPOC	malaltia pulmonar obstructiva crònica
PAC	punt d'atenció continuada
PADES	Programa d'atenció domiciliària i equips de suport
PAID	Programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari
PAO	prescripció d'articles ortoprotètics
PCC	pacient crònic complex
PCE-CAT	Programa Cuidador Expert Catalunya
PCSM	pacient crònic de salut mental
PCCSM	pacient crònic complex de salut mental
PDA	planificació de decisions anticipades
PDSS	Pla director sociosanitari
PAISS	Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari
PIIC	Pla d'intervenció individualitzat i compartit
PPAC	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
PPE-CAT	Programa Pacient Expert Catalunya
PR	professional referent
PREALT	protocol de preparació de l'alta
RHB	rehabilitació

Acrònim	Definició
RHB-d	rehabilitació a domicili
RX	raigs X o radiologia
SAD	servei d'ajuda a domicili
SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
SIRE	Sistema Integrat de Recepta Electrònica
SM	salut mental
SMiA	salut mental i addiccions
SPD	sistema personalitzat de dosificació de medicaments
SBAS	servei bàsic d'atenció social
SSB	serveis socials bàsics
TIC	tecnologies de la informació i la comunicació
TMG	trastorn mental greu
TMMG	trastorn mental molt greu
TRD	teràpies respiratòries domiciliàries
UCIES	urgències
UFISS	unitat funcional interdisciplinària sociosanitària
UGA	unitat geriàtrica d'aguts
VGI	valoració geriàtrica integral
XAP	xarxa d'atenció primària

Bibliografia



Bibliografia ressenyada al document

1. Departament de la Presidència, Termcat Centre de Terminologia. Terminologia de l'atenció integrada [en línia]. Barcelona: Termcat, Centre de Terminologia, cop. 2016. (Diccionaris en Línia).
2. European Commission. Blocks: tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/doi:10.17226/10027>
4. European Commission. Blocks: tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
5. Erens B, Wistow G. Early evaluation of the integrated care and support pioneers programme: final report. London: Policy Innovation Research Unit; 2016.
6. European Commission. Integrated care and chronic diseases management: a European innovation partnership on active and healthy ageing priority [Internet]. 2012. Disponible a:
https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab-256ca0c_B3.pdf
7. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2016.
8. Service delivery and safety. About us [Internet]. World Health Organization; 2017. Disponible a:
<https://www.who.int/servicedeliverysafety/about/en/>
9. Service delivery and safety. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. World Health Organization; 2016.
10. Better home care for older people: a quick guide for people who arrange their own home care. Social Care Institute for Excellence, National Institute for Health and Care Excellence and Social Care Institute for Excellence; 2017. Disponible a:
https://www.nice.org.uk/Media/Default/home_care_quick_guide/A-quick-guide-for-people-who-arrange-their-own-home-care-amended.pdf

11. Gené Badia J, Hidalgo García A, Contel Segura JC, Borràs Santos A, Ortiz Molina J, Martín Royo J, et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Aten Prim.* 2006 Jun [citat 14 novembre 2017];38(1):47-50. Disponible a:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656706704358>
12. Continguts per a la confecció del Pla estratègic de serveis socials de Catalunya 2018-2021. Presentació 20/07/2018. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies; 2017.
13. Mayo N, Wood-Dauphinee S, et al. There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*. 2000;31:1016-23.
14. Rehabilitació ambulatoria i domiciliària. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2008.
15. Kraut JC, Singer BJ, Singer KP. Referrer and service provider beliefs and attitudes towards rehabilitation in the home; factors related to utilisation of early supported discharge. *Disabil Rehabil*. 2014;36(25):2178-86.
16. Pla de rehabilitació a Catalunya: els processos assistencials en rehabilitació. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2008.
17. Langhorne P, Holmqvist L, Taylor G, Murray G, Askim T, Dennis M, et al. Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med [Internet]*. 2007 [citat 14 novembre 2017];39(2):103-8. Disponible a:
<https://medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0042>
18. Discharging older patients from hospital. Report by the comptroller and auditor general. Department of Health; 2016. Disponible a:
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/Discharging-older-patients-from-hospital.pdf>
19. Silva Panez G. Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios. IEP Ediciones; 2012 [citat 14 novembre 2017]. Disponible a:
http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/iep/20170328022359/pdf_175.pdf
20. van Rensburg AJ, Rau A, Fourie P, Bracke P. Power and integrated health care: shifting from governance to governmentality. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):1-11.
21. Valentijn PP, Vrijhoef HJM, Ruwaard D, de Bont A, Arends RY, Bruijnzeels MA. Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaboration processes. *BMC Heal Serv Res*. 2015;15:32.
22. Garcia Marimon X, González Navarro AM. L'elaboració d'un quadre de comandament integral dels serveis d'atenció domiciliària: guia metodològica. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2014.
23. Grup de Treball del Model d'Atenció no Presencial en el Sistema Sanitari de

Catalunya. Model d'atenció no presencial en el sistema sanitari de Catalunya: 2013-2016. Barcelona: Departament de Salut; 2014. [citad 14 novembre 2017]. 44 p. Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/MANP2013_2016.pdf

24. Department of Health, Department for Communities and Local Government, Local Government Association, National Health Service England. How to ... understand and measure impact; 2015.
25. Stiefel M, Nolan KA. Guide to measuring the triple aim: population health, experience of care, and per capita cost. [Internet]. Vol. Series whi. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2012 [citad 14 novembre 2017]. 40 p. Disponible a:
<https://www.jvei.nl/wp-content/uploads/A-Guide-to-Measuring-the-Tri-ple-Aim.pdf>
26. Limited PC. Does the primary care home make a difference? 2017 [citad 14 novembre 2017]; Disponible a:
https://www.mendeley.com/research-papers/primary-care-home-make-difference/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B5d611102-e030-4279-aed0-e5c-14d1750c8%7D
27. Measurement IIC for HO. Older Person. [citad 14 novembre 2017]; Disponible a:
https://www.mendeley.com/research-papers/older-person-4/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bf2b4ae3a-9b36-4f67-8336-4eb195161f5c%7D
28. Netten A, Beadle-Brown J, Towers A-M, Welch E, Forder J, Smith J, et al. Measuring the outcomes of care homes: Final report [Internet]. PSSRU; 2010 [citad 14 novembre 2017]. p. 124. Disponible a:
www.pssru.ac.uk
29. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. ACOVE quality indicators. Ann Intern Med [Internet]. 2001 Oct 16 [citad 14 novembre 2017];135(8_Part_2):653-67. Disponible a:
http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-135-8_Part_2-200110161-00004
30. Nuño-Solinís R, Stein V. Measuring integrated care – the quest for disentangling a gordian knot. Int J Integr Care [Internet]. 2016;16. Disponible a:
https://www.researchgate.net/publication/309228231_Measuring_Integrated_Care_-_The_Quest_for_Disentangling_a_Gordian_Knot
31. Mapa de serveis socials de Catalunya [Internet]. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

- http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/estadistiques/mapa_de_serveis_socials_de_catalunya/
32. Memòria del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies 2016. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies; 2018. Disponible a:
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/07memories/2016/Memoria_DTSF_2016_gener18.pdf
 33. Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2016. 1a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a:
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/15serveissocials/sistema_catala_serveis_socials/documents/informe_estat_serveis_socials/informe_ss_2016.pdf
 34. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. DOGC núm. 4990. 18.10.2007.
http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=415692&action=fitxa
 35. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/estrategia_2017_2019.pdf
 36. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari. Estratègia 2017-2020. Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PAISS/docs/PAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf

Altra bibliografia consultada per elaborar el model

1. AAL Association, AAL Success Stories. Innovative technology for active and healthy ageing; 2002.
2. Abad Bassols Á, Aguilera Guzmán M, Alonso Paniagua A, Arévalo Gallego T, Ferrari San Juan M, García Gómez-Coronado Y, et al. Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte (ESAD). Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1999. Disponible a:
<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/atDomiciliaria.pdf>
3. Replicating and tutoring integrated care for chronic diseases, including remote

- monitoring at regional level. European Commission; 2013. Disponible a:
https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-age-ing/gp_b3.pdf
4. Potentially preventable readmissions claims-based measure for home health: risk adjustment methodology [Internet]. Burlingame: ACUMEN; 2016. Disponible a:
https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/Downloads/PPR_Risk_Adjustment_Methodology_07DEC2016-508-v3.pdf
 5. Oasis-based outcome measures. Home health quality measures - Outcomes [Internet]. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2017 Feb. Disponible a:
https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/Downloads/Home_Health_Outcomes_Measures_Table_OASIS_C2_02_03_17_Final.pdf
 6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Developing affordable and accessible community-based housing for vulnerable adults. Washington D.C.: The National Academies Press; 2017. Disponible a:
<https://www.nap.edu/catalog/24787>
 7. Age UK. Integrated care services: bringing together leaders to transform services and outcomes for people leaving with long-term conditions; 2014. Disponible a:
http://www.ageuk.org.uk/brandpartnerglobal/berkshirevpp/documents/age_uk_integrated_care_brochure.pdf
 8. Aged care roadmap. Aged Care Sector Committee; 2016. Disponible a:
https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/04_2016/strategic_roadmap_for_aged_care_web.pdf
 9. Guía práctica para el diseño y la realización de evaluaciones de políticas públicas: enfoque AEVAL. 1a ed. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios; 2015. Disponible a:
http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/evaluaciones/Guia_Evaluaciones_AEVAL.pdf
 10. Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios; 2014. Disponible a:
http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/informes/Informe_Percepcion_2014.pdf

11. Aguilar Hendrickson M. Spain and the LAPAD: 10 years of top-down universalistic reform of LTC in a Southern European welfare state. Milan; 2017. Disponible a:
<https://www.researchgate.net/publication/317969320%OASpain>
12. Agullo P, Cano M, Ballester A, Blanquer JJ, Castejón R, Ferrandis E, et al. Instrumentos de valoración del programa de atención a domicilio. 2002;01(1). Disponible a:
<http://eutanasia.ws/hemeroteca/j88.pdf>
13. Model de serveis socials bàsics: una aposta per repensar i millorar l'acció social territorial des de l'Administració local. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2009. Disponible a:
http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2011/9/documentacio_gene-ral10.pdf
14. Alejandro Mazilli D, Caravias Aguilar Á, Fernández Vázquez MI, Gómez Arcas M, Molero Llorens M, Muñoz Cansino MV. Guía de actuación clínica. Atención domiciliaria. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2006. Disponible a:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0280.pdf>
15. Alejos Marín A, Arranz Martín E, Camarasa Casterá JJ, Díaz Muiña M, Gaona Barthelemy JL. Marco común sobre las cartas de servicios en las administraciones públicas españolas. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios; 2015. Disponible a:
http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/guias/Mar-co_Comun_CS.pdf
16. Amarashingham R, Xie B, Karam A, Nguyen N, Kapoor B. Using community partnerships to integrate health and social services for high-need, high-cost patients. Issue Brief. Commonwealth Fund. 2018 Jan. Disponible a:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=me-di&NEWS=N&AN=29320140>
17. Ambl J. Fragilitat : F r a g i l i t a t.
18. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la valoración integral geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(3):119-27. Disponible a:
<file:///C:/Users/egrau/Downloads/ndiceFrgil-VIGOK.pdf>
19. Amelung VE, Reichert A, Urbanski D, Matejevic L, O'riordan E, Blatt E, et al. Integrating health and social care: a global perspective of experience, best practices and the way forward. Applied Health Services Research (INAV). IBM Cúram Research Institute Commission; 2014.

20. Anderson S. Assessing readiness to deploy integrated care and requirements for transferring good practices. eHealth Week; Malta, 10-12 May 2017.
21. Antonio J, Zaragoza A. Ancia fràgil: la vulnerabilitat i l'envelliment. *Mètode*. 1985;43:89-93. Disponible a:
https://metode.cat/wp-content/uploads/2013/05/43_089_093_ancia_fragil_vulnerabilitat.pdf
22. Presentación del modelo global de diagnóstico social. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco; 2014.
23. Atenció Primària Vallcarca – Sant Gervasi. Cartera de servicios. Atenció Primària Vallcarca – Sant Gervasi [Internet]. Barcelona; 2013. Disponible a:
<http://aprimariavsg.com/aprimariavsg/wp-content/uploads/2014/07/CARTERA-DE-SERVICIOS-ATENCIÓ-PRIMÀRIA-VALLCARCA-SANT-GER-VASI-2017.pdf>
24. Home care common standards. Australian Aged Care Quality Agency. Australian Government. Disponible a:
https://www.aacqa.gov.au/providers/home-care/processes-and-resources/resources-specifically-for-home-care/fact-sheets/homecarecommon-standardsv14_0.pdf
25. Commonwealth Home Support Programme Programme Manual 2017. Australian Government. Department of Health; 2017. Disponible a:
<https://www.myagedcare.gov.au/help-home/commonwealth-home-support-programme>
26. Avellana JA, Blanquer JJ, García F, Iranzo JM, Pascual L. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. *General Valencia Cons Sanit*. 2006;3:172. Disponible a:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Escalas+e+instrumentos+para+la+valoraci?n=en+Atenci?n+Domiciliaria#1>
27. Badalona Serveis Assistencials, Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra (Ais-Be). Work package 2 report Spain; 2016. Disponible a:
https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE_WP2_Spain_Final-thick-descriptions.pdf
28. Badia W, Bonilla M, Buendia C, Cegri F, Company J, Contel JC, et al. Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. Departament de Salut, Institut Català de la Salut; 2010. Disponible a:
<http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/at-dom.pdf>
29. Atenció integrada a la complexitat a domicili prova pilot a Nou Barris: Centre Integral de Salut de Cotxeres i Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona.

- [Document de treball índex]. 2017. <http://www.consorci.org/media/upload/arxiu/Consultoria%20i%20Gestio/Integracio%20salut%20i%20social%20CIS%20Cotxeres/Resultats%20del%20projecte%20d'Atenci%C3%B3%20Integrada%20a%20la%20Complexitat%20a%20Domicili.pdf>
30. Bate A. Health and social care integration. Briefing Paper. London: The House of Commons Library. 2017 Oct (7902). Disponible a:
<http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/Adult-Health-SocialCare-Integration/Narrative%5Cnhttp://www.gov.scot/Resource/0047/00479800.pdf>
 31. Ollero-Baturone MO. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. A: Foro de Debate: Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2009.
 32. Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000.
 33. Baylis A, Perks-Baker S. Enhanced health in care homes learning from experiences so far. London: The King's Fund; 2017. Disponible a:
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2017-11/Enhanced_health_care_homes_Kings_Fund_December_2017.pdf
 34. Beed J. Expanding caregiver support in Ontario. 2017.
 35. Model de serveis socials bàsics. Desenvolupament del Servei Bàsic d'Atenció Social (SBAS). 1a ed. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social i Família; 2015. Disponible a:
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num_23/eines-23-def.pdf
 36. Berman A, Snyder S. Promoción de la salud fisiológica. A: Kozier B, Berman A, Snyder S. Kozier & Erb fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. Madrid: Pearson Educación; 2013.
 37. Blok J De, Kimball M. Buurtzorg Nederland: nurses leading the way! AARP J. 2017;4.
 38. Blumenthal D, Anderson G, Burke S, Fulmer T, Jha AK, Long P. Tailoring complex-care management, coordination, and integration for high-need, high-cost patients a vital direction for health and health care. National Academy of Medicine. 2016. Disponible a:
NAM.edu/Perspectives
 39. Bocco G, Espejel I, Hualde A, Liedo P, Olivé L, Reyes C, et al. Evaluación de proyectos multi / inter / transdisciplinarios Evaluación de proyectos multi / inter / transdisciplinarios Reporte de investigación [Internet]. 2014. 43 p. Disponible a:

www.foroconsultivo.org.mx

40. Bölenius K, Lämås K, Sandman P-O, Edvardsson D. Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2017 Dec 16 [citad 14 novembre 2017];17(1):57. Disponible a:
<http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0445-0>
41. Bolton J. The role of intermediate care in delivering improved outcomes for older people. 2015.
42. Bolton J, Townson J. Messages on the future of domiciliary care services. 2018.
43. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari. 2016.
44. Brenner M, O'Shea M, Larkin PJ, Lundstroem Kamionka S, Berry J, Hiscock H, et al. Exploring integration of care for children living with complex care needs across the European Union and European Economic Area. Int J Integr Care. 2017;17(2):1-5. Disponible a:
<http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2544>
45. Brown H, Abdallah S, Townsley R. Understanding local needs for wellbeing data: measures and indicators. London; 2017. Disponible a:
<http://www.happycity.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/Understanding-local-needs-for-wellbeing-data-JULY-2017.pdf>
46. Bureau V, Theobald H, Blank R. Governing home care: a cross-national comparison. Cheltenham: Edward Elgar; 2007.
47. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic diseases in Europe: strategies, interventions and challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies; 2016. Disponible a:
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/tackling-chronic-disease-in-europe-strategies,-interventions-and-challenges>
48. Health homes for patients with complex needs. California concept paper - final. Department of Health Care Services. Health Homes Program; 2016. Disponible a:
<http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/HealthHomes/StakeholderCommentsHHPCN3.0.pdf>
49. The campaign to end loneliness measurement tool. A: Measuring your impact on loneliness in later life. Oxfordshire: Age UK; 2016.

50. Integrated Client Care Program for Older Adults with Complex Needs. Canadian Home Care Association; 2014. Disponible a:
<http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=3881>
51. Canal R, Vilà T. Cap a una atenció integrada social i sanitària: per un nou model centrat en les persones. Debats Catalunya Social. Propostes des del Tercer Sector, 43. Barcelona: Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya; 2015 [citat 14 novembre 2017]. Disponible a:
https://www.mendeley.com/research-papers/debats-catalunya-social-cap-una-atenció-integrada-social-i-sanitària-per-un-nou-model-centrat-en-les/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bfe9dfd3c-0cf5-4d69-9b93-4f6f11
52. Canals X, Iniesta C, Martínez J. Els serveis socials especialitzats des de la perspectiva de l'atenció centrada en la persona. Col·lecció Eines, 31. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies; 2016.
53. Cañizares S. Transformació digital a sanitat (telemedicina). Microsoft. Disponible a:
<http://acmcb.es/files/425-11556-DOCUMENT/Canizares9315Feb17.pdf>
54. Services for older people in the City of Edinburgh. Report of a joint inspection of adult health and social care services. Edinburgh: Care Inspectorate and Healthcare Improvement Scotland; 2017. Disponible a:
www.healthcareimprovementscotland.org/OAThe
55. Checking services for people living in their own. London: Care Quality Commission; 2017. Disponible a:
https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/home_care_report_easy_to-read.pdf
56. Not just a number: home care inspection programme. Care Quality Commission. Disponible a:
https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/home_care_infographic_0.pdf
57. What can you expect from a good GP practice? Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission; 2015. p. 8. Disponible a:
http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160222_CQC_Good_GP_leaflet_FINAL.pdf
58. The quality of care in Salford. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission; 2016. Disponible a:
https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160520_salford_main_report_final.pdf

59. Not just a number: home care inspection programme – national overview [Internet]. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission; 2013. Disponible a:
https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/9331-cqc-home_care_report-web_0.pdf
60. Carpenter D, Famolaro T, Hassell S, Kaeberle B, Reefer S, Robins C, et al. Patient safety in the home assessment of issues, challenges, and opportunities. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and National Patient Safety Foundation; 2017. Disponible a:
<http://www.ihi.org/resources/Pages/Publications/Patient-Safety-in-the-Ho-me.aspx>
61. Carretero S, Kucsera C. Report on case studies of technology-based services for independent living for older people. Luxembourg: Joint Research Centre; 2015. Disponible a:
<https://ec.europa.eu/jrc%5Cnhttps://ec.europa.eu/jrc/en/institutes/ipts>
62. Carretero S. Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home. Luxembourg: European Union; 2015.
63. Carretero S. Technology-enabled services for older people living at home independently: care authorities in the EU Member States. Luxembourg: European Commission; 2015. 50 p. Disponible a:
<http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC96022/lf-na27256enn.pdf>
64. Cegarra J. La tecnología. A: Diaz de Santos, ed. Metodología de la investigación científica y tecnológica. 2012. Disponible a:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unacrsp/reader.action?docl-D=3228677&query=tecnologia>
65. Center for Health Care Strategies. Medicaid health homes: implementation update; 2014.
66. Center for Health Care Strategies. Enrollment consent.
67. Center for Medicare and Medicaid. CMS quality strategy. 2016. Disponible a:
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assess-ment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quali-ty-Strategy.pdf>
68. Home health quality measures – potentially avoidable events [Internet]. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2017 Feb;2:1-3. Disponible a:
https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assess-ment-Instruments/HomeHealthQualityInits/Downloads/Home_Health_PAE_Measures_Table_OASIS_C2_02_03_17_final.pdf

69. Medicaid health homes: an overview. Centers for Medicare and Medicaid Services; 2016.
70. Requirements in new and accredited HHAs seeking medicare certification. Centers for Medicare and Medicaid Services. Baltimore; 2011. Disponible a:
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/OASIS/index.html>
71. Diagnòstic de salut comunitària ABS Barcelona - CIS Cotxeres. Centre d'Atenció Primària CIS Cotxeres. 2017.
72. Better home care in Canada: a national action plan. Canadian Home Care Association, Canadian Nurses Association, College of Family Physicians of Canada; 2016.
73. Clinical indicators team NHS digital. NHS Outcomes Framework. Health and Social Care Information Centre; 2017:1-26. Disponible a:
www.digital.nhs.uk
74. CMS-OASIS HHPM. Home health quality measures [Internet]. Centers for Medicare and Medicaid Services. Vol. 2. 2017.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/Home-Health-Quality-Measures.html>
75. Coleman EA, Fox P. One patient, many places: managing health care transitions, part III: financial incentives and getting started. *Ann Long-Term Care*. 2004 [citat 14 novembre 2017];12(11):25-32. Disponible a:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.547.7002&rep=rep1&type=pdf>
76. Karsohoh-RAE. Improving home care and community services for individuals with intellectual disabilities and complex care needs. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care; 2017.
77. Connolly AM. Supporting joint action on improving health through the home; 2015. Disponible a:
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/Ane_Marie_Connolly_Supporting_Joint_action_improving_health_through_home.pdf
78. Consell Comarcal d'Osona. Programa d'atenció compartida d'Osona antecedents. 2016.
79. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Visita a Escandinàvia per conèixer el model nòrdic d'ACP. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2017.
80. Contel Segura J, del Rio Camara M, Fernandez Cano P, Gonzalez Mestre A, Guilabert Mora M, Miquel Gomez A, et al. Escala IEXPAC instrument d'avaluació de l'experiència del pacient cronic. 2015. Disponible a:

- <http://www.iemac.es/iexpac/>
81. Cullen J. D6.1 Toolkit for developing the digital competences of carers . 2012.
 82. de Bruin SR, Stoop A, Billings J, Leichsenring K, Ruppe G, Tram N, et al. The SUSTAIN project: a European study on improving integrated care for older people living at home. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):1-12. Disponible a:
<http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.3090/>
 83. de Voursney D, Huang LN. Meeting the mental health needs of children and youth through integrated care: a systems and policy perspective. *Psychol Serv*. 2016 [citat 14 novembre 2017];13(1):77-91. Disponible a:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/ser0000045>
 84. Model de serveis socials bàsics: desenvolupament del Servei Bàsic d'Atenció Social (SBAS). 1a ed. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família; 2015. 47 p. Disponible a:
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num_22/eines_22_3.gif_1598271925.gif
 85. LA2, PE 2.4. Alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat: reordenació de la xarxa sociosanitària. Versió 2.1; agost de 2012. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/05_documentacio
 86. Servei Català de la Salut Unitat d'Informació i Coneixement, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en atenció domiciliària: any 2016. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2018. (Informes breus; 13/2018). Disponible a:
<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3457>
 87. Grup de Treball del Model d'Atenció no Presencial en el Sistema Sanitari de Catalunya. Model d'atenció no presencial en el sistema sanitari de Catalunya: 2013-2016. Barcelona: Departament de Salut; 2014.
 88. Pla nacional d'urgències de Catalunya: PLANUC. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2017. . Disponible a:
http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/urgencies_mediques/planuc/planuc.pdf
 89. Model col·laboratiu per a l'abordatge de l'atenció sanitària i social bàsica a Lleida. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya ;. 2016.
 90. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat: document conceptual. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [citat 14 novembre 2017]. Disponible a:
https://www.mendeley.com/research-papers/programa-prevenció-i-atenció-la-cronicitat-document-conceptual/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B-

Of8a35cf-520c-4aa6-bf99-94808b2cf934%7D

91. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Prestacions de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública. Dades de la prestació o apartat; 2017. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/
92. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària ENAPISC. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2017. Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/enapisc/presentacio_enapisc.pdf
93. Programació territorial dels serveis socials especialitzats personal 2015-2018. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies; 2016. p. 138. Disponible a:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/15serveissocials/serveis_socials_especialitzats/destacats/programacio_territorial.pdf
94. Integration and better care fund: policy framework. Department of Health; 2017 [citat 14 novembre 2017]:1-34. Disponible a:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/607754/Integration_and_BCF_policy_framework_2017-19.pdf
95. Instrumento Técnico Común de Valoración de la Exclusión Social. Donostia: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales; Disponible a:

http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/adjuntos/Instrumento_valoracion_exclusi-on_social-junio_2012.pdf
96. Integration and BCF. Department of Health; 2017. Disponible a:

www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/
97. Local area performance metrics: health and social partnersMinistry of Housing, Communities and Local Government. Department of Health and Social Care; 2017. Disponible a:

https://www.gov.uk/government/publications/local-area-performance-metrics-and-ambitions?utm_campaign=8438418_Scieline_July_2017&utm_medium=email&utm_source=SCIE&utm_sfid=003G-000002cf3selAA&utm_role=Manager&dm_i=4O5,5OV4I,NUB4EZ,J81LW,1
98. NHS outcomes framework: at-a-glance. List of outcomes and indicators in the NHS Outcomes Framework for 2016-17. Department of Health; 2016. p. 5. Disponible a:

- <https://amhp.org.uk/app/uploads/2017/06/NHS-Outcomes-Frame-work-2016-2017.pdf>
99. How to... understand and measure impact. Better Care Fund; May 2015 [citat 14 novembre 2017]. Disponible a:
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/bcf-user-guide-04.pdf>
 100. Su guía de paquetes de servicios de atención en el hogar. Australian Government. Department of Health; 2017.
 101. Serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball; 2016. 1-27 p. Disponible a:
http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/serveis_socials_basics/serveis_dintervencio_socioeducativa_no_residencial_per_a_infants/
 102. Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, Combescure C, Buchs B, Schaller P, et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):53. Disponible a:
<http://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0449-9>
 103. Diccionari de serveis socials. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania; 2010. Disponible a:
<http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/detalls/Article/Diccionari-de-serveis-socials>
 104. Avaluació de la qualitat del servei d'ajuda a domicili. Consell Comarcal del Vallès Oriental. Informe de resultats. Diputació de Barcelona; 2016. p. 69. Disponible a:
<https://seu-e.cat/documents/1348657/6888677/Estudi+SAD.pdf-f/5023d626-c524-4bb6-92af-1431c1f335ee>
 105. Protocol únic de recollida de dades dels serveis socials d'atenció domiciliària (2012). Diputació de Barcelona. Disponible a:
https://www.diba.cat/documents/14465/0/Formulari+2012_SAD.pdf
 106. Servei Local de Teleassistència [Internet]. Diputació de Barcelona. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2017. 27 p. Disponible a:
<http://www.diba.cat/web/benestar/teleassistencia#Preferencies>
 107. Flors M. Gestió i millora estratègica de la contractació del servei d'atenció domiciliària: organització i regulació jurídica. Diputació de Barcelona; 2015.
 108. Diputació de Barcelona. Memòria de Gestió del Servei Local de Teleassistència de la Diputació de Barcelona. Resultats any 2015. Barcelona: Diputació de

- Barcelona; 2015 [citat 14 novembre 2017]. Disponible a:
https://www.mendeley.com/research-papers/memòria-gestió-del-servei-local-teleassistència-la-diputació-barcelona-resultats-2015/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B446ee9d3-2b8c-4636-a545-dd053bdbd0e2%7D
109. Diputació de Barcelona, Institut Universitari Avedis Donabedian. Escala de valoració SAD social: instrument. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2016. Disponible a:
<http://www1.diba.cat/l1breria/pdf/56188.pdf>
 110. Atenció primària i salut comunitària: una nova orientació per a l'atenció primària de salut. Departament de Salut; 2016. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/model_assistencial/PlaestrategicAPSC/Bases_PEAPISC_16.pdf
 111. Donner G, Fooks C, McReynolds J, et al, Expert Group on Home and Community Care. Bringing care home. Report of the Expert Group on Home & Community Care. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care; 2015. Disponible a:
http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/hcc_report.pdf
 112. Dunbar-Rees R. Outcomes based commissioning: healthcare; 2016.
 113. Erens B, Wistow G, Mounier-Jack S, Douglas N, Jones L, Manacorda T, et al. Early evaluation of the integrated care and support pioneers programme: interim report [Internet]. London: Department of Health Services Research & Policy; 2015. 183 p. Disponible a:
[http://www.piru.ac.uk/assets/files/Early evaluation of IC Pioneers, interim report.pdf](http://www.piru.ac.uk/assets/files/Early%20evaluation%20of%20IC%20Pioneers,%20interim%20report.pdf)
 114. Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud; 2014. 0-38 p. Disponible a:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion14&url=gestioncalidad/DesarrolloCompetencial.htm
 115. White paper on cancer carers. European Cancer Patient Coalition; 2017. Disponible a:
<http://www.ecpc.org/WhitePaperOnCancerCarers.pdf>
 116. Calidad de la Administración pública: una caja de herramientas para gestores. Versión resumida. Ministerio de Hacienda y Función Pública; 2016.
 117. European Commission. Blocks: tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017. 142 p. Disponible a:

- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf
118. Literature review and identification of best practices on integrated social service delivery. Part II – country case studies. Vol. II. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014. 123 p. Disponible a:
<http://servicedelivery.dss.gov.au/2015/05/04/european-commission-releases-reports-on-integrated-social-services-delivery-best-practice/>
 119. Adherence to medical plans for older people: a European innovation partnership on active and healthy ageing priority [Internet]. European Commission; 2012. Disponible a:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ageing/docs/medicalplans_olderpeople_en.pdf
 120. Quality of public administration: a toolbox for practitioners. European Commission; 2015. 140 p. Disponible a:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7757>
 121. Integrated social services in Europe: a study looking at how local public services are working together to improve people's lives. European Social Network; 2016. 45 p. Disponible a:
<http://www.esn-eu.org/integrated-services/index.html>
 122. Falls in older people overview. National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
 123. Farla K, Varnai P. Impact assessment information gathering for the ambient assisted living joint programme: analysis of survey responses. Technopolis, AAL Programme; 2016.
 124. Feng M, Murphy M, Murphy M. Independent living capacity evaluation in home-based primary care: considerations and outcomes of a quality improvement project. Clin Gerontol. 2017;40(1):51-62. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5245922/pdf/nihms823686.pdf>
 125. Ferrer C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. Jano. 2006;1(1):47-8. Disponible a:
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
 126. Ferrer C, Cegri F, Solano C, Nieto E, Muñoz Y. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España. Faecap; 2015. 20-35 p. Disponible a:
http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/informe_de_faecap_sobre_la_atencion_domiciliaria_en_espana.pdf
 127. García Lizana F. European innovation partnership on active and healthy ageing. Med Clin (Barc). 2013;140(5):238-9. Disponible a:

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775312006173>
128. Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. DOGC. 26 maig 2010 (5641);42475-536.
 129. Diccionari de serveis socials. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania; 2010. Disponible a:
<http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/detalls/Article/Diccionari-de-serveis-socials>
 130. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari 2017-2020. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2016. p. 43. Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectoriais_i_interdepartamentals/PAISS/docs/PAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf
 131. Cartera de serveis socials 2008-2009. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania; 2008. 168 p.
 132. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Llei d'accessibilitat. 2014.
 133. Model de serveis socials bàsics. Desenvolupament del Servei Bàsic d'Atenció Social (SBAS). 1a ed. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família; 2015. Disponible a:
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num_23/eines-23-def.pdf
 134. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016.
 135. Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2014. 24 p. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/ar-xius/criteris_planif_alter_assis.pdf
 136. Escuriet R, Mompart A, Rubio A, Magrinyà-Rull P, Nadal C, Padró L, et al. Model d'atenció a la salut de les persones trans*. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2017.
 137. Construïm un model integrat d'atenció social i sanitària, central en les persones. Balanç 2014-2015. Generalitat de Catalunya. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari; 2015.
 138. Alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat. Models d'atenció domiciliària, residencial i 7x24 als malalts crònics [Internet]. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat; 2012. p. 1-24. Disponible a:

- http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/frontl_ad.pdf
139. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe: current structure and future challenges. *Observative Studies Series*, 27. 2012. 156 p. Disponible a:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf
 140. Cuidando en casa. Guía para cuidado familiar. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008. 54 p.
 141. Cuidando en casa. Guía para entender mis sentimientos: ¿por qué me siento mal? Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2009. 48 p.
 142. Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión [Internet]. Terminología y criterios ámbito social. Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales; 2012. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/adjuntos/1-MANUAL%20economico.pdf
 143. Gomis M. Sessió de treball: informació d'atenció integrada a domicili. Elevada satisfacció dels usuaris i dels professionals implicats Incertesa de futur. 2015.
 144. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. The Kings Fund; 2014. p. 1-28. Disponible a:
http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/providing-integrated-care-for-older-people-with-complex-needs-kings-fund-jan14.pdf
 145. Gorgas Torner MQ, Pez Vives F, Camós Ramió J, De Puig Cabrera E, Jolouch Santasusagna P, Homs Peipoch E, et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp*. 2012;36(4):229-39. Disponible a:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.farma.2011.06.015>
 146. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Models and strategies to integrate palliative care principles into care for people with serious illness. Washington, DC: The National Academies Press; 2017. 102 p. Disponible a:
<https://www.nap.edu/catalog/24908>
 147. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. Integrating the patient and caregiver voice into serious illness care. Washington, DC:

- The National Academies Press. 100 p. Disponible a:
<https://www.nap.edu/catalog/24802>
148. Gray BH, Sarnak DO, Burgers JS. Home care by self-governing nursing teams: the Netherlands' Buurtzorg Model. *Commonw Fund*. 2015 May;14:1-10.
 149. Green S. Investing in later life: a toolkit for social services providing care for older people. *European Social Network*; 2017. Disponible a:
<http://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Invest-ing-in-later-life.pdf>
 150. Groff AC, Colla CH, Lee TH. Days spent at home — a patient-centered goal and outcome. *N Engl J Med*. 2016;375(17):1610-2. Disponible a:
<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1607206>
 151. Grooten L, Borgermans L, Vrijhoef B. Measuring maturity of integrated care: a first validation study. Brussels; 2017. Disponible a:
<https://www.scirocco-project.eu/wp-content/uploads/2017/06/2017-05-08-ICIC-2017-Liset-Grooten-Measuring-maturity-of-integrated-care.pdf>
 152. 100 recomendaciones de calidad para el servicio de teleasistencia domiciliaria. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2011. Disponible a:
<https://www.segg.es/media/descargas/documento%20TAD%20teleasistencia.pdf>
 153. Guirao-Goris J, Ruiz A, Alonso A, Cardona J, Costa E, MJ D, et al. Metodología de cuidados de enfermería en atención domiciliaria. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2004. 334 p. Disponible a:
<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.3784-2004.pdf>
 154. Hazen ACM, de Bont AA, Boelman L, Zwart DLM, de Gier JJ, de Wit NJ, et al. The degree of integration of non-dispensing pharmacists in primary care practice and the impact on health outcomes: a systematic review. *Res Soc Adm Pharm*. 2018;14(3):228-40. Disponible a:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.04.014>
 155. Revisiting quality indicators for home care performance in Ontario. *Health Quality Ontario*; 2016. p. 37. Disponible a:
<http://hssontario.ca/Who/Conference/Documents/2016Presentations/TA06.pdf>
 156. Experiencing integrated care: Ontarians' views of health care coordination. Toronto: Health Quality Ontario; 2015. Disponible a:
<http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/pr/report-experienc-ing-integrated-care-1504-en.pdf>
 157. Integrated care and support: our shared commitment. National Collabora-

tion for Integrated Care and Support; 2013 [citad 14 novembre 2017]. 48 p. Disponible a:

https://www.mendeley.com/research-papers/integrated-care-support-shared-commitment/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B625fef5f-cd28-475d-a5d3-facf7a35b3ab%7D

158. Health P. Integrating care to older people: a continuum of strategies to promote health, wellbeing and independence coordinating older people's complex; 2016.
159. Tunstall to showcase advanced telehealth and telecare solutions at WoHIT 2010. Heathtech wire; 2010. 2 p. Disponible a:
<http://www.ehealthnews.eu/tunstall/1969-tunstall-to-showcase-advanced-telehealth-and-telecare-solutions-at-wohit-2010>
160. Hemerijck A, Burgoon B, Di Pietro A, Vydra S. Assessing social investment synergies. Brussels: European Commission; 2016. 130 p. Disponible a:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=nl&pubId=7958&-furtherPubs=yes>
161. Hilarión P, Herrera E. Manual de qualitat del servei bàsic d'ajuda a domicili [Internet]. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2011. p. 135. Disponible a:
http://www.diba.es/c/document_library/get_file?uuid=7aa065db-5e5f-4c08-849d-5078d42a70f0&groupId=17614
162. Holder H, Kumpunen S, Castle-Clarke S. Managing the hospital and social care interface. Interventions targeting older adults. Nuffield Trust; 2018.
163. Home health care 101: an overview of key elements for an evolving practice setting. Home Health Section. American Physical Therapy Association; 2015.
164. Artza A. La gent gran: un problema real. Barcelona: Hospital Universitari de Bellvitge; 2016.
165. Hounslow and Richmond Community Healthcare NHS Trust (HRCH). Moving towards integrated care: a study of the feasibility of integrating community health and social care in Hounslow and Richmond; 2013. Disponible a:
<http://www.hrch.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=5154>
166. A managed change: an agenda for creating a sustainable basis for domiciliary care in Northern Ireland. Briefing paper. Health & Social Care Board 1; 2015. p. 29. Disponible a:
https://www.mendeley.com/research-papers/managed-change-agenda-creating-sustainable-basis-domiciliary-care-northern-ireland/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B061c3948-5f30-4064-9812-56480624731f%7D

167. Huijbers P. Care in the neighbourhood: better home care at reduced cost [Internet]. Interlinks; 2011. 10-12 p. Disponible a:
<https://www.nursing.nl/congressen/>
168. Improvement NHS, August NHSE. Oxford Health NHS Foundation Trust outcome based commissioning model for mental health : Updated outcome measures [Internet]. NHS Improvement and NHS England; 2016. p. 3. Disponible a:
https://nhsicorporatesite.blob.core.windows.net/green/uploads/docu-ments/MH_outcome_based_commissioning_update_note_v2.pdf
169. Envejecimiento y nuevos servicios de atención en el domicilio. A: Ingema - Innobasque. Euskadi envejece: Innobasque en el ámbito del envejecimiento activo y saludable; 2011.
170. Atenció integrada a persones en situació de complexitat ateses a domicili. Institut Català de la Salut; 2014.
171. La formació per a la gestió de la qualitat en el SAD. Informe final. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Institut de l'Envel·liment; 2011. 111 p. Disponible a:
https://www.diba.cat/documents/14465/16342306/formacio_gestio_qualitat_sad_final_revisat_amb_indicadors_.pdf/f0175666-9d49-4bce-b70c-50611f2a5ae9
172. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/doi:10.17226/10027>.
173. Patient-centred healthcare [Internet]. International Alliance of Patients' Organizations. London; 2012. 24 p. Disponible a:
<http://iapo.org.uk/patient-centred-healthcare-resources>
174. International Confederation of Midwives. ICM member association capacityAssessment tool (MACAT); 2007.
175. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Parkinson's disease data collection reference guide; 2014.
176. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Lung cancer data collection. Measuring results that matter social functioning; 2017.
177. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Dementia data collection reference guide. International Consortium for Health Outcomes Measurement; 2017. 104 p. Disponible a:
<http://www.ichom.org/medical-conditions/dementia/>
178. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Data collec-

- tion. Measuring results that matter symptom relief depression & anxiety; 2015.
179. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Measuring results that matter Ability to communicate Stroke. Data Collection Reference Guide. 2017.
 180. Jabbal J. Embedding a culture of quality improvement (full report). The Kings Fund; 2017. 35 p. Disponible a:
<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2017-11/Embed-ding-culture-QI-Kings-Fund-November-2017.pdf>
 181. Jencks SF, Williams M V., Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med. 2009 Apr [citat 14 novembre 2017];360(14):1418-28. Disponible a:
<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa0803563>
 182. Johnson W. Better care for complex needs. Healthc Exec. 2017;32(May):66-7. Disponible a:
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Better-Care-Complex-Needs.aspx>
 183. Johnston L, Rozansky D, Dorrans S, Dussin L, Barker T. Integration 2020: scoping research. London: Social Care Institute for Excellence; 2017. 140 p. Disponible a:
<https://www.scie.org.uk/files/integrated-health-social-care/measuring-progress/research/integration-2020-scoping-research.pdf?res=true>
 184. Jos de Blok. Buurtzorg: humanity above bureaucracy by integrating simplification in a teal organization; 2015. p. 30. Disponible a:
<https://es.slideshare.net/scgs/jos-de-blok-community-nurse-and-ceo-of-burtzoorg-netherlands>
 185. Protocolos de asignación de material de ayuda para los cuidados en domicilio. Junta de Andalucía; 2006.
 186. Kirschner KL, Curry RH. Educating health care professionals to care for patients with disabilities. JAMA - J Am Med Assoc. 2009;302(12):1334-5.
 187. Klein S, Hostetter M, Mccarthy D. An overview of home-based primary care: learning from the field. Issue Br (Commonw Fund). 2017;15(June):1-20.
 188. Koval D, Lishok C, Coolbaugh K. Cougar home safety assessment. Version 2.0. 2004.
 189. Kröger E, Tourigny A, Morin D, Côté L, Kergoat MJ, Lebel P, et al. Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. BMC Health Serv Res. 2007;7:1-9. Disponible a:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2225401/pdf/1472-6963-7-195.pdf>
190. Larsen L. Delivering Integrated care masterclass workshop measuring success. Social care Institute for Excellence; 2017. p. 25. Disponible a:
<https://www.scie.org.uk/files/integrated-health-social-care/better-care/fund-guidance/measuring-success.pdf?res=true>
 191. Ledesma A, Blay C, Contel Segura JC, González-Mestre A, Sarquella E, Vi-guera L. Model català d'atenció integrada: cap a una atenció centrada en la persona. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PAISS/docs/PAISS_model_atencio_integra-da_social_i_sanitaria.pdf
 192. Ledesma A, Blay C, Contel J, Gonzalez-Mestra A, Sarquella E, Viguera L. Resum executiu i casos del model català d'atenció integrada social i sanitària centrat en les persones. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PAISS/docs/PAISS_resum_executiu_i_ca-sos_model_catala_atencio_integrada_-social_sanitaria_centrat_perso-nes_201502.pdf
 193. Leijten FRM, Struckmann V, van Ginneken E, Czymionka T, Kraus M, Reiss M, et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: development and description. *Health Policy (New York)*. 2018;122(1):12-22. Disponible a:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>
 194. Leijten F, Struckmann V, Van Ginneken E, Czymionka T, Kraus M, Reiss M, et al. SELFIE Framework for integrated care for multi-morbidity. *Health Policy (New York)*. 2018;Jan(122):12-22. Disponible a:
https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/08/Pdf_Frame-work_website.pdf
 195. Liébana C, Rovira E. Escolteu-me! L'atenció centrada en la persona en el suport al procés d'envelliment. *Debats Catalunya Social. Propostes des del Tercer Sector*. Barcelona: Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya; 2017. 36 p. Disponible a:
http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_es-colteu-me_acp_maig2017.pdf
 196. Livingston G, Pitfield C, Morris J, Manela M, Lewis-Holmes E, Jacobs H. Care at the end of life for people with dementia living in a care home: a qualitative study of staff experience and attitudes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jun [citat 14 novembre 2017];27(6):643-50. Disponible a:

<http://doi.wiley.com/10.1002/gps.2772>

197. Long P, Abrams M, Milstein A, Anderson G, Apton KL, Dahlberg ML, et al. Effective care for high-need patients: opportunities for improving outcomes, value, and health. 2017. 213 p. Disponible a:
<https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/06/Characteristics-of-Successful-Care-Models.pdf>
<https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/06/Effective-Care-for-High-Need-Patients.pdf>
198. Low LL-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):93. Disponible a:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3112399&tool=p-mcentrez&rendertype=abstract>
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/93>
199. Maczka M, Parry D, Curry R. Technology and innovation in care homes. The SEHTA Review. 2015.
200. Maryland Department of Health. Health care practitioner physical assessment form; 2009.
201. McMullen T, Brazil M. Quality measures and the IMPACT Act. Centers for Medicare and Medicaid Services; 2014. 32 p. Disponible a:
<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/NPC/Downloads/2016-07-07-IMPACT-Act-Presentation.pdf>
202. Measurement period for denominators and numerators for the FFY 2016. Adult core set measurement period table. Disponible a:
<https://www.medicaid.gov/state-resource-center/medicaid-state-technical-assistance/health-homes-technical-assistance/downloads/hh-core-set-measurement-period-table-2016.pdf>
203. Memorial Hospital. Abington Memorial Hospital. p. 1-8.
204. Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D, Feachem R, Yamey G, Schrade C, et al. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC Int Health Hum Rights. 2011;11(1):13. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3247022/pdf/1472-698X-11-13.pdf>
205. Miller R, Stein KV. Building competencies for integrated care: defining the landscape. Int J Integr Care. 2018;17(6):6. Disponible a:
<https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.3946/>
206. Ministry of Health. Guidelines for home care. 2015. Disponible a:
<http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/>

207. Patients first: a roadmap to strengthen home and community care. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care; 2015. 16 p.
208. Molina J, Gene M. De l'atenció a la complexitat clínica a un model d'atenció integrada social i sanitària Alt Penedès; 2014.
209. Montalto M, Portelli R, Collopy B. Measuring the quality of hospital in the home care: a clinical indicator approach. *Int J Qual Health Care*. 1999;11(5):413-8. Disponible a:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10561033>
210. Morse AA. Discharging older patients. *Emerg Nurse* [Internet]. 2016 Sep 12 [citat 14 novembre 2017];24(5):43-43. Disponible a:
<http://journals.rcni.com/doi/10.7748/en.24.5.43.s28>
211. Murray SA, Firth A, Schneider N, Van Den Eynden B, Gomez-Batiste X, Brogaard T, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med*. 2015;29(2):101-11. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25395577>
212. Myagedcare. Cambio de proveedores - consideraciones y lista de verificación. Australian Government; 2016. p. 2. Disponible a:
https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/O2_2017/spanish_11694_myagedcare_changing_providers.pdf
213. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Families caring for an aging America. Washington, DC: The National Academies Press; 2016 [citat 14 novembre 2017]. Disponible a:
<https://www.nap.edu/catalog/23606>
214. National Association of Primary Care. Primary care home visit; 2017. <https://napc.co.uk/primary-care-home/>
215. National Association of Primary Care. Primary care home: population health-based workforce redesign. London: National Association of Primary Care; 2017. 27 p. Disponible a:
<https://www.england.nhs.uk/new-care-models/pchamm/>
216. National Association of Primary Care. Primary care home October 2017. 2017;(October). <https://napc.co.uk/primary-care-home/>
217. National Center for Healthy Housing, National Housing Conference. A systematic review of health impact assessments on housing decisions and guidance for future practice. National Center for Healthy Housing, National Housing Conference; 2016. 118 p. Disponible a:
<http://www.nchh.org/Portals/0/Contents/Guidance-for-Conducting-HI-As-on-Housing-Decisions.pdf>

218. National Institute for Health and Care Excellence. Home care for older people – what you should expect. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng21/resources/home-care-for-older-people-what-you-should-expect-print-friendly-version-pdf-487333550>
219. National Institute for Health and Care Excellence. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877>
220. National Institute for Health and Care Excellence. Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng21/resources/home-care-delivering-personal-care-and-practical-support-to-older-people-living-in-their-own-homes-pdf-1837326858181>
221. National Institute for Health and Care Excellence. People's experience in adult social care services: improving the experience of care and support for people using adult social care services. National Institute for Health and Care Excellence; 2018. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/resources/patient-experience-in-adult-nhs-services-improving-the-experience-of-care-for-people-using-adult-nhs-services-pdf-35109517087429>
222. National Institute for Health and Care Excellence. Head injury: assessment and early management. National Institute for Health and Care Excellence; 2017. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/CG176>
223. National Institute for Health and Care Excellence. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. National Institute for Health and Care Excellence; 2017. p. 34. Disponible a:
[https://www.nice.org.uk/guidance/qs159/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-set-tings-pdf-75545548372933](https://www.nice.org.uk/guidance/qs159/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-75545548372933)
224. National Institute for Health and Care Excellence. Home care for older people. Quality standard. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. 43 p. Disponible a:
[https://www.nice.org.uk/guidance/qs123/resources/home-care-for-older-](https://www.nice.org.uk/guidance/qs123/resources/home-care-for-older-people-pdf-1837336935877)

people-pdf-75545356896709

225. National Institute for Health and Care Excellence. Oral al health improvement for local authorities and their partners overview. NICE pathways. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Disponible a:
file:///C:/Users/hbrull/Downloads/oral-health-improvement-for-local-authorities-and-their-partners-oral-health-improvement-for-local-authorities-and-their-partners-overview.pdf
226. National Institute for Health and Care Excellence. Social care for older people with multiple long-term conditions. Quality standard. National Institute for Health and Care Excellence; 2016 [citat 26 abril 2018]. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs132/resources/social-care-for-older-people-with-multiple-longterm-conditions-pdf-75545415683269>
227. National Primary Care Network (NPCN). Improving accountability in the provision of new models of care: winter review report; 2017. Disponible a:
<https://napc.co.uk/wp-content/uploads/2017/09/Improving-accountability.pdf>
228. National Voices Organisation. National Voices' vision for person centred. National Voices Organisation; 2013. p. 2. Disponible a:
<https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/national-voices-narrative-leaflet.pdf>
229. Navarro S, Larrubia R. Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo. Baetica, Estud Arte, Geogr e Hist. 2006;(28):485-506. Disponible a:
<https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/6668/21.NAVARRO RODRÍGUEZ%2C S.R. Y LARRUBIA VARGAS%2C R..pdf?sequence=1&i-sAllowed=y>
230. Naylor C, Charles A, ed. Developing new models of care in the PACS vanguards: a new national approach to large-scale change? The Kings Fund; 2018.
231. Naylor C, Taggart H, Charles A. Mental health and new models of care: lessons from the vanguards. The Kings Fund, Royal College of Psychiatrists; 2017. Disponible a:
https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/MH_new_models_care_Kings_Fund_May_2017_O.pdf
232. NHS. The forward view into action. New care models: update and initial support; 2015. 43 p. Disponible a:
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/07/ncm-support-package.pdf>
233. NHS. The framework for enhanced health in care homes. NHS England; Sep-

- tember 2016. 48 p. Disponible a:
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/09/ehch-frame-work-v2.pdf>
234. NHS Confederation. Stepping up to the place: the key to successful health and care integration. London: NHS Confederation; 2016. 30 p. Disponible a:
http://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Stepping-up-to-the-place_Br1413_WEB.pdf
235. NHS England South. Safe, compassionate care for frail older people using an integrated care pathway: practical guidance for commissioners, providers and nursing, medical and allied health professional leaders. 2014. 38 p. Disponible a:
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/safe-comp-care.pdf>
236. NHS England. Mental healthcare: a capitated approach to payment with outcomes and risk share components share; 2015. Disponible a:
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/448283/Mental_Health_Outcomes_LPE.final.pdf
237. Technology enabled care services [Internet]. NHS England. Disponible a:
www.england.nhs.uk/tecs.
238. NHS England, Department of Health, Department for Communities and Local Government. Integration and better care fund planning requirements for 2017-19. NHS England; 2017. p. 41. Disponible a:
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/07/integrati-on-better-care-fund-planning-requirements.pdf>
239. National Institute for Health and Care Excellence, Social Care Institute for Excellence. Understanding intermediate care, including reablement. National Institute for Health and Care Excellence, Social Care Institute for Excellence; 2017. p. 4. Disponible a:
<https://www.scie.org.uk/publications/atagance/understanding-intermediate-care.pdf>
240. Nielsen M, Buelt L, Patel K, Nichols LM. The patient-centered medical home's impact on cost and quality: annual review of evidence 2014-2015. 2016. Disponible a:
<https://www.pcpcc.org/sites/default/files/resources/Executive%20Summary.pdf>
241. Nieto F, Gutierrez J, Blanquer JJ. ¿Quién es el cuidador? Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària; p. 2.

242. NSW Health. 2016/2017 Service agreement key performance indicators and service measures data dictionary. NSW Government; 2016. Disponible a: https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/IB2018_048.pdf
243. Nurses Improving Care. Creating age-friendly health systems.
244. Royal College of Nursing. The Buurtzorg Nederland (home care provider) model: observations for the United Kingdom (UK). Royal College of Nursing;
245. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de resultats: àmbit d'atenció primària, dades 2016. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2017.. 156 p. Disponible a: http://www.researchgate.net/profile/Julieta_Corral/publication/279059768_Resultats_en_la_cirurgia_oncolgica_digestiva/links/5589628008ae9076016f85f7.pdf
246. O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2008 Aug;122(2):13. Disponible a: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/122/2/e511.full.pdf>
247. Onie RD, Lavizzo-Mourey R, Lee TH, Marks JS, Perla RJ. Integrating social needs into health care: a twenty-year case study of adaptation and diffusion. *Health Aff*. 2018 Feb 5 [citat 26 abril 2018];37(2):240-7. Disponible a: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2017.1113>
248. Owen T, Meyer J. My home life: promoting quality of life in care homes. Joseph Rowntree Foundation; 2012. Disponible a: <http://www.jrf.org.uk/publications/my-home-life>
249. Pacific Business Group on Health. Intensive outpatient care program (IOCP). California Quality Collaborative; 2014.
250. Palestinian Information Technology Association of Companies [Internet]. Success Stories. 2012. Disponible a: <http://home.pita.ps/wp/category/success-stories/>
251. Palmer L, LLanos K, Bella M, Tobias C. Integrated care program: performance measures recommendations. Hamilton, New Jersey: Center for Health Care Strategies; 2006. p. 24. Disponible a: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Integrated+Care+Program:+Performance+Measures+Recommendations#3>
252. Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. DOGC. 26 maig 2010 (5641);42475-536. p. 216. Disponible a: <https://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf>
253. Patient and Client Council. Care at home: older people's experiences of

- domiciliary care [Internet]. Belfast BTI: Patient and Client Council; 2012. 74 p. Disponible a:
<https://patientclientcouncil.hscni.net/>
254. Pavlickova A. SCIROCCO maturity model for integrated care [Internet]. SCIROCCO. 2017. Disponible a:
<http://www.scirocco-project.eu/maturitymodel/>
255. Paz Lourido B. Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención domiciliar primaria. Universitat de les Illes Balears; 2008. Disponible a:
<http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/index/assoc/TDX-1111/109-1422.dir/TDX-1111109-142205.pdf>
256. Isla P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cult Cuidados*. 2000; (7-8):187-94; 2000 [citat 14 novembre 2017]:187-94. Disponible a:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC_07-08_22.pdf
257. Piqué López V, Ruiz Botella MJ, Camprubí A. Diagnosi de l'exclusió i vulnerabilitat social a Vilanova i la Geltrú. Ajuntament de Vilanova i la Geltrú; 2011.
258. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari Generalitat de Catalunya. Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitari (PAISS) Desplegament 2017-2020. Generalitat de Catalunya; 2017. p. 6. Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PAISS/docs/PAISS_Resum_pla_treball.pdf
259. Qui s'ha de beneficiar d'una atenció integrada social i sanitària? Versió 3.0. Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a:
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PAISS/docs/PAISS_casos_identificacio_poblacio_adreca_model_catala_AI_social_i_sanitaria.pdf
260. Guia d'implementació territorial d'un model d'atenció social i sanitària integrada a la complexitat. Versió 1.4. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció social i sanitària; 2015. 18 p. [Document de treball.]
261. Guia pràctica d'atenció integrada a les persones en situació de complexitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció social i sanitària; [2015]. [Esborrany.]
262. Evaluation of the integrated care and support pioneers programme July 2015- June 2020. London: Department of Health Services Research & Policy. Policy Innovation Research Unit; 2015. p. 1-2. Disponible a:
https://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/Early_evaluation_of_IC_Pioneers_Final_Report.pdf

263. Powel D, Leach K, McCarthy K. Social care as a local economic solution for the West Midlands. New Economics Foundation; 2017. Disponible a:
<https://neweconomics.org/uploads/files/West-Midlands-Social-Care-report.pdf>
264. PPL. Impact and cost: summary of the economic modelling tool for commissioners. PPL; 2016. 33 p. Disponible a:
<https://media.nesta.org.uk/documents/impact-and-cost-summary-of-the-economic-modelling-tool-for-commissioners.pdf>
265. Redding D. New approaches to value in health and care. Realising the Value; 2016. Disponible a:
<https://www.health.org.uk/sites/default/files/RtVNewApproachesToValue.pdf>
266. Resources For Integrated Care. Section 5: crisis planning. A: Care transition toolkit for persons with mental health and co-occurring conditions; 2018. 2 p. Disponible a:
<https://www.resourcesforintegratedcare.com/sites/default/files/5CrisisPlanning.pdf>
267. Resources For Integrated Care. Section 6: living in the community. A: Care transition toolkit for persons with mental health and co-occurring conditions; 2018. 5 p. Disponible a:
<https://www.resourcesforintegratedcare.com/sites/default/files/6LivingintheCommunity.pdf>
268. Rodríguez S, Lacida M, Caballero MM, García RA, Pérez RM LS. Manual de gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria. Consejería de Salud. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados; 2007. 32 p. Disponible a:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>
269. Rowland C. Integrated responses to urgent care report to ADASS East of England health integration network, 7th July 2015. Disponible a:
http://www.eelga.gov.uk/documents/conferences/2015/7_july_2015_health_integration/integrated_responses_to_urgent_care_-_final_version_august_2015.pdf
270. Handbook for homecare services in England. Royal Pharmaceutical Society; 2014. 41 p. Disponible a:
https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS_document_library/Open_access/Professional_standards/Professional_standards_for_Homecare_services/homecare-services-handbook.pdf
271. Professional standards for homecare services in England. Royal Pharmaceu-

- tical Society; 2013. Disponible a:
<https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Professional%20standards/Professional%20standards%20for%20Homecare%20services/homecare-standards-fi-nal-sept-13.pdf>
272. Russell E, Johnson B, Larsen H, Novilla MLB, Van Olmen J, Swanson RC. Health systems in context: a systematic review of the integration of the social determinants of health within health systems frameworks. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Dec;34(6):461-7. Disponible a:
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84896352832&part-nerID=tZOtx3y1>
273. Rutten-van Mölken M. International Conference on Integrated Care; 2017. 81 p. Disponible a:
<https://drive.google.com/drive/folders/OB4iDNFnrUbGTUHowVzIVaTEyWnc>
274. Salinas J, Sprinkhuizen SM, Ackerson T, Bernhardt J, Davie C, George MG, et al. An international standard set of patient-centered outcome measures after stroke. *Stroke*. 2016 Jan;47(1):180-6. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26604251>
275. Salud SA de. Telecontinuidad de cuidados. Seguimiento desde atención hospitalaria. Manual de utilización. Guía rápida [Internet]. Servicio Andaluz de Salud; 2011. 8 p. Disponible a:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../..contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/GuiaUsuario_AH.pdf
276. Santos M, Javier F, Asencio M, Miguel J. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2003. 44 p. Disponible a:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.pdf>
277. Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016. (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). 124 p. Disponible a:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Informe_indicadores_Cronicidad_120516.pdf
278. Serveis Socials. Pla de retorn al domicili. Integració de recursos sanitaris i socials per a pacients amb ictus; 2015. Departament Salut i Ajuntament

- Barcelona[Document de treball.] <http://www.consorci.org/actualitat/noticies/680/presentat-el-pla-de-retorn-al-domicili-per-a-pacients-amb-ictus>
279. Shaughnessy PW, Crisler KS, Schlenker RE, Arnold AG, Kramer AM, Powell MC, et al. Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financ Rev.* 1994;16(1):35-67. Disponible a:
<https://pdfs.semanticscholar.org/cc78/6eaff0c71b8f73209cd22941a74f30be6800.pdf>
 280. Intermediate Care. SCIE Highlights [Internet]. Social Care Institute for Excellence (SCIE). July 2017. Disponible a:
<https://www.scie.org.uk/prevention/independence/intermediate-care/highlights>
 281. Social Care Institute for Excellence (SCIE), National Institute for Health and Care Excellence. Helping to prevent infection. London: National Institute for Health and Care Excellence. Social Care Institute for Excellence; 2017. 4 p. Disponible a <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/NICE-Communities/Social-care/quick-guides/Infection%20prevention.pdf>
 282. IGOP. Cap a un nou model de gestió del Servei d'Ajuda a Domicili (SAD). Les superilles socials. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2018. Disponible a:
<https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2018/04/SAD-i-superilles-amb-mapes-IGOP.pdf>
 283. 100 recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y atención a domicilio. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2007. 20 p. Disponible a:
https://www.segg.es/media/descargas/100_recomendaciones_para_mejora_servicio_atencion_a_domicilio_grupodecalidad.pdf
 284. Stacey D, Taljaard M, Drake ER, O'Connor AM. Audit and feedback using the brief decision support analysis tool (DSAT-10) to evaluate nurse-standardized patient encounters. *Patient Educ Couns.* 2008;73(3):519-25. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18722074>
 285. PACITA project: EU stakeholder involvement on ageing society. Telecare technology for an ageing society in Europe: current state and future developments; 2014. Disponible a:
<http://wp6.pacitaproject.eu/wp-content/uploads/2014/02/Telecare-description-web.pdf>
 286. Stein V. The next step in integrated care: international examples moving beyond health care. International Foundation for Integrated Care, Integrated Care Academy; p. 42. Disponible a:
<http://www.congresocronicos.org/wp-content/uploads/2017/03/Viktoria-Stein.pdf>

287. Stein V. Key principles of integrating care: evidence, lessons and examples from around the world. International Foundation for Integrated Care, Integrated Care Academy; p. 48. Disponible a:
https://innovcare.eu/wp-content/uploads/2016/09/INNOVCare-Work-shop-Vienna_Integrated-Care_VStein.pdf
288. Suter E, Oelke ND, Alice M, Lima S, Stiphout M, Janke R, et al. Indicators and measurement tools for health systems integration: a knowledge synthesis. 2017;17(6):1-17. Disponible a:
<https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.3931/>
289. Tarricone R, Tsouros AD, ed. The solid facts: home care in Europe. Copenhagen: World Health Organization; 2008. Disponible a:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf.
290. Taula d'entitats del Tercer Sector social de catalunya. Els cuidadors familiars. Repte pendent del sistema de la dependència. Dossier Debats Catalunya Social. Propostes des del tercer sector, núm. 37. Taula d'Entitats del Tercer sector Social de Catalunya. 2014. Disponible a:
http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_els_cuidadors_familiars._repte_pendent_del_sistema_de_la_dependencia_juliol_2014_2.pdf
291. Taylor K. Primary care: working differently. Telecare and telehealth – a game changer for health and social care [Internet]. Deloitte Centre for Health Solutions; 2012. 36 p. Disponible a:
<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-telehealth-telecare.pdf>
292. Canadian Home Care Association, HIROC. Building better home care together; 2017. Disponible a:
<http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=314>
293. The Joint Commission. Home Care National Patient Safety Goals Introduction to Reconciling Medication Information [Internet]. 2017. 6 p. Disponible a:
https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Ch
294. The Lewin Group, Institute for Healthcare Improvement. Approaches to integrating physical health services into behavioral health organizations: a guide to resources, promising practices, and tools . The Lewin Group, Inc. Institute for Healthcare Improvement; 2012. 31 p. Disponible a:
https://www.integration.samhsa.gov/Approaches_to_Integrating_Physical_Health_Services_into_BH_Organizations_RIC.pdf
295. Institute of Medicine, National Research Council. The future of home health care: workshop summary. Washington, DC: National Academies Press; 2015

- [citat 26 abril 2018]. Disponible a:
<http://www.nap.edu/catalog/21662>
296. NHS Outcomes Framework 2015 to 2016: policy paper. UK Government. Department of Health and Social Care; 2014.
 297. Torres P, Ballesteros E, Sánchez P, Gejo A. Programas, intervenciones y redes informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas. *Nursing (Lond)*. 2008;26(6):56-61.
 298. Totten AM, White-Chu EF, Wasson N, Morgan E, Kansagara D, Davis-O'Reilly C, et al. Home-based primary care interventions. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 Feb.. Disponible a:
www.ahrq.gov/5Cnwww.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm
 299. Tricco AC, Langlois E V, Straus SE, ed. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2017. 119 p. Disponible a:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258698/1/9789241512763-eng.pdf>
 300. Tunstall. Pendant & trigger alarms Tunstall. Chelmsford, Essex: Essex County Council; 2010.
 301. Valentijn PP, Vrijhoef HJM, Ruwaard D, de Bont A, Arends RY, Bruijnzeels MA. Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaboration processes. *BMC Heal Serv Res*. 2015;15:32. Disponible a:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310187/pdf/12913_2014_Article_634.pdf
 302. Vázquez Rocca A. Zygmunt Bauman: modernidad líquida y fragilidad humana. *Nómadas Rev Crítica Ciencias Soc y Jurídicas*. 2008;19(3):1-8. Disponible a:
<http://www.latertuliadelagranja.org/sites/default/files/Bauman.pdf>
 303. Vaupel JW, Edel A, ed. Green book ageing society. How “new ageing” will change our lives. Discussion paper 6; June 2017.
 304. Verdugo Alonso MÁ, Arias Martínez B, Gómez Sánchez LE, Schallock RL. Manual de aplicación de la Escala de GENCAT de calidad de vida. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials; 2009. 80 p. Disponible a:
<http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
 305. Vicky Serra-Sutton, Montané C, Pons JM, Espallargues M. Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015. 125 p. Disponible a:

- http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aquas2015.pdf
306. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Communities in action: pathways to health equity. Washington, DC: The National Academies Press; 2017. 583 p. Disponible a:
<https://www.nap.edu/catalog/24624>
307. Wenger NS, Solomon D. Appendix to application of ACOVE-3 quality indicators to patients with advanced dementia and poor prognosis (appendices 1 & 2 and figures 1 & 2). Santa Monica, CA: Rand Corporation; 2007. 92 p. Disponible a:
http://www.rand.org/pubs/working_papers/WR515z2.html?src=mobile
308. A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations. Copenhagen: World Health Organization; 2016. Disponible a:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/298297/Step-by-step-guide-developing-profiles-HSD-transformations.pdf?ua=1
309. World Health Assembly. Strengthening integrated, people-centred health services. 2016;23(May):2013-5. Disponible a:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf
310. Creating age-friendly environments in Europe: a tool for local policy-makers and planners. Copenhagen: World Health Organization; 2016; 68 p. Disponible a:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/333702/AFEE-tool.pdf?ua=1
311. World Health Organization. Integrated care models: an overview. Heal Serv Deliv Program [Internet]. 2016;31. Disponible a:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf?ua=1
312. World Health Organization. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery Working document REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE 66th SESSION Strengthening people-centred health systems in the WHO European. 2016;(September):12-5. Disponible a:
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>
313. World Health Organization. Integrated care for older people [Internet]. 2017. 46 p. Disponible a:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1>

314. World Health Organization. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. 40 p. Disponible a:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHSD-Roadmap-171014b.pdf?ua=1
315. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services - Report. World Heal Assem [Internet]. 2016;(A69/39):1-12. Disponible a:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
316. Wray J, Aspland J, Gibson H, Stimpson A, Watson R. "A wealth of knowledge": A survey of the employment experiences of older nurses and midwives in the NHS. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2009 Jul [citat 14 novembre 2017];46(7):977-85. Disponible a:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748908002022>
317. Xarxa Local SAD. Diputació de Barcelona. Una visió de l'atenció domiciliària integral: entrevista a la Mieke Gerritsma. *L'Entrevista*. 1987. p. 33-5.
318. Zabala I. ADOPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS: ANÁLISIS CONTEXTUAL DE REQUISITOS DE MADUREZ [Internet]. Osakidetza; 2017. p. 5. Disponible a:
<https://www.scirocco-project.eu/wp-content/uploads/2017/06/2017-03-03-Congreso-crónicos-Igor-Zabala-Scirocco-Presentation.pdf>

Annexos

10

Annex 1.

Anàlisi DAFO per al desplegament del model d'AI domiciliària

Anàlisi interna ^{40, 41}

	Manca de formació.	Visió integral de la persona.
2.	Fragmentació dels serveis.	Voluntat de millorar el servei.
	Aïllament de nivells assistencials.	Sistemes d'informació en desenvolupament.
4.	Burocràcia per aconseguir la valoració i de gran dependència.	Equips existents i experts d'atenció domiciliària en els diferents àmbits socials.
	Poca capacitat dels professionals per treballar conjuntament amb els diversos àmbits sanitaris i socials.	Coneixement de la situació actual i futura. Bona planificació.
6.	Manca de coordinació real.	La unió fa la força si es vol un projecte d'atenció integral a domicili.
	Manca d'equitat entre l'entorn rural i urbà.	Hi ha esculls en el sistema d'intervenció.
8.	El contracte del programa no cobreix el 100% del cost dels serveis de la dependència ni dels serveis socials.	La persona cuidadora finalment ha de fer rol per el sistema.
	Molta fragmentació, calen molt de consens i canvis normatius per accedir a un model integrat.	En aquests moments hi ha una aposta en l'àmbit de govern, però caldrà treballar en l'àmbit normatiu per implicar governs locals i altres governances.
10.	Manca d'instruments conjunts de valoració de criteris de concessió del sistema en general.	Bons professionals i amb ganes de fer una bona tasca.
	El procés d'atenció durant tota la vida.	Molta experiència en el temps i en intensitat en la prestació del SAD en serveis socials.
12.	Privatització per part de l'Administració.	L'AI domiciliària és a l'agenda del Govern de la Generalitat.
	Precarització laboral dels professionals que hi intervenen.	Competències professionals avançades.
14.	Manca de sensibilitat envers el model existent per part dels agents provadors.	Cobertura en augment (malgrat l'entorn previ).
	Separació de la xarxa social i la xarxa sanitària.	Sensibilitat en augment.

40. Nota: Transcripció de les aportacions del grup.

41. Nota: Les columnes de la dreta i de l'esquerra no estan relacionades.

	Debilitats	Fortaleses
16.	Les ABSS social i de salut no coincideixen.	Lideratge dels professionals.
17.	Manca de regulació i, per tant, d'homogeneïtzació del SAD dins la xarxa social. Cada ABS té el seu model.	Experiències col·laboratives positives.
18.	Manca de recursos.	Equips directius implicats.
19.	Manca de perfils professionals desenvolupats.	Llarga experiència de treball.
20.	Atenció poc estructurada i deficient de la persona cuidadora.	Equips de direcció i gestió implicats i compromisos en la millora i el canvi de model.
21.	Dificultats en l'estratificació de la població inclosa.	Empreses gestores amb expertesa.
22.	Etnocentrisme, manca de visió integrada.	Bon nivell de cobertura.
23.	Poques experiències col·laboratives.	Suport dels tècnics sanitaris / professionals d'infermeria i l'equip a la persona cuidadora i a la persona usuària.
24.	Serveis d'informació (sistemes).	Coneixement en el sistema.
25.	Necessitat de sensibilització i de formació.	Existència de bon nivell.
26.	Servei orientat a les tasques i poc orientat a l'ASP.	AP de salut.
27.	Poca o nul·la cultura d'Al social i sanitària a domicili.	
28.	Poca o nul·la capacitat del SAD d'interrelacionar-se amb l'entorn comunitari.	
29.	Desconeixement del funcionament i l'organització de l'ATDOM.	
30.	No hi ha recollida la veu de les persones.	
31.	Cobertures i intensitats baixes.	
32.	Poca existència de treball col·laboratiu social i sanitari a domicili.	
33.	No ha estat fins ara una possibilitat de veritat.	
34.	Sistema d'informació sanitària i social que no es parlen.	
35.	No hi ha objectius comuns en contractes.	
36.	Seguiment a la persona usuària i a la persona cuidadora.	
37.	Rigidesa actual dels protocols.	
38.	Seguiment mèdic i social de la persona cuidadora.	

	Debilitats	Fortaleses
39.	Manca d'espais per a respir de la persona cuidadora.	
40.	Sobrecàrrega de la persona cuidadora.	
41.	Respir de la persona malalta, fer-ho a cara per no desorientar-la.	
42.	Manca d'informació sobre els recursos disponibles a l'abast.	
43.	Manca d'inventari de recursos a cada territori.	

Anàlisi externa

	Amenaces	Oportunitats
1.	Manca de visió i objectius compartits.	Voluntat institucional (salut, social, presidència).
2.	Temps polítics massa curts.	Necessitat en augment (envelliment i morbiditat més elevada).
3.	Dificultat per obtenir més recursos.	Integració assistencial i atenció centrada en la persona com a línies consensuades de futur.
4.	Gran increment de població amb sobreenvelliment.	Canvi de model.
5.	Alta necessitat social i/o sanitària.	Interès dels professionals.
6.	Pocs recursos per cobrir tanta demanda.	Interès de tots els actors.
7.	Diferents proveïdors.	Plantejament comú per actuar sobre la situació de la persona que facilitaria uns resultats millors en la intervenció.
8.	Projecte molt ampli amb massa interlocutors.	Sistematitzar processos, documentació, criteris, etc. per facilitar a la persona usuària el “camí” quan té necessitats d’atenció social i sanitària.
9.	Que no hi hagi prou finançament per a una cobertura de totes les situacions amb les intensitats que calguin.	Canvis demogràfics que porten cap a unes necessitats socials i sanitàries més elevades.
10.	Encara no està implementada l’atenció a la dependència en intensitat de servei.	Reprendre i redefinir el model per tal que serveixi per aconseguir l’objectiu principal, que és la prevenció i el retard de l’ingrés de la persona en un centre residencial.
11.	Considerar els serveis bàsics socials com a gestors administratius.	Retardar la institucionalització.
12.	No està aconseguint els objectius per als quals es vol dissenyar.	Fer possible el desig de la majoria de les persones, que és romandre a casa seva.
13.	Hauria de ser majoritàriament amb caire preventiu i s’ha convertit en assistencial davant la manca d’altres recursos en les situacions que necessiten més atenció.	Voluntat política.
14.	Pressió d’agents externs, sectors, empreses, etc. per desenvolupar models institucionalitzadors.	Professionals.
15.	Epidemiologia de les necessitats, envelliment poblacional, cronicitat, etc.	Tecnologia.
16.	Expectatives de la ciutadania.	Estratègies col·laboratives amb altres professionals.

	Amenaces	Oportunitats
17.	Sostenibilitat.	Voluntat política.
18.	Realitat sociodemogràfica.	Capacitat econòmica del municipi.
19.	Poca valoració del rol de cura de la nostra societat.	Empoderament progressiu de les persones grans a l'hora de definir el servei.
20.	Sostenibilitat econòmica del sistema.	Hi ha possibilitat d'escriure un model desitjat nou.
21.	Sobreexigència de la població cap a l'Administració en l'atenció de la dependència.	Sembla que vol ser una prioritat de país.
22.	Accions o iniciatives departamentals pròpies que dificultin el disseny del model.	Voluntat institucional per aportar solucions.
23.	Finançament separat.	Incorporar formació a les escoles per sensibilitzar, eliminar estigmes sobre les persones grans.
24.	Canvis en l'entorn polític.	Incorporar eines, instruments, etc. per facilitar l'atenció a la persona.
25.	Desconeixement del potencial que ofereixen les tecnologies actuals i futures.	Les noves generacions incorporen les tecnologies.

Annex 2. Principals factors que poden afectar el desplegament del model d'AI domiciliària

Diagrama causa-efecte (Ishikawa)

1. PROFESSIONALS

- Resistències a canviar maneres de treballar.
- Manca de professionals i de perfils especialitzats.
- Manca de treball en equip i col·laboratiu.
- Deficiències en la formació continuada.
- Professionals especialitzats per a diferents necessitats.
- Sensació de pèrdua de poder.
- Diferents sensibilitzacions dels professionals.
- Poca cobertura de coordinador.
- Millora del reconeixement dels professionals del SAD.
- Baixes condicions laborals.
- Baixa participació de les TF.
- Poca cultura de compartir i coordinar-se.
- Manca fer un bon diagnòstic.

2. PERSONES ATESES

- Desconfiança pel fet que a casa desconeguts.
- Eines de valoració més flexibles i amb visió més integral.
- Augment d'empoderament.
- Manca de participació de la persona usuària.
- Baixa participació en el pla d'intervenció de la persona.
- La no gestió de les expectatives.
- Copagament.
- No respectar opinions ni compartir decisions.

3. METODOLOGIA DE TREBALL

- Marc territorial per treballar en equip.
- Sistemes d'informació.
- Definició de processos de treball.
- Plans independents i descoordinats.
- Manca d'informació social i sanitària.
- No es disposa d'escalas de valoració.
- Fragmentació del sistema.
- Dificultat del treball col·laboratiu.
- Manca de formació en treball cooperatiu.
- Manca de prioritització segons les necessitats avaluades.
- Definir escenaris d'intensitat.

- Poc respecte a la decisió de la persona.
- Manca d'acords entre els familiars.
- Dificultat del procés de presa de decisions.
- Manca de treball a l'entorn familiar i comunitari.
- Manca d'estratègies de prevenció.
- No es compta de forma suficient amb la família i les persones cuidadores principals.
- Capacitat dels familiars per complementar l'atenció.

4. ENTORN I ALTRES IMPLICATS (FAMÍLIA, PERSONES CUIDADORES)

- Manca de sistemes d'informació i història compartida.
- Grans mancances de recursos a la xarxa social.
- Marc normatiu.
- Sistema de finançament.
- Recursos pressupostaris diferents.
- Diferents organitzacions.
- Diferents pressupostos.
- Manca d'equitat en el model i recursos econòmics.
- Necessitat de creació de nous recursos.

5. ESTRUCTURA DELS RECURSOS

- Diferents marcs competencials i de finançament.
- Desconfiança entre les dues xarxes.
- Dificultats i temps de contractació dels serveis.
- Manca d'informació a l'inici i en el seguiment.
- Organització dels avisos per als serveis.
- Model organitzatiu.
- No es disposa de valoració integral pública.
- Normativa vigent governança territorial a tots els nivells.
- Reglamentació dels serveis.
- Temps per a la tasca professional integrada.
- Visió a llarg termini.

6. ORGANITZACIÓ DE LA GESTIÓ



**Generalitat
de Catalunya**