

# Atenció integrada social i sanitària

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

## Model d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari



**Generalitat  
de Catalunya**

# **Model d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari**

Alguns drets reservats

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



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

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

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

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

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

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

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

1a edició electrònica: febrer de 2022

Disseny gràfic i maquetació: Víctor Oliva

## Persones que han participat en l'elaboració del model

### 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 sanitària
2	Departament de Salut. Pla d'atenció integrada social i sanitària	Joan Carles Contel Segura	Membre del Comitè Operatiu del Pla d'atenció integrada social i sanitària. 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	Departament de Salut	Ana Fontquerni	Cap territorial del Servei d'Emergències Mèdiques de Girona
2	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 d'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
8	Departament de Salut. Pla d'atenció integrada social i sanitària	Assumpció González Mestre	Infermera. Fins any 2018 Cap Programa Pacient Expert Catalunya i Programa Cuidador Expert Catalunya
9	Suara	Bianca Fenoll	Coordinadora de l'entitat prestadora de serveis
10	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Carme Correa i Gegúndez	Cap del 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

N.	Entitat	Nom	Càrrec
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 Treball Afers Socials i Famílies	Dolors Rusiné i Bonet	Coordinadora de Programes Estratègics Secretaria General Departament Treball, Afers Socials i Famílies. Membre del Pla d'atenció integrada social i sanitària
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 de Barcelona	Ester Quintana	Cap del Departament de Persones Grans
20	Pla d'atenció integrada social i sanitària	Ester Sarquella i Casellas	Directora Desenvolupament Negoci Salut Digital
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
26	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies	Georgina Tomàs Comas d'Argemir	Direcció General de Serveis Socials
27	CatSalut	Imma Vallverdú	Consorti 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 sanitària	Joan Carles Contel i Segura	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Direcció General de Planificació en Salut. Membre del Comitè Operatiu del Pla d'atenció integrada social i sanitària
32	CatSalut	Joan Lluís Piqué	Ex Director de Prestacions. Gerència d'Atenció Ciutadana

N.	Entitat	Nom	Càrrec
33	Diputació de Barcelona	Joan Vidal	Referent d'Arranjaments a la Llar i Prestacions Tècniques
34	Departament 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)	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 la 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)
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. Institut Català de la Salut
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 de Barcelona	Marisa Arumí	Directora del Programa d'atenció domiciliària. Benestar Social. Àrea d'Atenció a les Persones
52	Institut Català de la Salut	Marisa Martí	Infermera i adjunta a direcció del CAP Adrià.

N.	Entitat	Nom	Càrrec
53	Institut Universitari Avedis Donabedian - Universitat Autònoma de Barcelona. REDISSEC	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
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 sanitària	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
63	Pla director sociosanitari	Pau Sánchez	Metge geriatre
64	Institut Universitari Avedis Donabedian - Universitat Autònoma de Barcelona. REDISSEC	Pilar Hilarión i Madariaga	Subdirectora. Coordinadora del grup de treball
65	CatSalut	Pilar López	Cap de la Divisió de Prestacions Farmacèutiques. Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament
66	Departament de Salut	Sebastià Santauegènia	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	Director Programa Prevenció i Atenció Cronicitat (PPAC)
68	Associació de Treballadors/es Familiars de Catalunya	Simona Fontanet	Treballadora familiar
69	Consorti d'Acció Social de la Garrotxa. Pla d'atenció integrada social i sanitària	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.



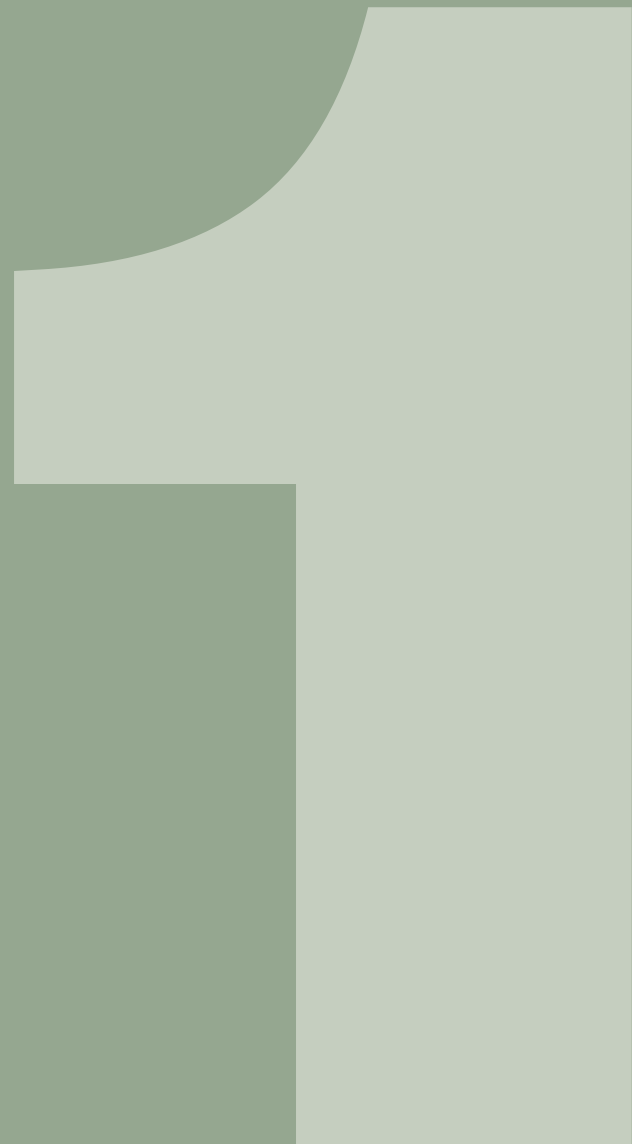
# Índex

1. Introducció	11
<hr/>	
2. Descripció del marc estratègic del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID) a Catalunya	13
<hr/>	
2.1 Missió	14
2.2 Visió	14
2.3 Principis d'actuació	15
2.4 Valors	15
2.5 Finalitats i objectius del programa d'atenció integrada	16
2.6 Abast del PAID	17
2.7 Població a la qual s'adreça el PAID	20
2.8 Característiques del programa d'atenció integrada	24
3. Catàleg de serveis d'atenció integrada a l'entorn domiciliari	26
<hr/>	
3.1 Àmbit d'atenció i suport a la persona	27
3.2 Àmbit de suport a la llar i millora de l'accessibilitat de l'entorn on viu la persona	32
3.3 Àmbit de promoció i suport a persones cuidadores no professionals o informals	32
3.4 Àmbit de suport a la unitat de convivència / unitat familiar	33
3.5 Àmbit de suport a la intervenció comunitària relacionada amb l'entorn domiciliari	34
4. Descripció dels processos bàsics del PAID	36
<hr/>	
4.1 Acollida al PAID	40
4.1.1 Sol·licitud d'accés al PAID	40
4.1.2 Accés al PAID	41
4.1.3 Assignació de persones de referència	32
4.2 Processos bàsics d'atenció durant l'estada de la persona al PAID	44
4.2.1 Valoració	44
4.2.2 Planificació de l'atenció integrada	47

4.2.3 Execució del pla individual d'atenció integral a l'entorn domiciliari	50
4.2.4 Seguiment i revaloració del procés d'atenció	54
4.3 Comiat o finalització del procés d'atenció	55
4.4 El procés bàsic d'atenció des de la perspectiva de la persona	58
5. Atenció a les famílies, altres persones cuidadores i comunitat de referència	60
5.1 Valoració i suport a la persona cuidadora i a la família	61
5.2 Atenció a la comunitat	63
6. Atenció a la llar i a l'entorn on viu la persona	65
7. Tecnologies, productes i serveis de suport de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari	69
7.1 Les tecnologies de la informació i la comunicació i l'atenció domiciliària	71
7.2 Utilització de les tecnologies assistencials en l'atenció domiciliària	73
7.3 Prestacions ortoprotètiques, productes de suport i servei de teràpia ocupacional en l'atenció integrada a l'entorn domiciliari	74
7.4 Habitatges intel·ligents i accessibles	79
8. Governança i disseny organitzatiu	81
8.1 Elements destacats per a la governança del model	83
8.2 Governança del PAID en els àmbits macro, meso i micro	84
8.2.1 Responsabilitats en els àmbits macro	88
8.2.2 Organització i responsabilitats a escala territorial (meso)	89
8.2.3 Organització i responsabilitats a escala dels equips (micro)	90
8.3 Organització dels recursos humans del PAID	92
8.3.1 Formació i desenvolupament professionals	95
8.4 Sistema d'informació del PAID	97
8.5 Sistema de finançament i compra de serveis del PAID	99
8.6 Innovació i gestió del coneixement al PAID	101
8.7 Sistema de seguiment, control i millora del PAID	102

9. Sistema d'avaluació	106
9.1 Avaluació dels indicadors de qualitat dels equips funcionals del PAID	107
9.2 Avaluació de la gestió i la governança del PAID a escala interdepartamental i territorial	108
10. Full de ruta de l'atenció integrada domiciliària. Accions recomanades per al desplegament del model	111
11. Sigles i acrònims	131
12. Bibliografia	134

# Introducció



El model català d'atenció integrada proposa atendre les persones comptant amb elles, tenint en compte les seves preferències, valors, necessitats, percepcions i expectatives, oferint-los un servei integral i multidimensional que garanteixi la continuïtat assistencial, des del compromís amb els seus drets i deures, mitjançant un pla d'atenció individualitzat i compartit, pensat i fet conjuntament entre tots els professionals que participen en el procés i prestat de manera que les mateixes persones, les seves persones cuidadores o la família el percebin com un servei únic, que 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 al seu domicili i el seu entorn facilita el desplegament d'un sistema de salut i serveis socials basat en processos d'atenció centrats en la persona, per millorar i afavorir el seu projecte vital, així com la capacitat del seu entorn relacional i comunitari per donar-hi suport i empoderar-se quan sigui necessari.

L'atenció domiciliària (AD) creua els límits entre la vida domèstica i la pública i sovint aquests es difuminen i són un veritable repte per a la construcció d'un model integrat. Si bé els serveis es poden oferir formalment a través d'una sèrie d'estructures organitzacionals públiques i privades, gran part de l'AD és informal, prestada per familiars, amics i altres persones cuidadores. A més a més, l'atenció a l'entorn domiciliari, en ser un escenari de prestació de serveis en una multiplicitat de cartera de serveis de salut i de serveis socials, també difumina de vegades la distinció entre els àmbits macro, meso i micro, i introdueix un element de consens necessari entre els enfocaments territorials i locals, amb la necessitat d'harmonitzar polítiques, normatives, reglaments i sistemes organitzatius i de finançament del servei. Pel fet que pot ser tan multivariada i descentralitzada, l'AD requereix un abordatge simultani en tots tres àmbits. (1)

# **Descripció del marc estratègic** del programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID)



**L'AD** es pot entendre com l'atenció social i/o sanitària que es presta a una persona al lloc on viu, amb l'objectiu de mantenir-se en el seu entorn habitual i aconseguir, així, el seu màxim nivell de salut, qualitat de vida, benestar i autonomia. (2)

**L'AD compartida** és l'atenció en què intervenen conjuntament professionals de diversos àmbits d'atenció, que comparteixen informació i objectius, i prenen decisions de manera conjunta per garantir l'atenció integrada al domicili. (2)

L'AD implica<sup>1</sup>:

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

## 2.1. Missió

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

## 2.2. Visió

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

1. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf)

## 2.3. Principis d'actuació

El PAID incorpora els principis d'actuació següents:

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

## 2.4. Valors

Els valors del PAID són:

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

Figura 2.1. Mapa de valors i atribut de valors del PAID



## 2.5. Finalitats i objectius del programa d'atenció integrada

### FINALITATS

- Contribuir a la millora dels resultats en salut i benestar de les persones ateses a l'entorn domiciliari, de l'entorn familiar i social que en té cura i de la comunitat en el seu conjunt.
- Optimitzar la percepció de qualitat respecte de l'atenció que reben les persones ateses a l'entorn domiciliari envers les seves necessitats socials o sanitàries.
- Millorar la satisfacció professional pel que fa a la prestació de l'atenció al domicili.
- Contribuir a la sostenibilitat del sistema de benestar actual, que garanteixi la utilització més adequada dels recursos disponibles i eviti hospitalitzacions i institucionalitzacions innecessàries.

### OBJECTIUS

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

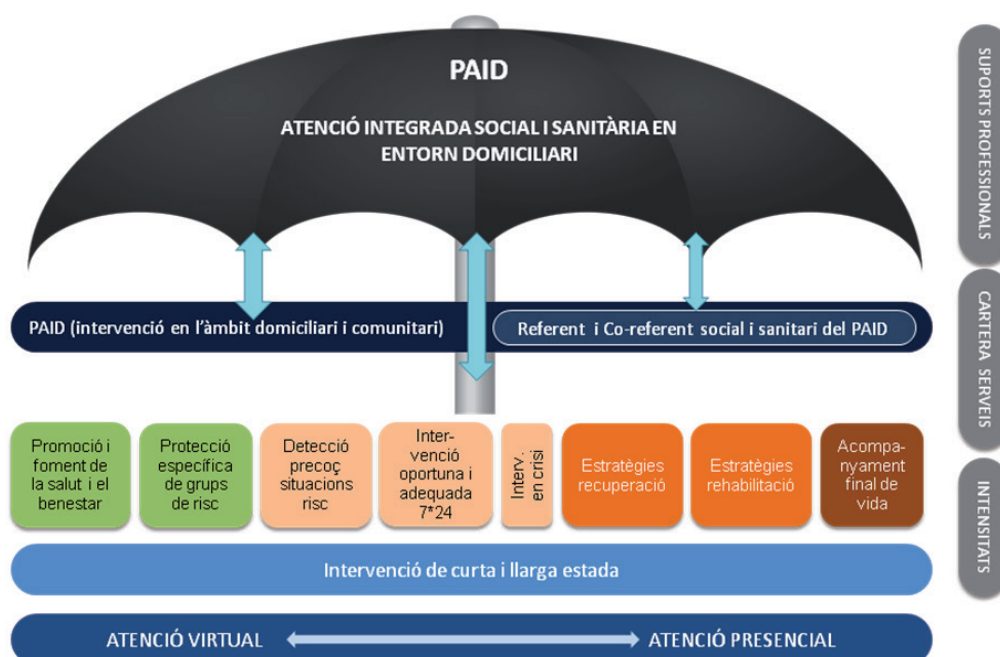
1. Atendre les persones al seu domicili i entorn proper, donant resposta a les necessitats i preferències derivades de la seva valoració integral i a les del seu nucli familiar, garantint l'equitat en l'accés.<sup>2</sup>
2. Incorporar la persona atesa i les persones cuidadores i l'entorn familiar, de manera voluntària, com a elements necessaris i sovint determinants, en el disseny de les estratègies, per fer possible que la persona romangui al seu entorn habitual i, quan escaigui, que l'elaboració i la implementació efectiva del pla individual d'atenció integral es dugui a terme de manera compartida.
3. Promoure una millor qualitat de vida i experiència d'atenció de les persones ateses, potenciant-ne l'autonomia personal i unes condicions adients de convivència al seu entorn, així com garantir sempre que sigui pertinent, adequat i factible que la persona pugui restar, si així ho vol, al seu domicili el màxim de temps possible i en les millors condicions, i reduir la probabilitat d'institucionalització.
4. Optimitzar els recursos existents, incorporar recursos i actius de la comunitat i evitar la duplictat de les actuacions al llarg del procés d'atenció.

---

2. Implica potenciar la capacitat de resposta a les necessitats socials o sanitàries detectades al domicili, amb una actuació d'intensitat modulable en funció del moment evolutiu de la persona.

## 2.6. Abast del PAID

El PAID és el paraigua sota el qual s'articulen els diferents serveis, projectes, tecnologies i productes de suport (PS) per donar resposta a les persones al seu domicili, tant per necessitats puntuals com a llarg termini, i en diferents àmbits d'intervenció. Inclou tota una sèrie d'accions de promoció de la salut i el benestar, de detecció precoç, d'intervenció oportuna, d'estratègies de recuperació i rehabilitació i d'atenció al final de la vida (vegeu la **figura 2.2**).



**Figura 2.2.** Un model integrat d'atenció social i sanitària en entorns domiciliaris

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

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

1. **Complexitat** de la situació tan des d'el punt de vista social i sanitari.
2. **Intensitat** de suport.
3. **Necessitat de treball concurrent** social i sanitari.
4. **Urgència** de la situació.
5. **Durada** de la intervenció.

Aquests eixos poden presentar diferents nivells d'intensitat, i els processos organitzatius i d'atenció integrada han de donar resposta diferenciada i adequada a cadascun d'aquests nivells. Cal tenir en compte que aquestes cinc variables tenen relació amb el **grau d'estabilitat** de la persona i de la situació de l'entorn domiciliari en el seu conjunt (vegeu la **figura 2.3**).



**Figura 2.3.** Eixos principals del PAID

La determinació dels serveis de cadascuna de les carteres de serveis (social i sanitària) que s'han de prestar a cada persona de forma individualitzada dependrà del nivell d'intensitat de cadascun dels eixos descrits. En la **figura 2.4** es representa de forma gràfica aquesta conceptualització del PAID com a xarxa integral de serveis.

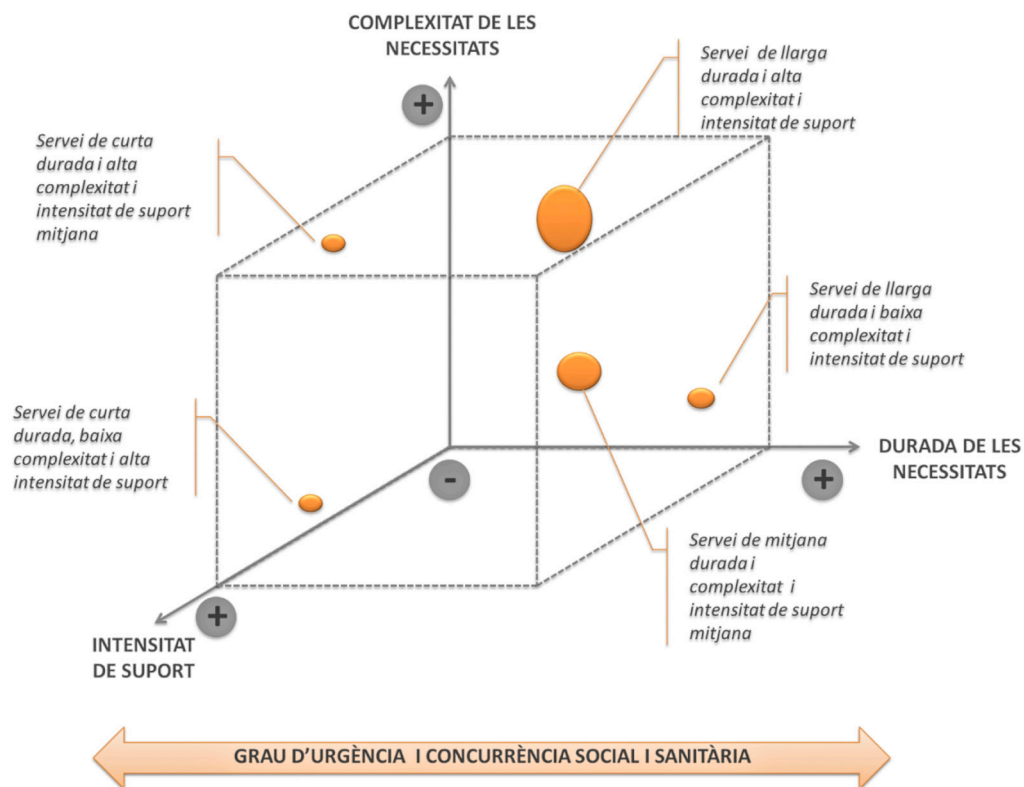


Figura 2.4. Visió de la tipologia de serveis del PAID

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

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

## 2.7. Població a la qual s'adreça el PAID

El PAID és un programa transversal que **dona suport a la persona al llarg de tota la seva vida** quan requereix una intervenció en un entorn domiciliari; inclou des de l'atenció prenatal que es dona abans de néixer fins a l'atenció que es presta a la família i les persones cuidadores principals de la persona atesa després de la seva mort, tenint una cura especial del procés de dol. A més, cal tenir en compte que la persona, al llarg de la vida, pot passar per diferents situacions de vulnerabilitat i de fragilitat o relacionades amb la seva interacció amb l'entorn que fan que en un moment determinat (que pot ser puntual o de més llarga durada) requereixi una intervenció en l'escenari del seu domicili i/o del seu l'entorn domiciliari (vegeu la figura 2.5).

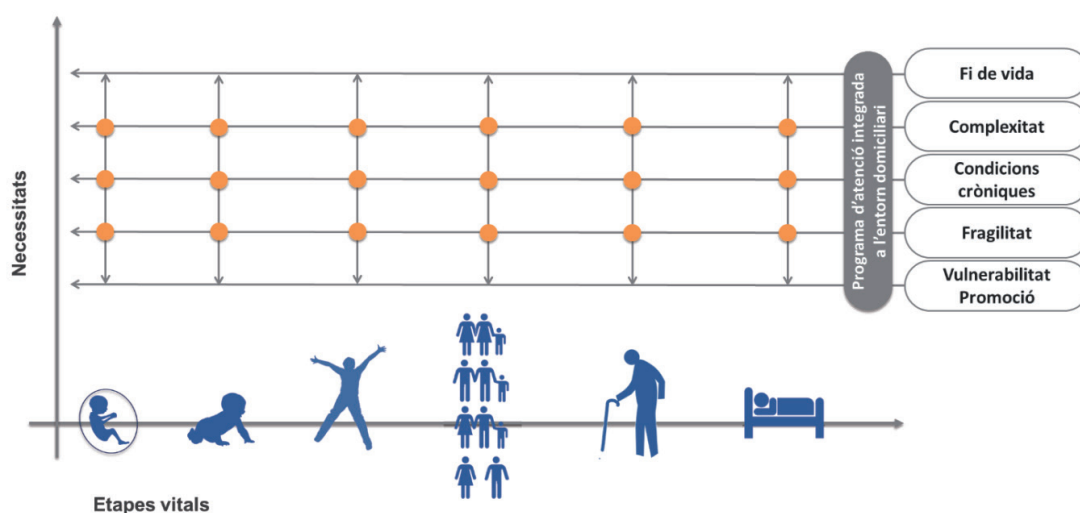


Figura 2.5. Població a la qual s'adreça el PAID

En relació amb l'atenció a l'entorn comunitari amb el qual s'ha de treballar per a la prestació de serveis del PAID, en la imatge següent (vegeu la figura 2.6) es reflecteixen diferents agents i serveis clau relacionats amb la prestació de serveis del PAID que hi poden intervenir.

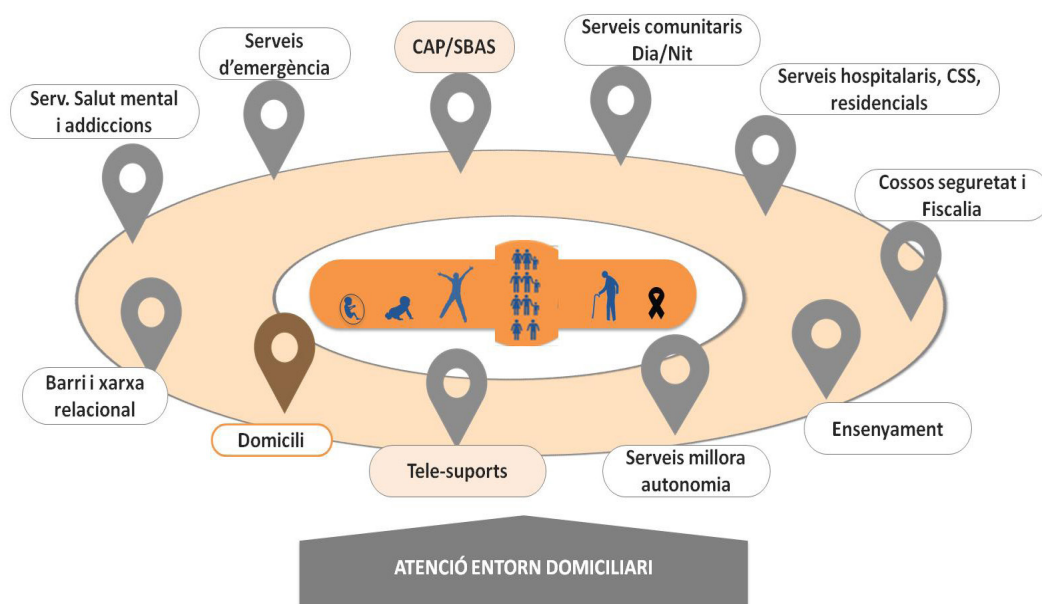


Figura 2.6. Entorns domiciliaris del PAID

## 2.7.1 Criteris d'inclusió del PAID

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

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

1. Persones que requereixen una **valoració de la seva situació a l'entorn domiciliari** amb la finalitat d'efectuar un diagnòstic i elaborar un pla d'atenció o d'intervenció social i/o sanitari.<sup>3</sup>
2. **Persones amb fragilitat i pèrdua de l'autonomia** que requereixen suport addicional al seu entorn cuidador al domicili per dur a terme activitats bàsiques, instrumentals i/o relacionals de la vida diària:
  - a. **Persones fràgils o amb un grau de vulnerabilitat més elevat** que viuen soles o amb família o xarxa social amb capacitat limitada de suport, en què es detecten indicadors de risc ja acordats o establerts i per a les quals s'ha concertat prèviament una cartera de serveis d'AD.<sup>4</sup>

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

4. Es recomana disposar d'eines en què s'especifiquin els indicadors de risc en els quals caldria dur a terme un programa d'intervenció domiciliària.

- b. **Població allitada o amb circumstàncies del seu entorn que produeixen una situació d'aïllament,**<sup>5</sup> que presenten un estat que requereix atenció i/o suport per part de professionals del sistema de salut i serveis socials.
  - c. **Persones que requereixen una valoració i una adequació potencial del domicili per superar barreres arquitectòniques.**
- 3. Persones amb necessitats d'aplicació del pla terapèutic o d'atenció domiciliària** que presenten una patologia aguda,<sup>6</sup> crònica o avançada que requereix atenció i/o suport per part de professionals del sistema de salut i serveis socials:
- a. **Persones amb tractaments o teràpies** que requereixen un seguiment al domicili mateix.<sup>7</sup>
  - b. **Persones que provenen d'altres hospitalàries o sociosanitàries** amb malalties cròniques o amb seqüeles que determinen una pèrdua sobtada d'autonomia o amb necessitat de continuïtat de cures.
  - c. **Persones que tenen indicada una hospitalització domiciliària** amb els criteris establerts en funció de cada programa.
  - d. **Persones en situació de complexitat** o limitació funcional que requereixen una intensitat més elevada d'atenció i suport de tipus social i sanitari al domicili.
- 4. Persones amb discapacitat<sup>8</sup> o trastorns del desenvolupament** que requereixen suport al domicili, atès que l'entorn cuidador no pot cobrir les seves necessitats adequadament perquè visquin de manera autònoma, o que es troben en situació de risc de claudicació degut a l'elevat grau de suport i la intensitat de l'atenció al llarg de les 24 hores del dia.
- 5. Persones que es troben en trajectòria de final de vida** al domicili i que requereixen atenció o suport per part de professionals del sistema de salut i serveis socials.
- 6. Persones o famílies amb dificultats d'integració social** o amb problemes potencials que es puguin remetre del seu entorn cuidador inadequat o insuficient, i que plantegen necessitats o tenen carències que no poden satisfer per elles mateixes.<sup>9</sup>

---

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

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

7. Per exemple, en supòsits de cures d'úlceres, seguiment de persones amb oxigenoteràpia, situacions de alimentació enteral o persones amb indicació de rehabilitació domiciliària.

8. Física, cognitiva, sensorial.

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

7. Persones que es neguen a ser ateses i en les quals es detecta un problema social o de salut pública que requereix intervenció segons un criteri professional.

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

### 2.7.2 Criteris d'exclusió del PAID

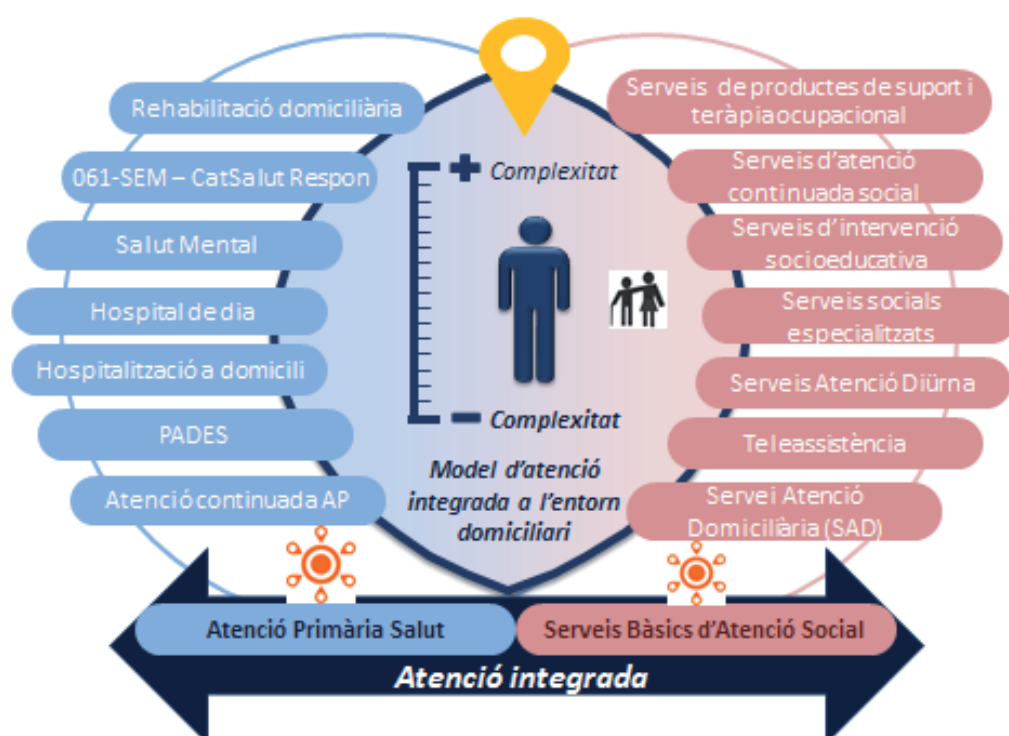
1. Persones i unitats de convivència que no es troben en situació de necessitar serveis domiciliaris, o que no compleixen els criteris d'indicació que es descriuen al catàleg de serveis del PAID.
2. Persones que, de forma voluntària, no desitgen rebre AD, sempre que això no representi un problema per a tercers.
3. Persones que es troben a l'entorn comunitari i que tenen un abordatge propi i específic de suport per part dels serveis socials i de salut, amb programes ja establerts i amb els quals el PAID ha de mantenir estratègies de coordinació (persones en centres residencials o persones sense sostre, entre d'altres).



## 2.8. Característiques del programa d'atenció integrada

### L'atenció primària social i sanitària com a vertebradores de l'AD

A causa de l'alta diversificació d'organitzacions que treballen a l'entorn domiciliari, convé generar un marc d'ordenació del model, organitzat sobre la base del treball com a *hub*<sup>10</sup> de serveis que s'articulen des de l'atenció primària de salut (APS) i els serveis socials bàsics (SSB). Aquest fet implica que l'atenció per part de serveis especialitzats d'AD s'ha d'articular mitjançant l'atenció primària sanitària i social (vegeu la figura 2.7).



**Figura 2.7.** L'atenció primària social i sanitària com a vertebradores de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari

De forma sintètica, a continuació s'enumeren les **característiques** principals del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari:

- Es considera que l'AD és un **dret universal**; per tant, la seva cobertura **ha d'estar garantida** per a totes les persones que compleixen els criteris establerts.
- Promou l'**empoderament territorial** en tots els àmbits, especialment en els àmbits meso i micro.
- L'**atenció** està **centrada en la persona**, la convivència i l'**entorn relacional** i de suport.

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

- **L'atenció és presencial i virtual, amb un enfocament individual i poblacional, amb el suport tecnològic i de PS adequat.**
- El seguiment és fonamental, com també ho és la disponibilitat **d'atenció continuada** dels professionals, que ha de garantir una capacitat de resposta 7×24 i d'atenció continuada proactiva per a les situacions que ho requereixin.
- La **intensitat** dels **serveis** es planteja de forma **flexible**, segons la situació individual de la persona i del seu entorn.
- Es promouen **polítiques de planificació urbana i d'habitatge** per a l'adaptació funcional del domicili i la millora de l'accessibilitat a l'entorn comunitari.
- A més de la **integració horitzontal** de tipus funcional entre els equips d'atenció primària (EAP) sanitaris i socials, el model d'atenció incorpora la **integració vertical** funcional amb els equips de suport especialitzats.
- Es potencia l'**autonomia dels equips**, amb un seguiment dels resultats obtinguts.
- Els **professionals** de l'APS i dels serveis socials són els **referents** de l'atenció a l'entorn domiciliari, i han de formar equips funcionals de treball amb una clara visió de treball transdisciplinari i amb dinàmiques col·laboratives.
- El **finançament és públic** —sense perjudici del copagament estipulat a les cartes de serveis social i sanitària.
- Els professionals del PAID es coordinen i prenen en consideració els serveis privats contractats per la persona atès que formen part del seu entorn cuidador, i s'estableixen **pràctiques de treball conjunt** en el marc del desplegament de les accions previstes en aquest model d'atenció integrada.
- El model s'articula amb el suport de **sistemes d'informació i comunicació** per a l'atenció integrada.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>. Històries electròniques que comparteixen informació interès comú

**Catàleg de serveis**  
d'atenció integrada  
a l'entorn domiciliari



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

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

L'estructura que es recomana desenvolupar per a la concreció del catàleg de serveis hauria de desglossar, per a cada àmbit i funció, els serveis inclosos a la cartera de serveis de salut i de serveis socials, així com els nous serveis conjunts dels dos sistemes. A més, caldria concretar les accions de suport a altres programes i serveis que s'ofereixen des del PAID. Finalment, cal tenir en compte la concreció dels serveis específics que ofereixen els diferents territoris.

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

### 3.1 Àmbit d'atenció i suport a la persona

	Objecte	Funcions
	<b>Valoració, diagnòstic i identificació de necessitats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoració de la persona i del seu entorn.</li> <li>- Identificació de necessitats, fortaleses i tipus de suport.</li> <li>- Elaboració d'un diagnòstic o contribució amb informació per facilitar-lo a altres serveis de la xarxa de salut o de serveis socials.</li> </ul>
	<b>Elaboració, implementació, seguiment i avaluació del pla d'atenció</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informació, assessorament, educació i dinamització.</li> <li>- Atenció.</li> <li>- Coordinació i remissió.</li> <li>- Mediació i intermediació.</li> <li>- Activació de dispositius, protocols, recursos i gestió de prestacions tenint en compte les competències descrites segons els perfils professionals.</li> </ul>
	<b>Suport i promoció de l'autonomia i cura de la persona</b>	<p><b>Suport a activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene personal.<sup>12</sup></li> <li>- Cures preventives de la pell.</li> <li>- Suport per vestir-se i desvestir-se.</li> <li>- Suport en l'alimentació:               <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Preparar el menjar i donar-lo.</li> <li>■ Àpats a domicili i a l'entorn domiciliari.</li> <li>■ Suport en la planificació dels menús.</li> </ul> </li> <li>- Ajuda psicomotora. Mobilització i transferències dins de la llar; suport a la mobilitat al domicili i fora d'aquest.</li> <li>- Suport en les necessitats d'eliminació.</li> <li>- Cura bàsica dels peus de les persones.</li> <li>- Formació, adquisició i millora d'hàbits domèstics i personals.</li> </ul>

12. Inclou dutxa, bany, cura de la boca, cura dels cabells, cura de les ungles i cures estètiques bàsiques.

	Objecte	Funcions
		<p><b>Suport a activitats instrumentals i relacionals de la vida diària</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la comunicació.</li> <li>- En la compra.</li> <li>- Acompanyament a visites mèdiques.</li> <li>- Acompanyament a gestions diverses.</li> <li>- Acompanyament a l'entorn domiciliari i vinculació amb la xarxa comunitària.</li> <li>- Activitats de prevenció de la solitud i l'aïllament.<sup>13</sup></li> <li>- Suport en el procés de presa de decisions de les persones que necessitin assistència personal.</li> <li>- Suport del Programa de seguiment individualitzat (PSI) per a persones amb trastorn mental greu que necessitin suport en activitats instrumentals i relacionals a l'entorn domiciliari.<sup>14</sup></li> </ul>
		<p><b>Valoració i gestió en la utilització de tecnologies i productes de suport (PS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoració a través de teràpia ocupacional per a la utilització de PS en els casos amb criteri d'indicació.</li> <li>- Gestió de prestacions tècniques per a la millora de l'autonomia.</li> </ul>
		<p><b>Suport a l'autonomia a la pròpia llar</b></p> <p>Orientació i suport a les persones grans, amb discapacitat o amb problemàtica social derivada de trastorn mental, que viuen soles, en parella o que conviuen amb altres persones i que plantegen necessitats o tenen carències que no poden satisfer per elles mateixes.<sup>15</sup></p>
		<p><b>Assistència personal</b> per a persones amb discapacitat física i sensorial per a la vida autònoma, de suport en el desenvolupament d'activitats que la persona fa de forma habitual i regular, de caràcter, entre d'altres, laboral, formatiu, de relació social o cultural.</p>

13. Pot implicar l'activació de recursos i serveis comunitaris.

14. Suport a diferents subprogrames de millora de la inserció comunitària ("reablement" o recapacitació) en persones amb discapacitat i/o trastorn de salut mental associat i que requereixen suport al domicili.

15. Inclou els supòsits de llar amb suport, habitatge tutelat, família d'acollida, etc.

	Objecte	Funcions
	<p><b>Suport en l'adquisició i recuperació d'hàbits socials i personals</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suport a accions dels centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) que tinguin com a base la prestació de la cartera de serveis en entorn domiciliari.</li> <li>- Suport en l'adquisició de competències i hàbits per a la millora de l'autocura i la promoció del benestar físic i emocional de les persones que participin en el PAID, d'acord amb el projecte vital de la persona.<sup>16</sup></li> <li>- Suport a l'escolarització dels infants i els adolescents que ho requereixin i si així s'acorda de manera conjunta amb els serveis socioeducatius.<sup>17</sup></li> <li>- Suport en el desenvolupament del COSE —compromís socioeducatiu— en infància en situació de risc a l'entorn domiciliari en funció de la cartera de serveis específica per a aquestes situacions.</li> </ul>
	<p><b>Atenció sanitària i suport en la prestació de serveis per al manteniment i la cura de la salut</b></p>	<p><b>Atenció i cura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenció sanitària amb diferents graus d'intensitat segons la complexitat del cas.</li> <li>- Aplicació del pla terapèutic.</li> <li>- Teràpies bàsiques i avançades al domicili (sondatges, oxigenoteràpia, etc.).</li> <li>- Seguiment de grups que requereixin intervenció domiciliària en l'aplicació d'un determinat tractament o intervenció.<sup>18</sup></li> <li>- Atenció i control de símptomes. Gestió i maneig del dolor, la dispnea o altres símptomes.</li> <li>- Control dels pacients crònics complexos (PCC) i de la malaltia crònica avançada (MACA) de les persones que no puguin desplaçar-se a un centre.</li> <li>- Educació per a la salut.<sup>19</sup></li> <li>- Serveis específics descrits en la cartera de serveis d'hospitalització domiciliària.</li> </ul>

16. Pot implicar, per exemple, serveis de suport en els àmbits següents:

Suport en el maneig de situacions d'estrès que sobrepassin la persona o l'entorn cuidador.

Suport en l'adaptació a la nova situació o a canvis no esperats en la situació de la persona que afectin la capacitat d'autocura o la capacitat cuidadora de les persones cuidadores principals en l'atenció domiciliària.

Donar suport en processos de decisions quan la persona o la persona cuidadora principal tingui dificultats per establir objectius segons els propis desitjos i necessitats, així com la capacitat de portar-ho a terme en relació amb l'atenció a l'entorn domiciliari.

17. Per exemple, en situacions d'infants i adolescents amb necessitats d'atenció a casa i l'escola o supòsits de risc que requereixin suport o reforç a l'entorn domiciliari per millorar la competència parental.

18. Per exemple, seguiment de la dona amb embaràs de risc que requereixi atenció domiciliària durant el prepart, trans i el postpart.

19. Per exemple, alimentació saludable, adequació, preparació i textura dels aliments, exercici, etc.

	Objecte	Funcions
		<p><b>Ús segur dels medicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisió i conciliació del pla de medicació.</li> <li>- Seguiment adherència i compliment del tractament.</li> <li>- Control, administració i monitoratge de la medicació per part de la persona atesa i la família.</li> <li>- Administració de medicaments.</li> <li>- Introducció de sistemes de dispensació individualitzada (sistema personalitzat de dosificació de medicaments, o SPD) en grups preferents.</li> </ul> <p><b>Resposta a situacions de risc</b></p> <p>Detecció de situacions de risc i abordatge dels riscos al domicili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risc de caigudes.</li> <li>- Risc d'úlceres per pressió (UPP).</li> <li>- Risc d'úlceres vasculars o altres ferides.</li> <li>- Risc nutricional.</li> <li>- Risc de broncoaspiració (per trastorns de deglució, etc.).</li> <li>- Risc de pèrdua o sortida no controlada en persones amb deteriorament cognitiu.</li> <li>- Risc de maltractament, negligència o abús.</li> </ul> <p><b>Serveis de medicina física, funcional i de rehabilitació</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitació.</li> <li>- Fisioteràpia.</li> <li>- Logopèdia comunitària.</li> <li>- Teràpia ocupacional.</li> </ul> <p><b>Atenció nutricional</b>, amb el suport de professionals experts en els supòsits previstos.</p> <p><b>Atenció podològica</b> dels casos inclosos en la cartera de serveis d'atenció domiciliària.</p>
	<p><b>Atenció davant de situacions de crisi i urgència</b></p>	<p><b>Resposta a situacions de descompensació, crisi o urgència</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Donar resposta amb una atenció 7x24 a situacions d'urgència i crisi que es presentin al domicili, per garantir l'atenció continuada.</li> </ul>

	Objecte	Funcions
	<b>Atenció psicosocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenció psicològica en casos d'alteracions del benestar emocional i de trastorns del comportament que requereixin intervenció al domicili.</li> <li>- Suport a activitats alternatives a l'hospitalització de salut mental, treballant de forma coordinada amb programes específics dels centres de salut mental infantojuvenil (CSMIJ), els centres de salut mental d'adults (CSMA), el PSI, i els serveis de rehabilitació comunitària.</li> <li>- Atenció emocional a la persona, la família i les persones cuidadores principals davant de situacions que requereixen suport psicosocial.</li> <li>- Activació de xarxes de protecció davant de situacions de sospita d'abús o maltractament.</li> </ul>
	<b>Atenció al final de la vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenció integral a la persona que vulgui finalitzar el seu cicle vital al domicili.</li> <li>- Control de símptomes al final de la vida. Suport a gestions pendents de la persona que no la deixen descansar o que li produeixen patiment.</li> <li>- Atenció per part de l'equip del Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES) segons els criteris d'indicació.</li> <li>- Suport en el procés de dol.</li> </ul>
	<b>Tecnologies de suport i cura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoció de l'autonomia personal amb la utilització de tecnologies i Productes de Suport (PS).<sup>20</sup></li> <li>- Sistemes de teleassistència (TLA) bàsica i avançada. Incorporació de sensors personals / sensònica (localitzadors, etc.).</li> <li>- Altres sistemes d'atenció, seguiment i comunicació no presencial: salut electrònica / telemedicina, telemonitoratge en grups d'especial interès, etc.<sup>21, 22</sup></li> </ul>
	<b>Transport sanitari i adaptat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilitar, adaptats al grau de necessitat de suport, el trasllat i l'accés a les persones a determinats serveis socials i sanitaris, en els supòsits previstos en les respectives carteres de serveis.</li> </ul>
	<b>Suport econòmic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudar econòmicament les persones que requereixen atenció del seu entorn familiar a la llar o el servei d'assistent personal.</li> </ul>

20. Centre per a l'Autonomia Personal (Sírius).

21. Salut digital.

22. Per exemple, eConsulta, La Meva Salut, etc.



## 3.2 Àmbit de suport a la llar i millora de l'accessibilitat de l'entorn on viu la persona

Objecte	Funcions
Atenció domèstica a la llar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cura de la llar.</li> <li>- Neteja i suport en l'endrecament de la llar.</li> <li>- Servei de bugaderia i manteniment de la roba.</li> </ul>
Adaptació, supressió de barreres i suport tecnològic a la llar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoració especialitzada de les necessitats d'adaptació de la llar.</li> <li>- Ajudes per a l'adaptació de la llar.</li> <li>- Ajudes per a la supressió de barreres arquitectòniques i en la comunicació.</li> <li>- Petits arranjaments de la llar (per a l'estalvi energètic, etc.).</li> <li>- Domotització (ajuts funcionals). Utilització de la sensònica.</li> <li>- Detecció de riscos (esfondrament, presència de plagues, etc.).</li> <li>- Suport a plans d'emergència i seguretat a la llar.</li> </ul>
Millora de l'accessibilitat a l'entorn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suport en l'assoliment de les condicions necessàries per aconseguir un entorn accessible (territori, edificació, mitjans de transport, productes i serveis, comunicació, etc.).</li> </ul>

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

Objecte	Funcions
Promoció i millora de les competències del paper de persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formació de persones cuidadores no professionals amb sistemes de formació presencial, virtual i dels mitjans de comunicació per a la cura de la persona (ràdio, televisió, xarxes socials, etc.).</li> <li>- Formació adreçada a la persona cuidadora per a la seva autocura.</li> <li>- Formació en mecanismes de protecció de la seva salut (mobilitzacions, etc.).</li> </ul>

Objecte	Funcions
<b>Suport a les persones cuidadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemes de consulta en línia, telefònica o presencial que clarifiquin possibles dubtes de la persona cuidadora.</li> <li>- Activitats de prevenció de l'estrès i el risc de claudicació. Prevenció i abordatge de situacions de claudicació de la persona cuidadora principal.</li> <li>- Prevenció de conductes inadequades i promoció de mesures de bon tracte.</li> <li>- Suport en el procés de presa de decisions.</li> <li>- Serveis de respir que inclogui també serveis de respir a casa.<sup>23</sup></li> <li>- Activació i orientació de xarxes d'autoajuda i intercanvi entre iguals.<sup>24</sup> Suport a grups d'ajuda mútua.</li> <li>- Detecció i suport psicoemocional i psicosocial proactius per a les persones cuidadores.<sup>25</sup></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suport sanitari a la persona cuidadora principal a casa per evitar desplaçaments innecessaris.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanyament al dol i detecció del dol patològic.</li> <li>- Detecció de situacions de risc d'exclusió social de la persona cuidadora no professional i remissió als serveis de suport.</li> </ul>

### 3.4 Àmbit de suport a la unitat de convivència / unitat familiar

Objecte	Funcions
<b>Suport a les relacions amb l'entorn familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoció de vincles familiars.</li> <li>- Suport a la persona atesa i a la persona cuidadora per gestionar les situacions que produeixen estrès i ajudar en la gestió de conflictes intrafamiliars o amb persones cuidadores principals.</li> <li>- Atenció psicològica en situacions de crisi o de claudicació real o potencial de la persona cuidadora principal. Treball coordinat amb altres equips de suport comunitari que ofereixen aquest tipus de servei.<sup>26</sup></li> <li>- Suport en processos de mediació entre membres del nucli de convivència en situacions de conflicte familiar associat a l'atenció.<sup>27</sup></li> <li>- Suport en els sistemes d'organització familiar en supòsits de cures complexes o d'atenció crònica.</li> </ul>

23. Amb sistemes de respir a casa o a centres d'atenció residencial o diürna.

24. Per exemple, el Programa Cuidador Expert Catalunya®.

25. Per exemple, situacions d'alteració del benestar emocional de la persona cuidadora principal que requereixi suport professional o especialitzat en situació de risc d'exclusió social.

26. Cal explicitar a quins col·lectius s'ofereix a escala territorial el reforç de l'atenció psicològica al domicili, tant per a les persones cuidadores com per a les persones ateses.

27. Donar suport en els casos de separacions entre progenitors en què els infants i els adolescents puguin trobar-se en una possible situació de risc al domicili (gestió/ suport/ mediació, etc.).

Objecte	Funcions
<b>Suport davant de possibles situacions de risc o maltractament</b>	Suport i realització de les accions que es planifiquin de forma conjunta amb la xarxa protectora de la infància i l'adolescència a Catalunya (equips d'atenció a la infància i l'adolescència, o EAIA, etc.), de la violència masclista, del maltractament de la gent gran o de persones amb discapacitat, o de qualsevol altre tipus de violència.

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

Objecte	Funcions
<b>Suport adreçat a la comunitat i veïnatge</b>	- Construcció de “comunitats amigables” amb gent gran, persones amb demència, <sup>28</sup> amb la infància, comunitats pal·liatives, etc.
	- Treball amb el voluntariat, per unificar estratègies d'intervenció adients a la situació de la persona, la persona cuidadora i l'entorn familiar.
<b>Suport en estratègies comunitàries transversals</b>	- Serveis preventius i de promoció de l'autonomia, l'empoderament i l'enfortiment de les relacions socials.
	- Serveis per a grups de risc que requereixen intervenció preventiva i de protecció específica al domicili.
	- Suport a iniciatives de promoció del benestar (envelliment actiu, programa “Créixer en família”, etc.).

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

El desplegament d'aquest model implica la **revisió de la cartera de serveis socials i de salut referida a l'AD i la identificació de possibles àrees de treball conjunt** en cada territori. En aquesta revisió es podria estudiar l'establiment d'altres prestacions econòmiques vinculades a aquests serveis, mitjançant sistemes com el xec de servei o altres fórmules similars.

Igualment, s'ha de tenir present que, més enllà del que descriu el catàleg del PAID, hi ha d'haver una interconnexió amb els serveis que no es presten directament al domicili de la persona atesa, però que sí que estan vinculats amb el que anomenem el seu *entorn domiciliari*.

28. Per exemple, entorns o barris guardadors de la persona amb Alzheimer atesa al domicili.

Serien, per exemple, els **centres de dia per a gent gran** (serveis amb una orientació progressiva cap a plataformes de serveis i amb els quals el PAID pot crear dinàmiques d'intercanvi) o els serveis socioeducatius per a infants i adolescents.

El PAID s'ha d'integrar en l'ecosistema de serveis i eines del sistema per optimitzar els recursos i les estratègies actuals, aportant valor afegit a les persones ateses. D'altra banda, aquesta mirada comunitària i en xarxa fa necessari explorar les interconnexions amb altres serveis del sistema per definir el perímetre funcional del PAID.

Finalment, cal tenir present que l'atenció integral requereix que la planificació i la gestió englobin la diversitat de serveis i les intervencions que la persona pugui necessitar dels diversos sectors, recursos i nivells d'atenció. Només així es pot desenvolupar un enfocament global de les necessitats de la persona que cal atendre que, a més, com ja s'ha comentat, poden canviar al llarg del temps. L'objectiu final ha de ser poder oferir en cada moment l'atenció i els suports que es requereixin. Per a això, cal, d'una banda, un sistema amb la flexibilitat suficient per adequar els recursos a cada etapa del procés d'atenció de la persona i, de l'altra, que aquest sistema tingui un marcat caràcter transversal, que involucri els diversos sectors i nivells del sistema de protecció social i de la resta de recursos i àmbits, més enllà dels socials i sanitaris: educació, habitatge, accessibilitat urbanística, ocupació o cultura, per citar-ne només alguns. L'atenció integral, doncs, engloba molt més que l'àmbit sociosanitari, tot i que aquest hi té un pes molt específic i substancial, especialment per a les persones en situació de cronicitat o dependència.

# **Descripció dels processos bàsics del PAID**



Els processos d'atenció del PAID s'articulen en funció dels **resultats esperats** en línia amb el model de l'atenció centrada en la persona (ACP).

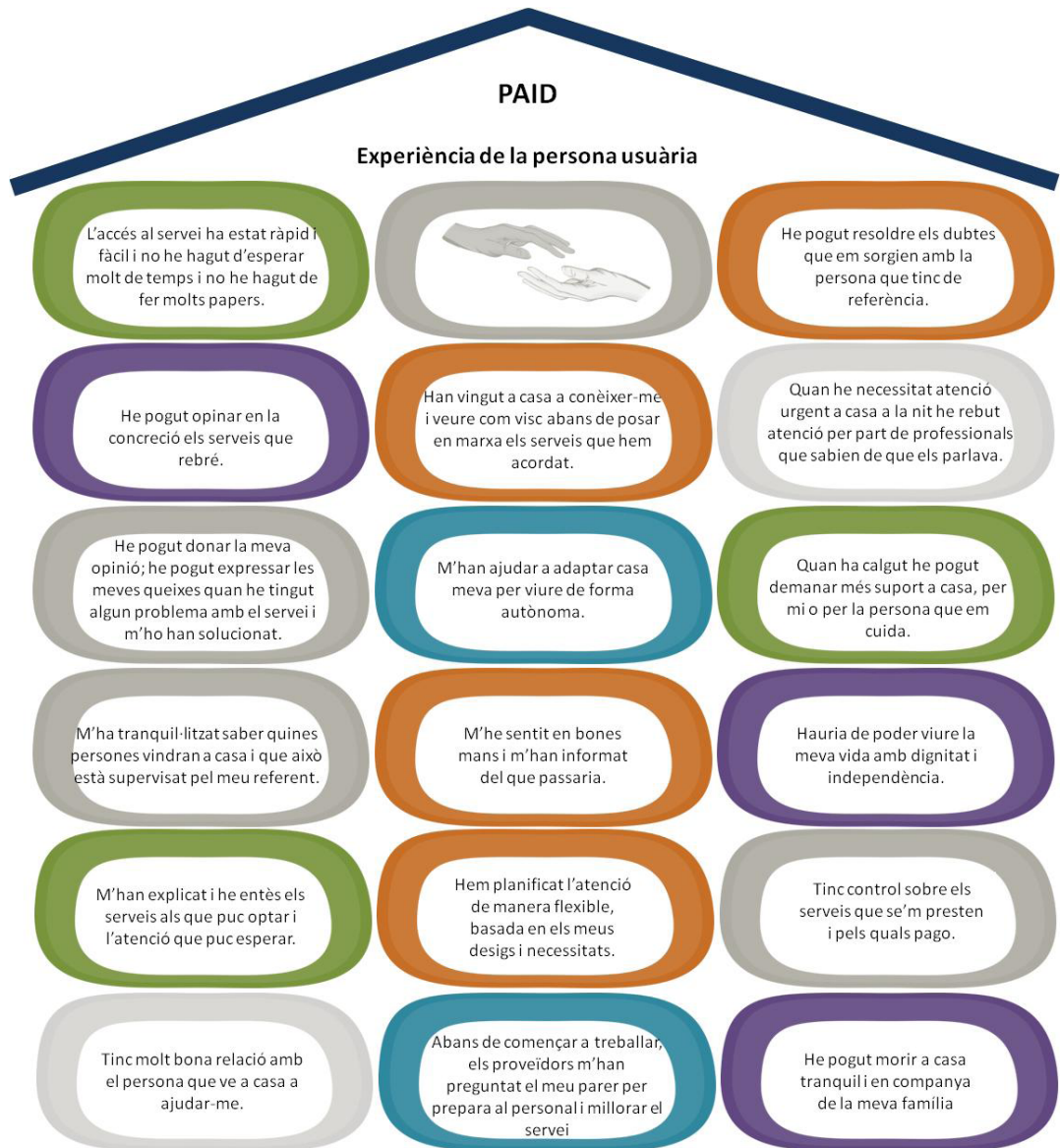


Figura 4.1. Resultats esperats amb el PAID

Per fer la descripció del PAID, és útil disposar d'un **mapa general dels processos bàsics** que l'orientin, que inclogui tant els que són més estratègics, com els operatius i de suport. Cada territori ha d'adaptar els seus procediments de treball del PAID tenint en compte aquest model (vegeu **la figura 4.2**).

Els processos **estratègics** identificats són els següents:

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

D'entre els processos **operatius**, a més de **l'acollida, l'estada i el comiat**, també cal fer referència als que contextualitzen l'atenció, i que són transversals en tot el procés d'atenció integrada:

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

Pel que fa als processos de **suport**, afegits als de la gestió dels recursos humans, la gestió econòmica o les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), cal fer una referència especial al desenvolupament de les tecnologies de suport al domicili i al control i gestió dels processos d'atenció del PAID, des d'on es vetlla pel compliment de les garanties i els compromisos adquirits amb una visió poblacional. Aquesta mena de procés esdevé innovador, degut al seu paper de garantia de drets de les persones ateses al PAID.

En els capítols següents, i atesa la rellevància que té, es presenten amb més grau de detall alguns d'aquests processos, ja siguin estratègics o operatius: acollida, estada i comiat del PAID, atenció i suport a la família i a les persones cuidadores, atenció a la llar de la persona (en termes de seguretat i gestió dels riscos), utilització de les tecnologies de la informació, productes i serveis de suport a l'AD, model de governança del PAID, desenvolupament professional i formació i sistema d'informació integrada del Programa.

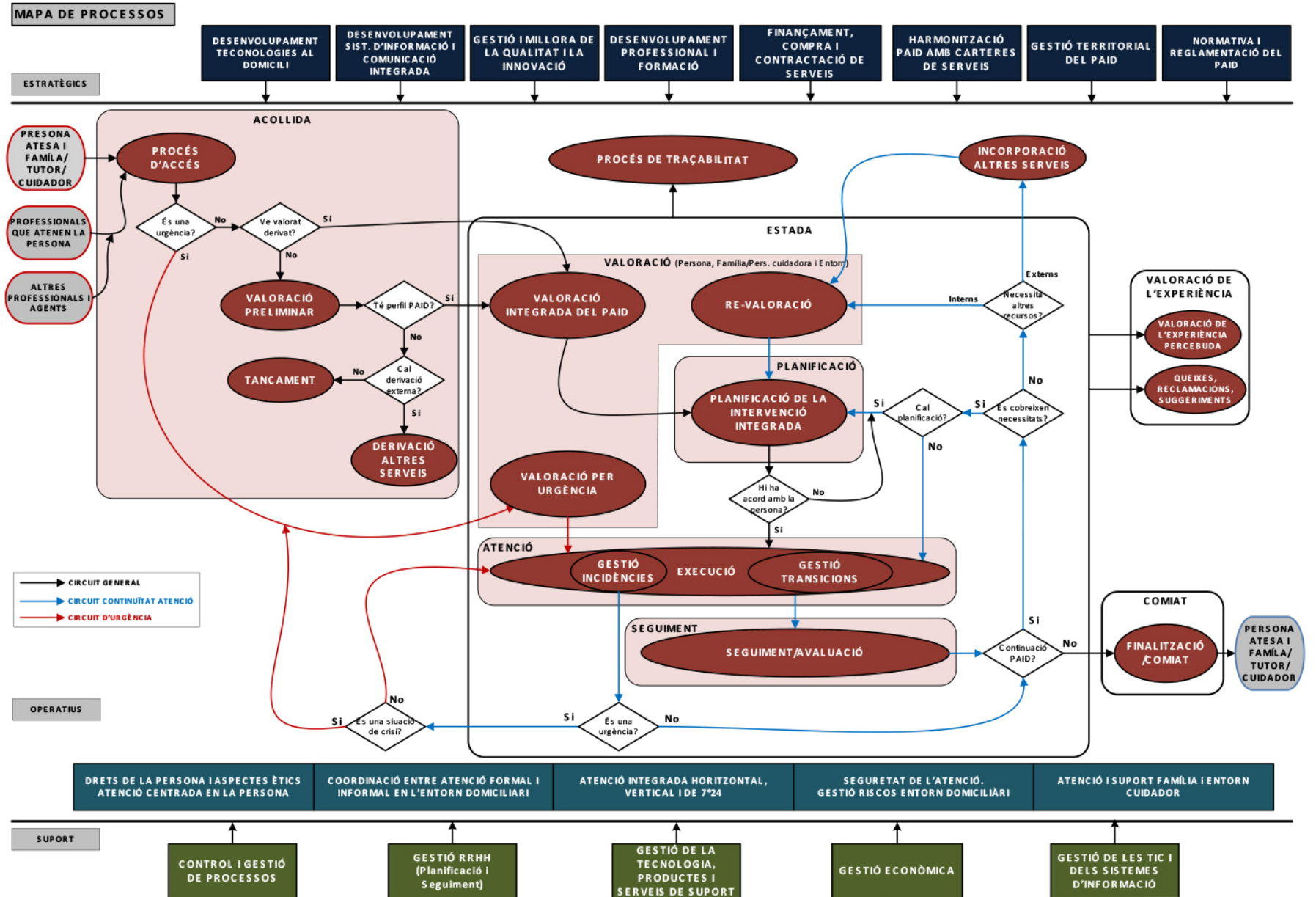


Figura 4.2. Mapa de processos del PAID



## 4.1 Acollida al PAID

### 4.1.1 Sol·licitud d'accés al PAID

La remissió al PAID la pot fer la persona mateixa, la família o la persona referent, els professionals de salut i de serveis socials, i altres agents de la comunitat.

En el moment d'efectuar la sol·licitud, la persona, si ho sap, ha d'indicar el següent:

1. Persona que fa la sol·licitud, amb indicació de la institució o l'entitat a la qual pertany, càrrec i dades de contacte.
2. Dades d'identificació de la persona per a la qual se sol·licita el servei (s'ha de fer servir un identificador únic de persona atesa).
3. Motiu de la sol·licitud d'AD.
4. Informació bàsica de la persona que ajudi a contextualitzar la sol·licitud.

Si la sol·licitud l'efectuen professionals de la salut o de serveis socials o altres agents de la comunitat, s'hi ha d'afegir la informació següent:

5. Criteris d'inclusió que activen la demanda (tipificat).
6. Servei d'APS i de serveis socials que correspon a la persona per a la qual se sol·licita el servei.
7. Tipus de servei demanat del catàleg del PAID, si es coneix.
8. Valoració dels cinc criteris bàsics de priorització de la demanda: complexitat de la problemàtica, intensitat de suport, necessitat de treball concurrent social i de salut, urgència (temps de resposta) i durada prevista de prestació del servei.
9. Proposta de possible persona referent de cas del PAID quan es tingui molt clar el perfil en el moment de fer la sol·licitud. Possibilitat d'autoassignació provisional quan es faci la sol·licitud des dels serveis d'atenció primària social i sanitària.

La sol·licitud pot arribar a qualsevol dels dos sistemes d'atenció primària, sigui de salut o de serveis socials, o bé a potencials unitats funcionals o estructures de l'atenció integrada que es puguin desenvolupar en un futur. La unitat d'atenció primària receptora de la sol·licitud n'ha de donar coneixement a l'atenció primària de l'altre sistema (vegeu la **figura 4.3**).

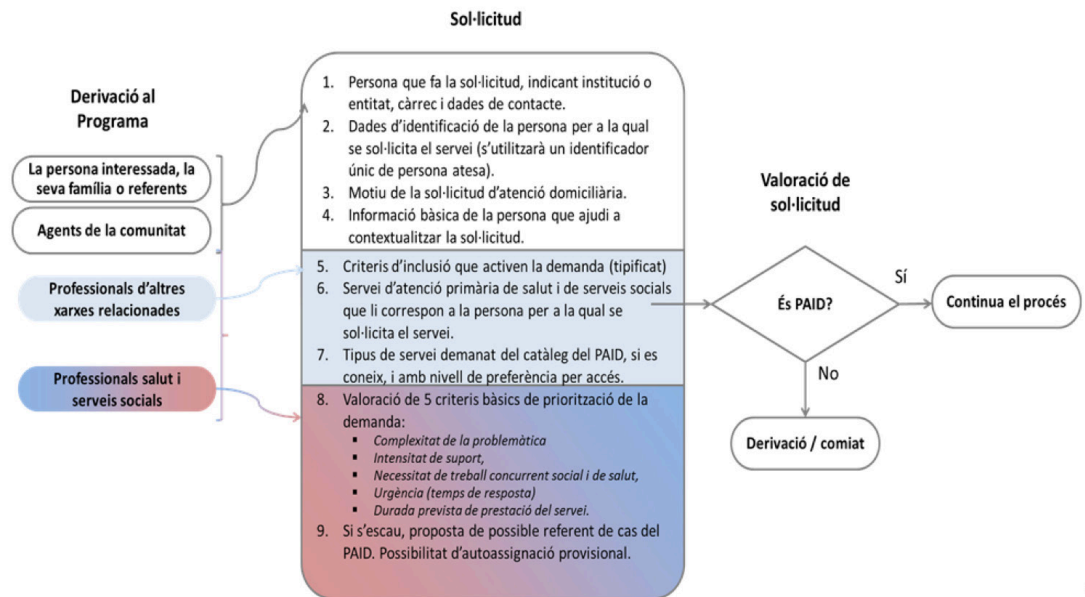


Figura 4.3. Resum del procés de sol·licitud d'accés al PAID

### 4.1.2 Accés al PAID

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

En funció de l'organització territorial del PAID, aquest equip pot estar format per les persones referents de salut i serveis socials de la persona assignades per l'APS i de serveis socials. També es pot establir un segon tipus de modalitat, on hi hagi un equip responsable general específic per a la recollida i la valoració inicial de sol·licituds.

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

Per a les situacions no urgents, s'ha de comprovar si la persona té obert un procés del PAID, i s'ha d'activar el procés de valoració d'accés per identificar si és un cas tributari de rebre AD i per determinar la necessitat de valoració concurrent entre l'àmbit d'APS i SSB. En cas de dubte, s'ha de fer una **visita domiciliària de diagnòstic de situació**, per clarificar i confirmar la decisió d'inclusió o no de la persona en el PAID.

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

Si no s'ha assignat una persona referent i una persona correferent, cal assignar-les en funció dels criteris que es descriuen a l'apartat següent (vegeu la **figura 4.4**).

### 4.1.3 Assignació de persones de referència

Cada persona ha de tenir **una persona referent i una persona correferent d'atenció primària per a l'AD**,<sup>29</sup> que ha de constar de manera explícita en el sistema de registre del PAID, amb identificació de les dades d'accés i contacte d'aquests professionals perquè puguin ser consultats per altres d'implicats en el seguiment del cas. Els criteris d'assignació de les persones referents s'han d'establir en funció del motiu principal que activa l'AD. Només en situacions excepcionals i concretes la persona referent de la persona atesa pot ser algun dels professionals de la xarxa especialitzada que ja coneixen o atenen la persona, i sempre treballant de forma coordinada amb els interlocutors de la persona dels equips bàsics d'atenció social (EBAS) i de l'EAP. La persona referent s'ha de relacionar amb la resta de professionals implicats.

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

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

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

---

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

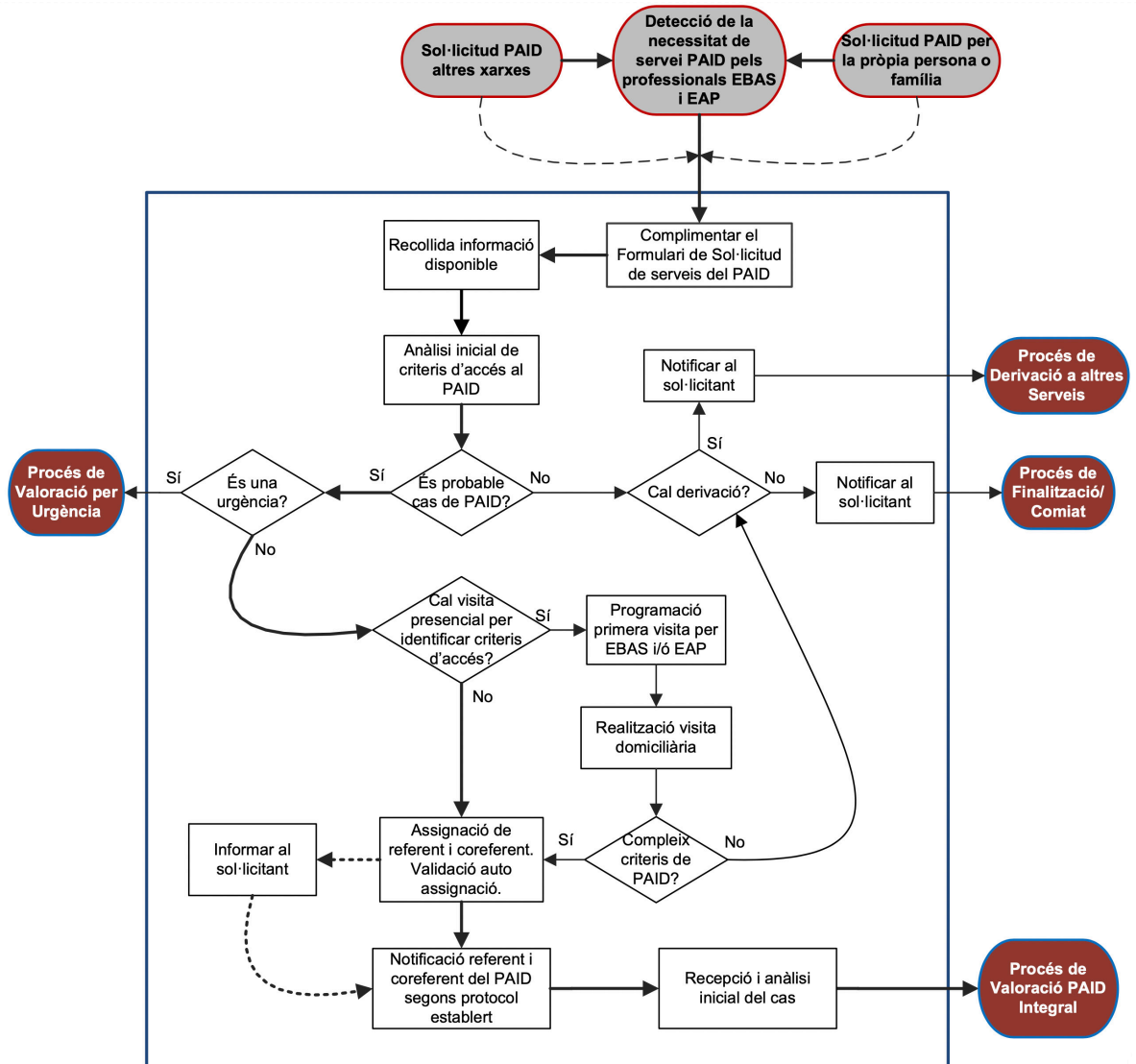


Figura 4.4. Diagrama del procés d'accés al PAID

En el decurs de les diverses fases del procés d'atenció, té un paper clau **gestor o gestora poblacional territorial**, que duu a terme la traçabilitat “digital” del sistema de registre de cada persona (de conformitat amb el quadre de comandament integral dissenyat), amb la finalitat d'identificar el compliment dels criteris bàsics de qualitat definits (per exemple: compliment de terminis, registre de les accions, seguiment de processos pendents, etc.). El procés de traçabilitat del PAID ha d'especificar els mecanismes d'interrelació, activació i seguiment corresponents.

## 4.2 Processos bàsics d'atenció durant l'estada de la persona al PAID

### 4.2.1 Valoració

Una vegada s'hagi notificat l'accés al PAID al referent i correferent, s'inicia el procés de **valoració integral**, liderada per la persona referent:

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

Prèviament, cal fer un procés de **recollida de la informació** disponible de la història sanitària i social de la persona, la família i l'entorn que pugui tenir relació amb el PAID i, en el supòsit que no es disposi d'aquesta informació, cal contactar amb els professionals específics per conèixer les màximes dades possibles.

Amb aquesta informació s'ha de programar una **visita domiciliària** de la persona sol·licitant i determinar quins han de ser els professionals que s'hi han de desplaçar, en funció de la concurrència social i sanitària identificada. Si en el procés d'accés ja s'ha produït aquesta visita domiciliària i s'ha confirmat que la persona compleix criteris d'accés al PAID, la valoració integral s'ha d'iniciar en aquest moment.

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

1. Preferències, valors i voluntats de la persona i el seu entorn.
2. Autonomia funcional i instrumental (ABVD i activitats instrumentals de la vida diària, o AIVD).
3. Estat cognitiu i emocional. Inclou la valoració sobre la necessitat de suport en la presa de decisions.
4. Situació de salut de la persona.<sup>30</sup>

---

30. Situació de salut de la persona

- Diagnòstics de salut.
- Identificacions i/o marcatges de fragilitat i de complexitat.
- Valoració específica i adaptada a cada col·lectiu atès.
- Valoració del dolor i presència d'altres símptomes.
- Ús segur de la medicació al domicili: conciliació de la medicació, compliment del tractament, emmagatzematge segur, etc.

5. Situació i entorn sociofamiliar.<sup>31, 32</sup>
6. Detecció de riscos.<sup>33</sup>
7. Condicions del domicili/habitatge/edifici.<sup>34</sup>
8. Percepció subjectiva de les necessitats i els factors protectors i de resiliència de la persona.<sup>35</sup>
9. Qualitat de vida.
10. Implicacions ètiques del procés d'atenció.<sup>36</sup>
11. Ús de recursos i serveis al domicili amb una visualització de 360° en les estacions electròniques de treball i: TLA, treballadors de salut, fisioteràpia respiratòria, professionals de teràpia física o ocupacional, oxigenoteràpia, etc.

Cal assegurar una valoració adequada del perfil i les característiques de la persona que cal atendre, tenint-ne en compte el desenvolupament evolutiu, l'edat, els suports familiars i la xarxa relacional i comunitària, per poder garantir un pla d'intervenció adient. A aquests efectes, cal disposar dels continguts mínims de valoració integral i integrada generals i els específics per a perfils concrets de població atesa.

Amb totes aquestes actuacions, s'ha de completar el procés de valoració, i determinar si cal que es dugui a terme de forma conjunta amb els diferents professionals implicats, tant de salut com de serveis socials, i amb la participació de la persona interessada i del familiar de referència, si es considera adient.

Per finaldel procés de valoració.

---

31. Avaluació de la situació i l'entorn sociofamiliar:

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

32. Suports primaris.

33. Detecció de riscos:

- Riscos de caiguda.
- UPP.
- Risc psicosocial.

34. Condicions del domicili/habitatge/edifici:

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

35. S'ha d'incloure una valoració de l'experiència en atenció de la persona i de l'experiència en atenció de la persona cuidadora si es disposa de mètriques consistents en aquest àmbit.

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

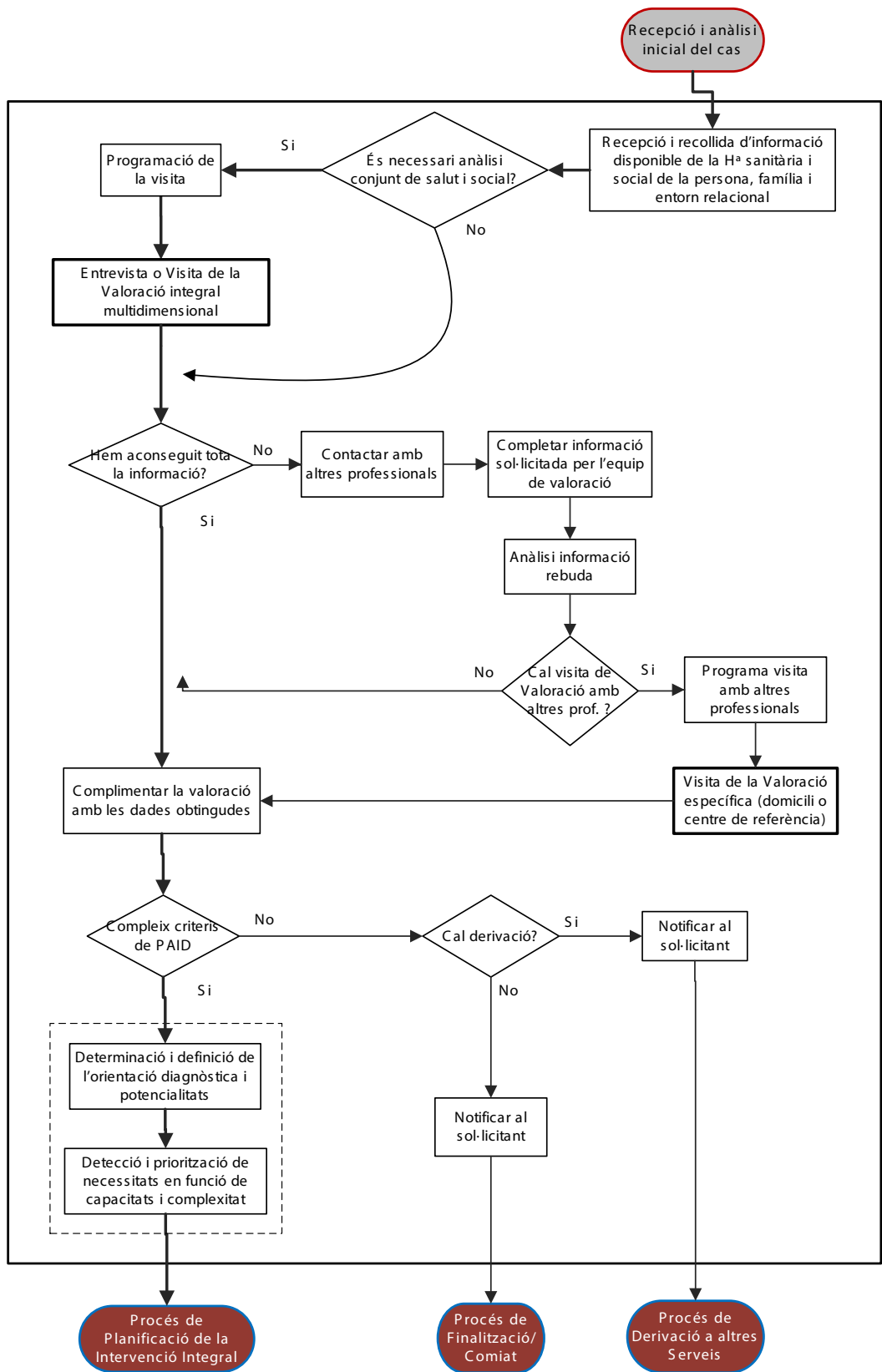


Figura 4.5. Diagrama del procés de valoració del PAID

## 4.2.2 Planificació de l'atenció integrada

Cada persona ha de disposar d'un **pla individual d'atenció integral (PIAI)**,<sup>37</sup> on constin els professionals i els serveis que hi intervenen. Aquest pla ha de ser accessible a tots els agents que treballen col·laborativament en el procés d'atenció d'aquella persona. A aquest efecte, s'han de generar els entorns o les plataformes tecnològiques necessàries que ho facin possible, tal com s'exposa en l'apartat del model que aborda concretament aquest tema.

El PIAI es comença a confeccionar des de l'inici de l'atenció a la persona i ha de contenir els objectius, les prioritats i les accions que cal dur a terme en funció d'una valoració flexible i continuada que doni resposta a les necessitats, la intensitat de suport que requereixi la persona i l'activació d'altres suports primaris en entorn natural per assolir els objectius plantejats. En funció del grau de concurrència social i sanitària, s'ha de programar una sessió interdisciplinària de consens entre els diferents professionals implicats per elaborar una **proposta preliminar del PIAI**. Així mateix, es poden incorporar també a aquesta sessió altres professionals específics o professionals d'entitats proveïdores, si es considera oportú. Aquesta sessió pot ser presencial o virtual i produir-se de forma síncrona o asíncrona, en funció de les necessitats del cas.

**El pla s'elabora de forma conjunta amb la persona i el seu entorn cuidador**; parteix de les seves preferències i voluntats, les seves necessitats, potencialitats i intensitats de suport i té en compte les adaptacions transculturals i de gènere. Per als supòsits de persones que necessiten ajuda en la presa de decisions, s'han d'aplicar les guies i recomanacions en la matèria, per tal d'afavorir que la persona pugui expressar la seva voluntat. Per a les situacions on hi hagi la figura de l'assistent personal, aquesta s'ha d'incorporar en els processos de planificació per afavorir l'expressió de la voluntat de la persona.

Pel que fa als professionals de salut i serveis socials, **la realització del PIAI la lidera el professional referent** i, en funció de la intensitat de la concurrència, pot ser elaborat de forma conjunta i presencial pel referent i pel correferent. Per decidir si un pla s'elabora de forma conjunta incorporant si es necessari la metodologia de "conferència de cas", s'han de tenir en compte les rutes assistencials definides, les propostes consensuades de programes adreçats a col·lectius determinats, i la valoració que en faci el professional referent i/o correferent en realitzar la valoració de la situació de la persona en relació amb els aspectes clau que cal considerar en l'AD.

L'**elaboració del pla** es pot fer mitjançant **diferents metodologies** que faciliten aquest procés de planificació conjunta: la conferència de cas, la utilització dels espais dels serveis d'atenció primària sanitària i social o de les unitats funcionals de treball integrat que es puguin crear, la visita domiciliària conjunta, la teleconferència o altres sistemes en entorn virtual que permetin realitzar, de forma sincrònica i en temps real, el pla esmentat.

37. Seria recomanable, en un futur, poder modelitzar un Pla individual d'atenció integral únic per a les persones ateses a l'entorn domiciliari o en centres residencials.



Si s'arriba a un acord entre tots els agents en el disseny i la programació de les activitats que han de formar el PIAI, s'inicia el procés d'assignació i activació dels serveis i recursos.

Els serveis que es poden planificar des del PIAI són els inclosos en el catàleg de serveis del PAID. Per a les situacions que requereixen una activació de recursos per a la prestació del servei, s'ha d'iniciar el procés d'aprovació i gestió del recurs. Per als supòsits considerats com una situació d'urgència que no pot esperar, s'ha d'activar el procés d'inici de l'atenció urgent específic de cada territori.

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

La persona i la seva família cuidadora han de conèixer el **període aproximat de durada de la prestació dels serveis del PAID**; en els supòsits de necessitat de prioritització de la demanda i existència de llistes d'espera per accedir al servei, cal assegurar un sistema adequat d'informació a la persona i al familiar de referència del PAID.

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

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

A la figura 4.6 es presenten les fases d'aquest procés.

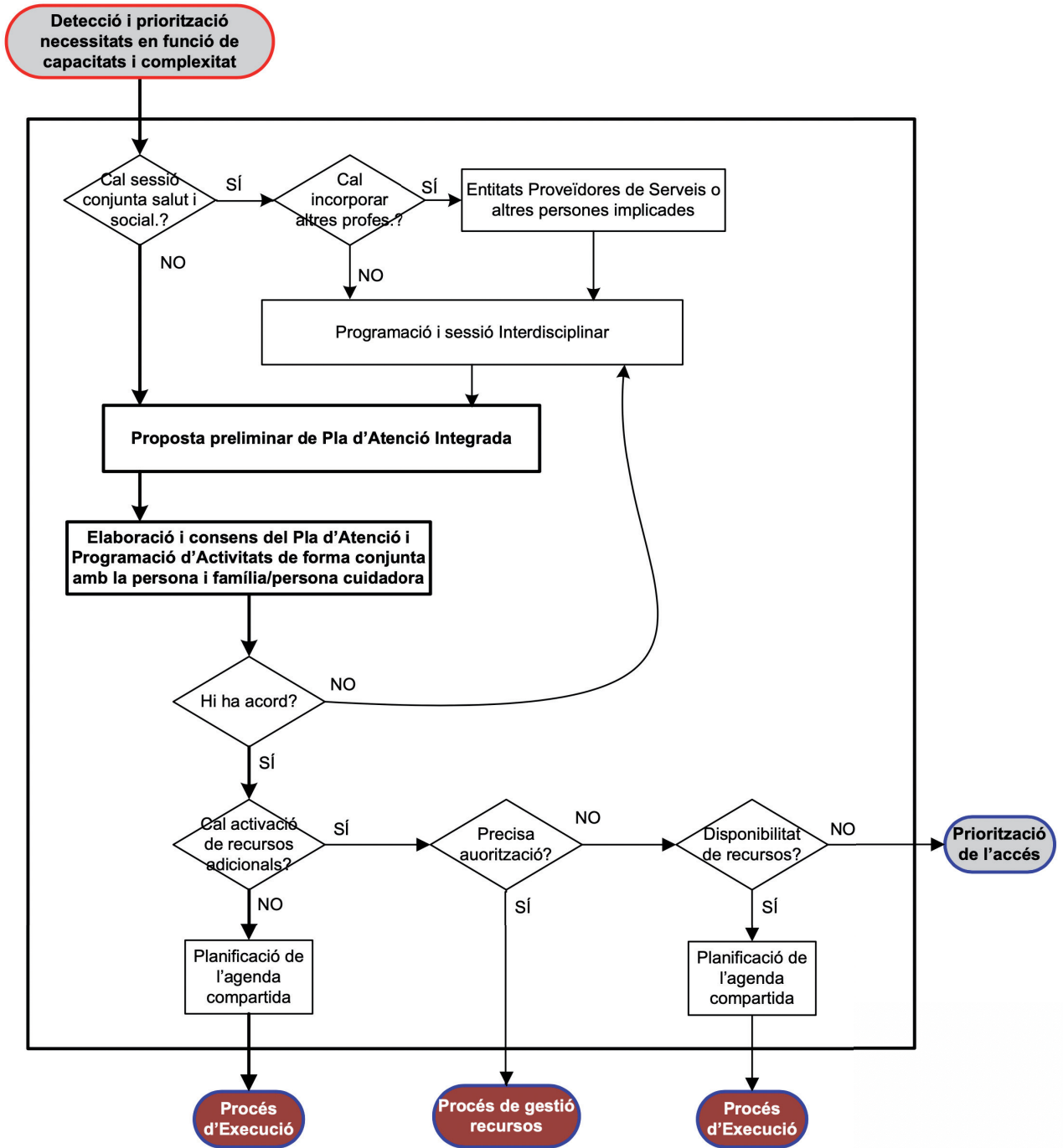


Figura 4.6. Diagrama del procés de planificació

### 4.2.3 Execució del pla individual d'atenció integral

El desplegament del pla individual d'atenció integral (PIAI) inclou una sèrie de processos específics en funció de les accions prioritzades. En general, les principals inclouen el següent (vegeu la **figura 4.7**):

1. El **pla d'atenció** pròpiament dit, derivat del diagnòstic situacional amb una priorització de les intervencions que cal dur a terme.
2. La **informació i l'assessorament** a la persona, la família i les persones cuidadores principals i la comunicació i la coordinació amb la resta d'agents implicats en la prestació i l'execució del pla.
3. El desplegament d'**estratègies d'empoderament** de la persona i la seva família; inclou processos educatius relacionats amb l'AD de la persona atesa i del seu entorn cuidador.
4. L'**actuació davant de situacions urgents o de crisi**. Els professionals que intervenen en el procés d'atenció han de tenir empoderament i agilitat per actuar en situacions d'urgència, activar recursos ràpidament i disposar de plans de contingència en un entorn 7x24 si, durant l'execució del pla, es detecta una necessitat de modificació per una situació de crisi que requereix una acció urgent.
5. El seguiment de l'**atenció i la gestió de les incidències**.
6. L'**adequació de l'entorn** en funció de la valoració de necessitats amb PS o ajuts tècnics, si escau, així com amb la utilització de la tecnologia per romandre a la llar (grua, llit articulats elèctrics, TLA, telemonitoratge, etc.).
7. La **coordinació i la comunicació** entre els equips socials i sanitaris. S'han de programar, si són necessàries, reunions conjuntes amb altres professionals —presencials o virtuals— i s'ha de promoure la utilització de sistemes de missatgeria segura entre organitzacions i professionals. S'han de preveure també, si escau, procediments per a la gestió de les diferències de criteris entre professionals en relació amb l'execució i el seguiment del pla amb metodologies com la “conferència de cas”.
8. La constància en el **registre** del PAID del desenvolupament de les accions i de la resposta de la persona i del seu entorn.
9. Creació del pla d'atenció derivat del diagnòstic situacional amb una **priorització de les intervencions**.

Aquesta fase del procés d'atenció s'inicia amb el desplegament de les accions previstes en el PIAI, de les quals es deixa constància del seguiment en el registre del PAID. Si en el decurs d'aquest desplegament es produeix qualsevol tipus d'incidència —relacionada amb la persona atesa, el seu entorn cuidador o amb els professionals d'atenció—, s'han d'activar els procediments oportuns per donar una resposta àgil i adequada. En funció de la rellevància i la urgència de la incidència, el professional pot efectuar els reajustaments necessaris, activar el procés

d'atenció urgent o notificar al professional de referència aquesta circumstància per a la seva gestió i, si escau, la modificació del PIAI. Per a la gestió adequada de les incidències, cal disposar d'un sistema d'alertes i de plans de contingència que donin resposta a les diferents situacions previstes, per assegurar una resposta proactiva.

En situacions d'incompliments reiterats dels acords o els pactes establerts en el PIAI per part de la persona atesa i/o per part de la persona cuidadora, s'ha de valorar de forma conjunta amb el professional de referència la necessitat de revisar el PIAI i/o les estratègies d'intervenció, així com la possibilitat de sortir del programa de forma pactada i sempre que no representi danys per a terceres persones.

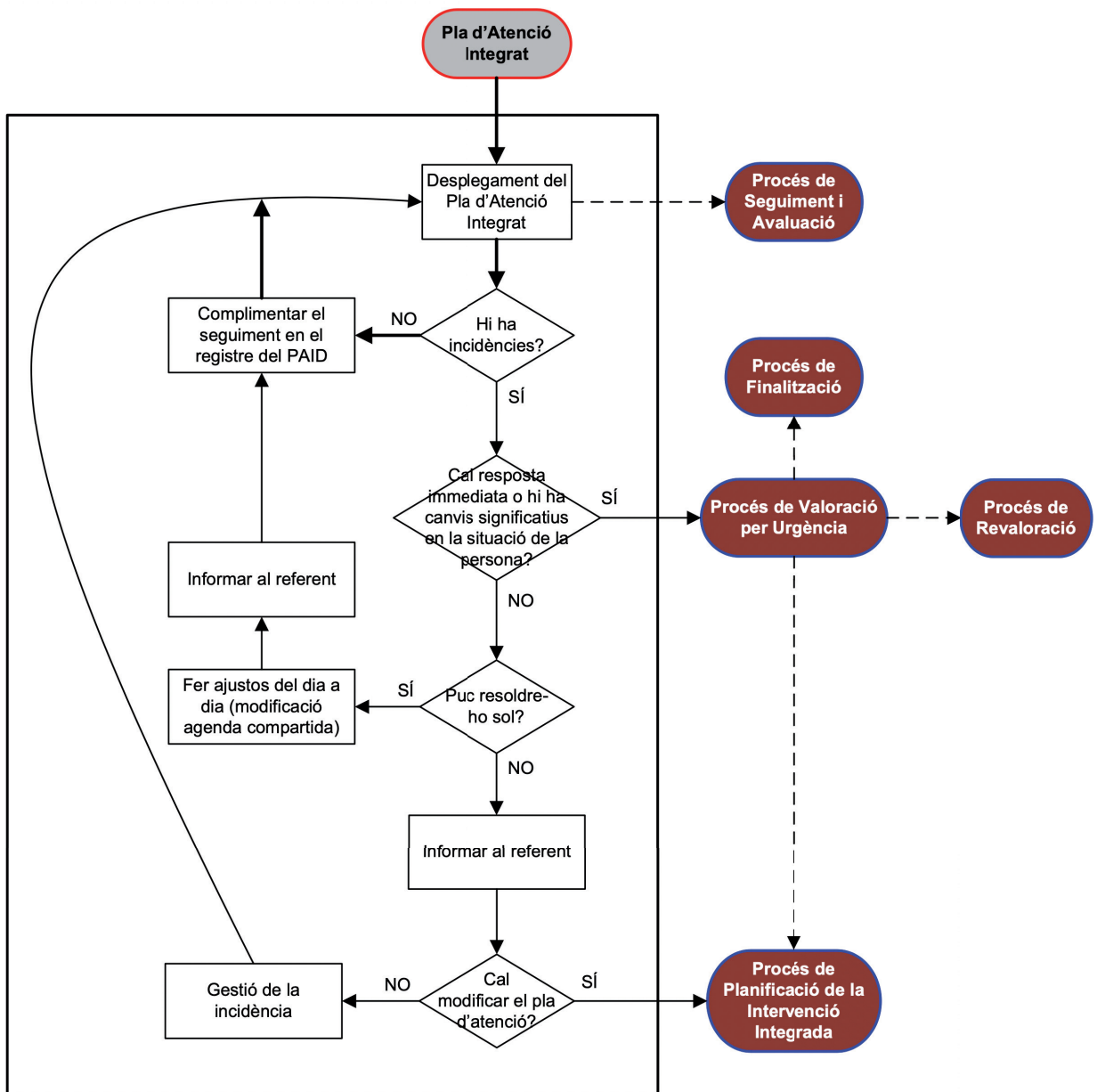


Figura 4.7. Diagrama del procés d'execució

A continuació es desenvolupen alguns dels processos que, pel seu especial interès en l'atenció integrada a l'entorn domiciliari, es volen destacar en aquest document.

#### 4.2.3.1 Atenció continuada. intervenció en situació de crisi i respostes en un model de garanties 7x24

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

Hi ha un conjunt de desencadenants de l'atenció social i sanitària urgent en l'àmbit domiciliari que s'agreuja per alguns dels condicionants de les persones ateses: persones grans soles, en parella o amb poca xarxa de suport que requereixen un seguiment proactiu i planificat, davallada funcional sobtada, alta hospitalària que requereix suport a domicili, etc.

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

- Assegurar una bona **capacitat de resposta** davant de situacions de crisi, ja no "fora d'hores", sinó també dins del mateix "horari convencional", degut a les dificultats que pot haver-hi per contactar amb els centres i els professionals responsables o referents ordinaris. La persona i la família han de conèixer sempre on s'han de dirigir en un entorn fora de l'horari convencional en cas de situació urgent o que no pugui esperar.
- Disposar d'un **model d'atenció 7x24** que abasti tot el territori, tenint en compte els plans vigents per donar resposta a les situacions d'urgència sanitària i social a Catalunya (Pla nacional d'urgències de Catalunya, o PLANUC, Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària, o ENAPISC, i Pla estratègic de serveis socials, o PESS).
- Desplegar el **sistema de garanties** de l'atenció 7x24. Cal explicitar clarament el circuit d'activació del model en aquests casos.
- Assegurar que l'atenció primària garanteixi l'atenció 7x24 per planificar l'**atenció proactiva i programada** de persones en situació de més risc i que requereixen continuïtat d'atenció i visites de seguiment fora d'hores (PCC, MACA, situació d'atenció pal·liativa al final de la vida, criteris de risc social, etc.). En funció de la complexitat de la persona, cal disposar d'un pla de contingència.
- El PIAI d' ha de contenir la **informació crítica** i amb indicacions de recomanacions en cas de crisi.
- Possibilitar l'**accés dels professionals** que intervenen en serveis d'atenció 7x24 **al PIAI de la persona** i altres plans relacionats amb el procés d'atenció de la persona.

- Establir **mecanismes de coordinació territorials** en la resposta a la situació de crisi que entra pel circuit de TLA o altres dispositius socials; cal definir uns criteris d'activació del sistema sanitari, bé el O61 o els dispositius ordinaris en horari diürn o d'atenció continuada.
- Incorporar de manera progressiva serveis que permetin planificar **mesures de resposta davant de determinades situacions socials** que poden generar una situació de crisi, com el cas d'ingrés urgent de persones cuidadores que deixarien la persona cuidada en situació de desprotecció. En aquests supòsits, caldria reforçar el treball conjunt de serveis bàsics de salut i serveis socials per garantir una accessibilitat àgil i oportuna als serveis, articulant mesures que evitin situacions de col·lapse dels serveis i de les famílies per l'espera de suport social. Aquests serveis es podrien organitzar de forma supramunicipal pel que fa a àrees de baixa densitat de població fora de l'àrea de Barcelona i àrea metropolitana.
- Definir els **criteris d'activació**, que permetin als professionals de l'àmbit sanitari i de serveis socials activar la resposta adequada, així com el circuit o el protocol d'atenció establert entre les parts.

Disposar d'aquest dispositiu és especialment rellevant en la xarxa social, atès que actualment està poc desenvolupat i és necessari disposar d'un circuit local per atendre i donar resposta a les urgències socials.<sup>38</sup>

#### 4.2.3.2 Gestió de les transicions

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

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

- Persones en situació de complexitat social i sanitària.
- Persones amb història d'alta utilització de recursos socials i sanitaris (hospitalitzacions, urgències, centres d'acollida, etc.).
- Persones ja incloses en programes d'AD i que retornen al domicili després d'un procés d'ingrés en un centre residencial, hospitalari o d'atenció intermèdia.

<sup>38</sup>. Per *urgència social* s'entén la situació excepcional i puntual que requereix una intervenció professional immediata perquè no es produeixi un deteriorament o empitjorament de la situació esdevinguda. Es caracteritza per un fet inesperat del qual la persona afectada pot ser conscient o no, i produeix una situació objectiva de desprotecció social que sobrepassa les capacitats personals, els recursos i els mitjans de subsistència, així com les relacions o les xarxes socials i familiars.

- Persones en situacions de cronicitat i complexitat (demència, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, etc.).
- Persones incloses en grups de morbiditat ajustada (GMA) prioritzats, especialment persones amb major càrrega de morbiditat.

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

#### 4.2.4 Seguiment i revaloració del procés d'atenció

Iniciada l'execució del PIAI, s'ha d'efectuar un seguiment periòdic de les intervencions i de les incidències que es puguin presentar. Es recomana, si la situació de la persona és estable i la intervenció es preveu de mitjana o llarga durada, una **primera revaloració al cap de quatre o sis setmanes** i una **revaloració almenys un cop a l'any**, sempre que no hi hagi un canvi significatiu en el procés d'atenció que requereixi una nova revaloració abans segons els protocols o les guies per a situacions específiques. Cada professional ha de registrar les accions portades a terme en el sistema de registre compartit del PAID.

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

Al llarg de tot el procés d'atenció, cal garantir una dinàmica proactiva per facilitar el contacte de la persona atesa al domicili amb el seu referent i correferent. Per aquest motiu, cal assegurar un sistema d'accés telefònic, presencial o d'utilització virtual suficientment àgil i flexible, de tal manera que la comunicació sigui efectiva (vegeu la **figura 4.8**).

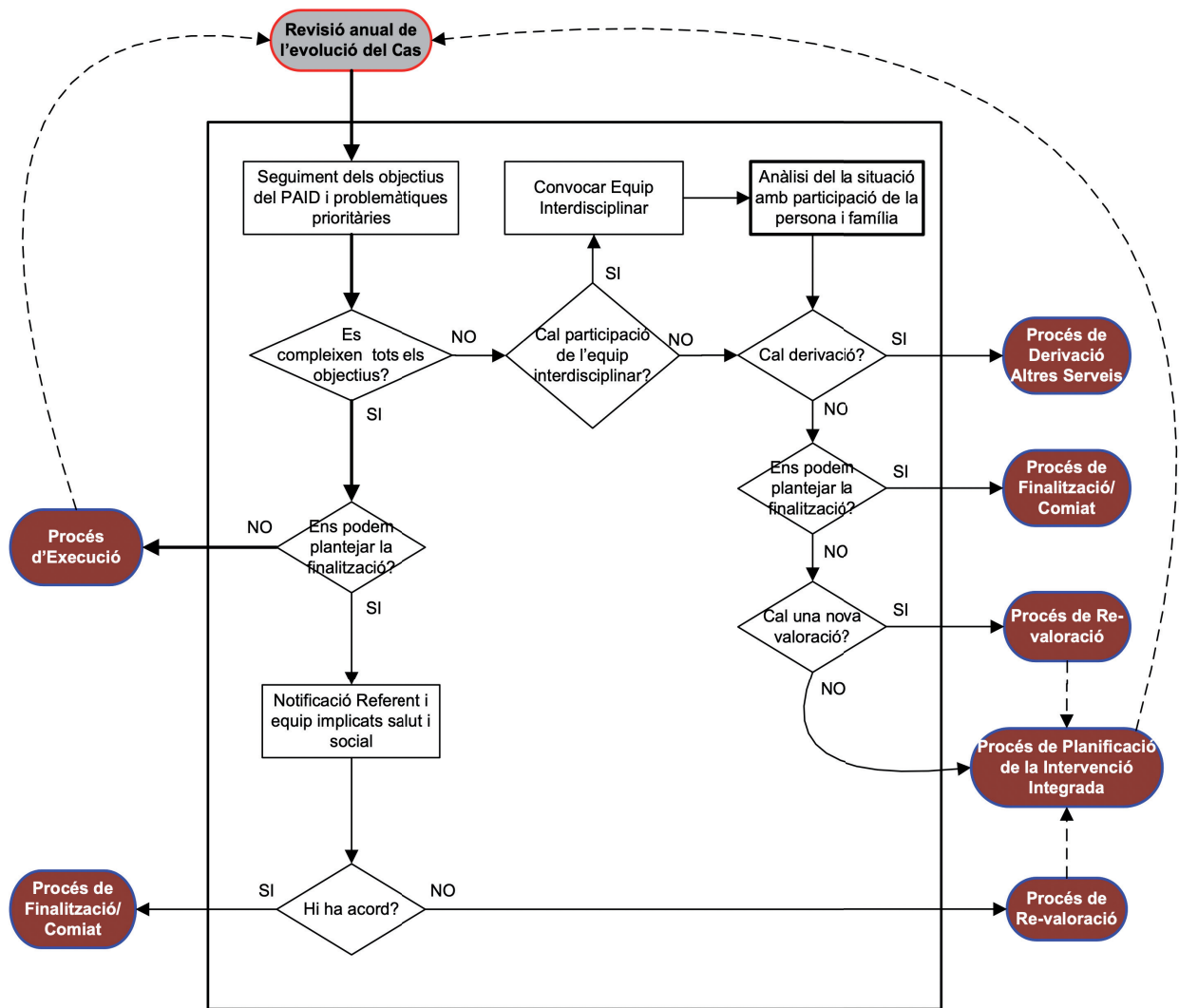


Figura 4.8. Diagrama del procés de seguiment i revaloració del PAID

## 4.3 Comiat o finalització del procés d'atenció

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

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



Quan una persona ja no tingui criteris d'indicació del PAID, cal activar el procés específic de finalització o sortida del Programa. Això implica fer una valoració de la situació de la persona en aquell moment i del seu grau de satisfacció i l'experiència percebuda, per identificar propostes de millora.

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

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

Es recomana que el pla funcional de cada territori especifiqui els circuits i els procediments bàsics de finalització del procés d'atenció per part dels professionals del PAID i que el quadre de comandament incorpori indicadors clau d'aquesta fase del procés.

És molt important identificar en el sistema de registre electrònic del PAID la data probable de finalització de la prestació del servei i no deixar casos oberts de forma permanent.

Cal recordar a les persones ateses i al seu entorn cuidador que formen part d'una xarxa integrada de serveis on l'atenció primària vetlla pel seu benestar, proactivament i en cas de necessitat. No hem d'oblidar que el domicili és un escenari de prestació de serveis i que la persona té els seus referents en la xarxa d'atenció primària a la qual pertany.

La figura de la persona referent i la persona correferent tenen un paper rellevant en aquest procés de comiat.

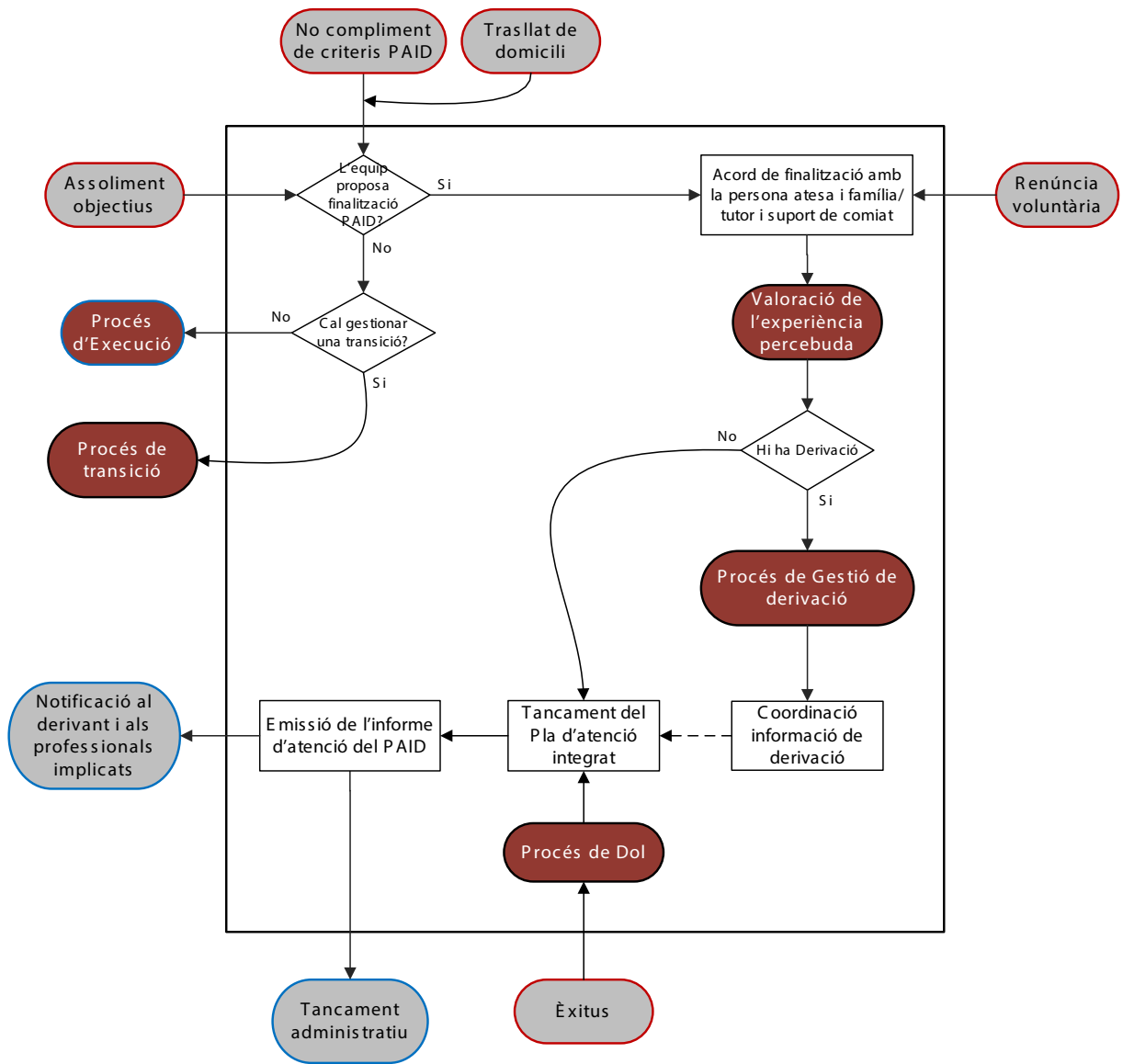


Figura 4.9. Diagrama del procés de comiat del PAID

## 4.4 El procés bàsic d'atenció des de la perspectiva de la persona

Com que un dels principals trets característics del PAID és l'assumpció del model d'ACP, en el diagrama de procés següent es reflecteixen, des de la mirada de la persona atesa, les fases d'accés, valoració, planificació, execució i comiat del PAID (vegeu la figura 4.10).

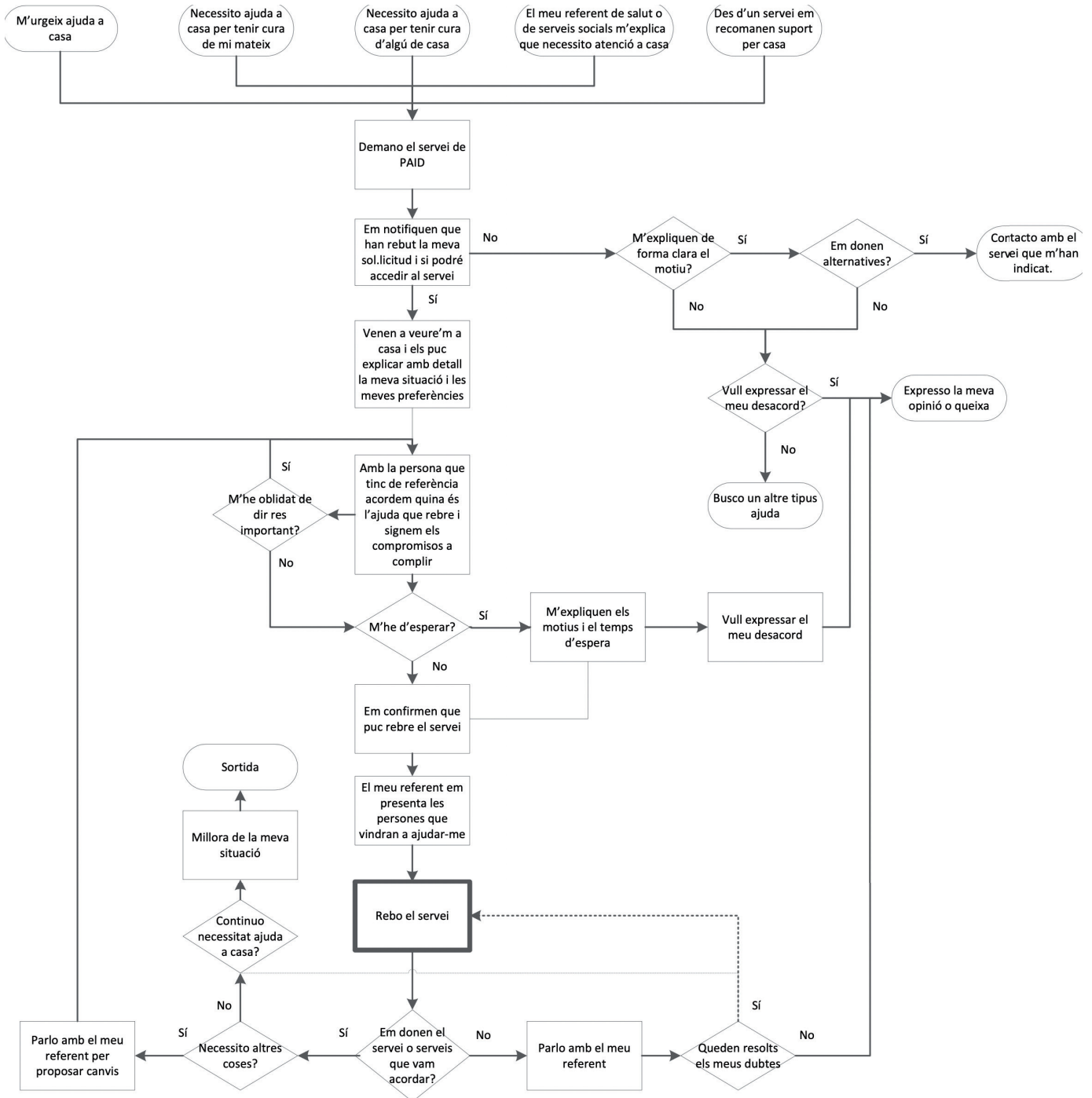


Figura 4.10. Diagrama del procés d'atenció al PAID des de la perspectiva de la persona

En el desenvolupament i la implementació dels processos bàsics del PAID cal tenir en compte, a més de la mirada i la perspectiva dels professionals que hi intervien i de les persones ateses, el marc normatiu vigent, amb una atenció especial a la protecció de dades de caràcter personal i al procediment administratiu més adient que permeti la màxima agilitat i eficàcia en el procés d'atenció a la persona.

**Atenció  
a les famílies,  
altres persones  
cuidadores  
i comunitat  
de referència**



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

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

La planificació de l'atenció domiciliària implica també tenir en compte les **accions adreçades a la persona cuidadora principal i el nucli de convivència**, especialment en els supòsits en els quals es detecta una situació de risc de claudicació de la persona cuidadora principal.<sup>39</sup>

Per evitar les situacions de claudicació familiar, des del PAID s'han d'activar **estratègies de prevenció i suport** —relacionades amb **processos de formació**, mentoria, **assessorament**, escolta activa, gestió de l'estrès i de com s'ha de respondre davant de situacions disruptives i de trastorns del comportament de la persona que puguin afectar significativament la persona cuidadora— que contribueixin a millorar la seva capacitat de resiliència i d'adaptació a la nova situació.

## 5.1 Valoració i suport a la persona cuidadora i a la família

Cuidar una persona al domicili pot representar un canvi substancial i una reassignació dels rols i les tasques per als diversos membres de la família. Per això, és necessària la **identificació de la persona cuidadora principal**, d'entre els diferents membres de la família, així com la de les possibles persones cuidadores secundàries que li donaran suport. També és necessari identificar qui és la persona **referent familiar per a l'AD**, persona clau en l'estratègia de comunicació amb la família i la resta de l'equip del PAID.

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

- Situació i nombre de persones cuidadores (analitzar si hi ha més xarxa de persones cuidadores, disponibilitat de temps dels diferents membres de la família, etc.).

39. Nota: a les persones cuidadores, sovint els costa sortir de casa per “cuidar-se elles mateixes” i assistir, per exemple, a accions lúdiques i d'oci que els permetin gestionar la càrrega emocional de cuidar una persona, vetllar per la seva pròpia salut o participar en grups d'ajuda mútua si hi ha un desgast o un sobre esforç significatiu.

- Perfils de les persones cuidadores i les seves necessitats: situació de salut, detecció de condicions que poden dificultar el suport que presten a la persona atesa, relacions amb la comunitat, etc.
- La seva experiència en la cura.
- La seva voluntat i capacitat de participació.
- La capacitat d'adaptació de la família a l'hora d'encarar situacions complexes, emergents o sobrevingudes d'un dels seus membres del nucli familiar.
- Valoració de la càrrega de la persona cuidadora principal amb instruments objectius i detecció del risc de claudicació de la persona cuidadora i de la família.
- Identificació del tracte i les relacions en el nucli de convivència.<sup>40</sup>
- Identificació de la necessitat de tecnologies, productes i serveis de suport que afavoreixen la tasca del cuidador (alça del lavabo, grues, etc.).
- Consideració de la resta de l'entorn familiar.
- Situació socioeconòmica de la família per si és necessària l'ajuda externa.

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

- Millorar la informació a la família i les persones cuidadores sobre drets i serveis disponibles. Per això, és important que la informació proporcionada pels professionals a la família tingui en compte els valors, les preferències i els desitjos de la persona que cal atendre, amb un llenguatge clar i concís.
- Reforçar les competències d'atenció per disposar dels coneixements, les habilitats i les actituds necessàries per fer front a les necessitats de la persona atesa.
- Efectuar un seguiment (preguntar, demostrar que hi ha suport disponible, sobretot suport psicològic i temps per desconnectar).
- Fomentar l'aprofitament de recursos disponibles a la comunitat.
- Facilitar eines per interactuar i reforçar les relacions (per exemple, implicar el sistema escolar en les cures intergeneracionals, etc.).

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

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

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

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

- Potenciar programes i accions d'intercanvi de coneixements i experiències entre persones cuidadores amb alt grau d'expertesa i la resta de persones cuidadores, per promoure canvis d'hàbits que millorin la seva autocura, la qualitat de vida i la convivència i la cura amb la persona a la qual cuiden.<sup>41</sup>
- Formació de les persones cuidadores en habilitats i instruments per adaptar la seva realitat als canvis que sobrevindran amb l'evolució del procés de la persona que cuiden. Aquesta formació hauria d'incloure continguts en diferents àrees, entre d'altres: cura de les necessitats de la persona atesa (alimentació, higiene, etc.), maneig de la medicació, mobilitzacions i transferències segures, suport psicològic de la persona cuidadora, relacions familiars i coneixement dels recursos disponibles a la comunitat.
- Estratègies diverses i multiplataforma (presencial, virtual, etc.) d'assessorament i formació a les persones cuidadores, amb un abordatge poblacional i territorial (centres d'assessorament, etc.).

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

- Preveure canvis en el model de serveis de “respir de la persona cuidadora a casa”. Es una idea força apuntada pel cuidador participant en els grups en mode co-diseny del model. No cal que la persona hagi d'anar sempre de casa a un centre d'atenció residencial. Es podria habilitar que el respir de la persona cuidadora es faci a la llar per afavorir que la persona atesa no hagi de marxar del seu entorn.
- Potenciar que determinats serveis que necessita la persona cuidadora es realitzin a casa (analítiques, etc.).
- Definir estratègies d'atenció a la persona cuidadora un cop deixa d'exercir aquest rol.
- Incloure serveis de fisioteràpia per a la persona cuidadora.
- Afavorir el suport psicosocial per a la persona cuidadora.

## 5.2 Atenció a la comunitat

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

- Atenció per a **grups de persones usuàries** en l'AD. Aquest model implica preveure una atenció individual i en grups reduïts que afavoreixi la interacció entre les persones ateses, així com la creació de noves xarxes de suport i grups d'ajuda mútua.

41. Exemple: Programa Cuidador Expert Catalunya®.



- **Compactació de serveis perquè les persones es puguin beneficiar d'una oferta de serveis conjunta o en grups**, per contribuir a l'enfortiment de vincles amb la comunitat (per exemple, el concepte d'illa de cures, on s'agrupen usuaris amb característiques similars d'AD, etc.).
- **Detecció de situacions de risc al domicili** per part dels agents comunitaris (per exemple, d'impagament de la llum per part d'una unitat de convivència, etc.) i de situacions de **conflictivitat veïnal** que permetin actuar proactivament.
- **Potenciació de comunitats guaridores**, que afavoreixen l'autocura i l'automaneig per part de les persones usuàries, els familiars i els grups (per exemple, comunitats o barris amics de les persones amb demències). Actualment, a Catalunya ja hi ha algunes experiències locals d'interès en aquest sentit.
- Activitats de suport de **salut pública** al domicili (per exemple, iniciatives d'envelliment saludable per mitjà de l'esport o activitats de lleure a l'aire lliure on es convida els amics o veïns de la persona atesa).

En la construcció del **mapa d'actius comunitaris** s'han d'incorporar aquells actius que estan relacionats amb l'atenció a l'entorn domiciliari. Aquest mapa ha de ser dinàmic i estar actualitzat i disponible per ser consultat pels professionals i per les persones i les famílies, de tal manera que puguin conèixer l'activació d'aquests recursos i serveis de la comunitat i accedir-hi amb facilitat.

# **Atenció a la llar i a l'entorn on viu la persona**



Convé tenir molt en compte la dignificació dels espais on viu la persona i la seguretat de la llar i del seu entorn, tant des de la perspectiva de la persona atesa i del seu nucli de convivència com dels professionals que l'atenen.

L'entorn intern de la llar on viu la persona és un element que pot facilitar i afavorir els processos de recuperació i de vida autònoma i que pot condicionar els resultats esperats. Per això, d'una banda, cal valorar i abordar en el marc del PAID elements que contribueixin a millorar l'adequació dels espais i, de l'altra, tenir en compte les situacions de la llar on viu la persona següents:

- **Salubritat de l'habitatge**

1. Soroll.
2. Temperatura. Identificar problemes de pobresa energètica.
3. Humitats
4. Qualitat de l'aire.
5. Ventilació.
6. Contaminació, risc d'infecció o problemes de plagues.

- **Adequació de l'habitatge**

1. Ser discapacitat o edat de la persona.
2. Ser famílies i infants a la llar.
3. Situacions d'amuntegament.

- **Accessibilitat i seguretat de la llar**

1. Accessos (escales, etc.).
2. Fines es.
3. Perills amb la mobilitat de les persones. Risc de caigudes.
4. Presència d'animals, productes, substàncies i conductes perilloses.
5. Risc de foc.
6. Intrusos a la llar no coneguts per l'entorn de la persona ni l'entorn cuidador.

- **Estabilitat o temporalitat de la llar**

1. Habitatge temporal i sense estabilitat.
2. Persones amb tipus de vida nòmada.
3. Xarxa social poc estable o amb la qual pràcticament no es pot comptar.  
Habitatge aïllat.

- **Accessibilitat de l'entorn**

1. Territori.
2. Dificació.
3. Mitjans de transport.
4. Productes i serveis.
5. Comunicació.

Els problemes de seguretat de la persona a la llar són multifactorials (3):

- La dimensió física de la llar inclou els riscos ambientals, com el disseny i la infraestructura de la llar, el desordre i les condicions insalubres.
- La dimensió emocional a la llar implica tensions i estrès en l'ambient i malestar de l'entorn cuidador relacionat amb l'atenció.
- Les dimensions socials i funcionals de la seguretat de l'AD involucren la comunitat i la xarxa de suport.

És important poder **detectar i prevenir possibles riscos a la llar de forma precoç**. Per això, cal incorporar, en el moment d'efectuar la valoració integral de la persona inclosa en el PAID, aspectes vinculats amb aquesta àrea. Per això, el primer professional que efectuï la visita domiciliària ha de fer aquesta **valoració**, que ha de ser compartida amb els professionals de salut i de serveis socials implicats en la prestació de serveis del PAID. Igualment, a més d'aquesta valoració inicial, cal dur a terme valoracions periòdiques —o com a mínim anuals— per garantir l'actualització de la informació.

Aquestes valoracions han d'apreciar sempre les condicions de seguretat a la llar, tant des de la **perspectiva de la persona atesa**, com de la de la **persona cuidadora** i de la dels **professionals** que intervenen en aquell domicili.

En la **valoració** es recomana incloure els **continguts** següents:

1. Risc de caigudes (elements estructurals que facin augmentar-ne el risc).
2. Risc de desorientació espaciotemporal.
3. Risc de foc a la llar (cuina de gas, presència de productes inflamables, brasers, etc.).
4. Existència de persones de tracte difícil a la unitat de convivència.
5. Presència de situacions, eines o substàncies que poden posar en perill la seguretat de les persones.
6. Detecció de riscos estructurals al domicili.
7. Presència d'animals perillosos.
8. Presència de situacions d'amuntegament o síndrome de Diògenes.
9. Riscos per als professionals (seguretat al lloc de treball, desplaçaments i accés, etc.).
10. Necessitat de desplaçament d'un mínim de dos professionals.

Un cop es disposi d'aquesta valoració, cal **determinar el procés d'atenció** que cal dur a terme, que hauria d'explicitar:

1. Com donar resposta a les situacions de risc detectades prèviament (gestió de medicaments, control d'infeccions, aspectes vinculats amb l'alimentació, prevenció de caigudes, situacions d'abús, etc.).
2. Com han d'actuar els professionals d'atenció directa, de forma immediata i provisional, davant de situacions d'emergència (primers auxilis a domicili).
3. Com actuar davant d'una situació de catàstrofe al domicili (foc, electrocució, terratrèmol, etc.).

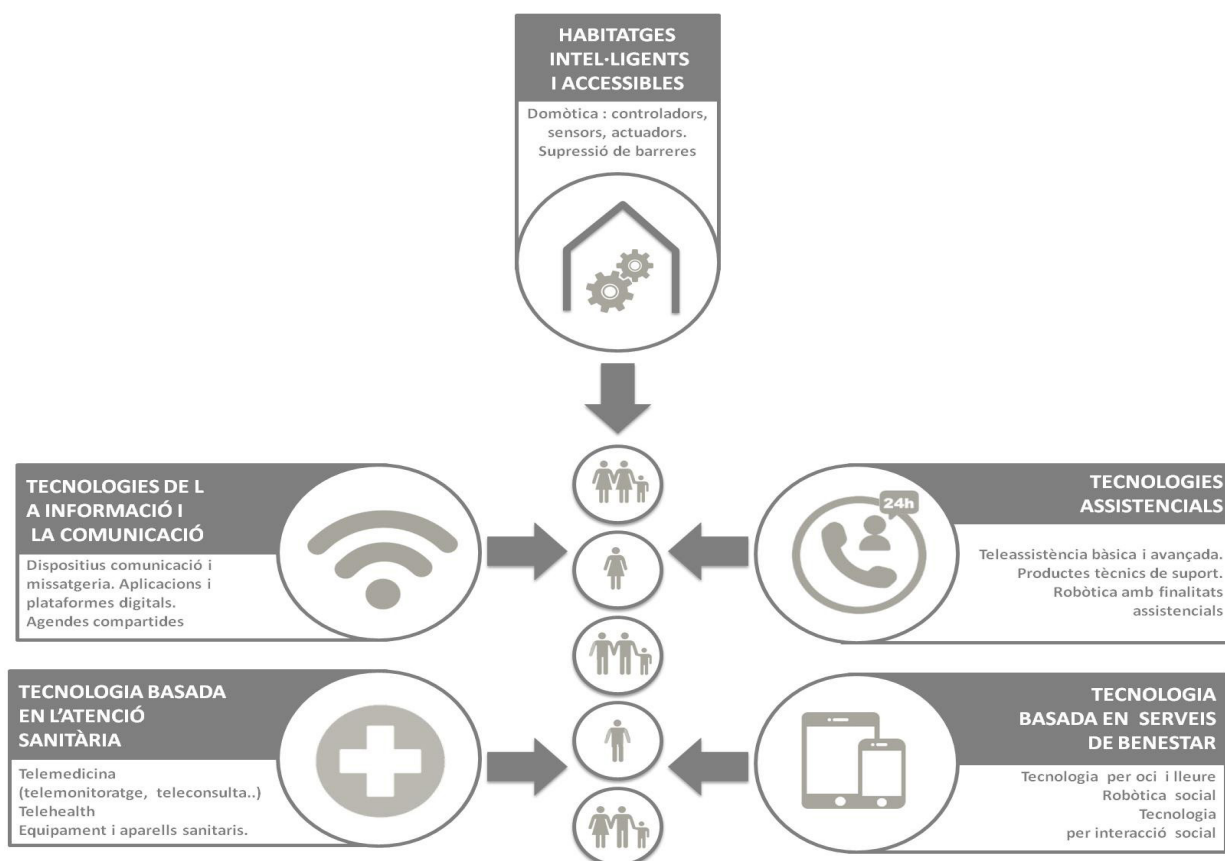
Els professionals del PAID han d'activar, de forma conjunta, els serveis o els mecanismes existents per afavorir un entorn segur i adequat on pugui viure la persona en funció de les seves preferències i valors.

**Tecnologies,  
productes i  
serveis de  
suport** de  
l'atenció integrada  
a l'entorn  
domiciliari



El desenvolupament de les tecnologies i els Productes de Suport (PS) al domicili, entesos en el seu sentit més ampli, constitueixen un dels processos de suport més rellevants identificats en el PAID. Per això, s'ha considerat oportú destinar-hi un capítol específic en aquest model.

La innovació, en el model d'atenció a domicili, és un component clau per garantir la qualitat assistencial i l'eficiència en el sistema sanitari i de serveis socials, especialment pel que fa als serveis d'atenció integral no presencial, amb elements de TLA, telemedicina i telemonitoratge. El **marc de referència** que ha d'orientar el desplegament de serveis relacionats és el següent:



**Figura 7.1.** Classificació de la tecnologia i els serveis per ajudar les persones a viure a casa de forma independent. Adaptat de (4)

La introducció i la utilització de les tecnologies, els productes i els serveis de suport responen a les **finalitats** següents:

- Oferir una resposta adequada i personalitzada, en un model d'ACP.
- Adequar, ajustar i harmonitzar l'atenció presencial i la no presencial.
- Millorar i mantenir l'autonomia (compensar o suplir la limitació funcional).
- Incrementar la cobertura i la intensitat del servei, especialment per a determinats perfils i col·lectius.

- Avançar en la detecció i la prevenció de riscos i millorar la seguretat i la vigilància de la persona.
- Promoure l'atenció continuada, amb més capacitat de resposta, l'efectivitat de les garanties de l'atenció 7x24 i la proactivitat, tant “fora com dins d'hores”.
- Incrementar l'autocontrol i l'empoderament de la persona i el seu entorn.
- Facilitar el rol de la persona cuidadora (tant en la seva tasca cuidadora com en les seves necessitats).
- Apropar l'atenció al domicili al màxim possible, i evitar sovint desplaçaments innecessaris.
- Millorar els models actuals d'estratificació, identificació de poblacions vulnerables o en més situació de risc i adequació dels serveis en incorporar “noves variables” al model de sistema de registre compartit. Això permet disposar d'un model d'atenció més proactiu, especialment en grups poblacionals amb necessitats específiques.
- Disposar d'un sistema que permeti fer una gestió millor del risc a escala poblacional.

## 7.1 Les tecnologies de la informació i la comunicació i l'atenció domiciliària

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

La connexió i la interoperabilitat entre els diversos sistemes d'informació permeten disposar de totes les dades relatives a la persona amb independència de qui les genera i des d'on es generen. Aquesta mobilitat —entesa com la capacitat d'accedir a aquesta informació des de qualsevol lloc— permet deslocalitzar l'atenció. El PAID, com a programa que vol oferir una atenció integral i integrada a la persona al seu domicili, ha de disposar dels elements de mobilitat necessaris per garantir l'accés a tota la informació que es produeix en el decurs del procés d'atenció a la persona i l'entorn cuidador.



Tota aquesta tecnologia de la informació i la comunicació s'ha de fer efectiva i consolidar en tots els nivells d'atenció, a tots els equips de les organitzacions que presten serveis vinculats al PAID i als domicilis de les persones ateses. D'entre aquests diferents **elements de la nova tecnologia**, destaquen els següents:

- Sensorització de la persona al seu entorn (domicili, carrer, etc.), que permet tenir-ne dades de manera contínua.
- Associació a un sistema intel·ligent d'alertes i monitoratge, que permet establir actuacions més ràpides i personalitzades.
- Obtenció de dades per a una millor adequació i seguiment del servei (per part dels professionals, gestors poblacionals, etc.).
- Facilitar la teleassistència, i estalviar el desplaçament de les persones ateses a domicili als centres per rebre atenció.

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

A més, cal destacar que les TIC faciliten l'automatització de la informació clau inclosa en els diversos processos d'atenció i l'elaboració d'un quadre de comandament integral per als equips de professionals d'atenció directa a la persona (àmbit micro), a l'organització territorial (àmbit meso) i als òrgans directius i de govern del PAID (àmbit macro).

Finalment, és important destacar que poder disposar d'aquestes TIC ha de permetre:

- Analitzar les decisions preses en cada moment del procés d'atenció i els seus resultats.
- Seguir i reconstruir tot el recorregut o traçat de la persona atesa (visites, tramesa d'informació, expedients assistencials, etc.), amb indicació de la durada o el temps emprat.
- Vetllar per la seqüència dels processos d'atenció i detectar disfuncions o accions fora de termini.
- Visualitzar el cicle complet d'atenció d'una persona, d'un grup o d'una comunitat.
- Optimitzar els processos dissenyats.
- Detectar patrons d'atenció d'un grup o una comunitat.
- Afavorir el *benchmarking* i l'aprenentatge organitzacional del PAID.
- Donar suport en el procés de presa de decisions en els àmbits micro, meso i macro.

En certa manera és la cerca de la **petjada digital** del PAID.

## 7.2 Utilització de les tecnologies assistencials en l'atenció domiciliària

L'atenció integrada a l'entorn domiciliari ha de disposar de serveis nous que incorporin la tecnologia. L'atenció **no presencial** i el **telemonitoratge** de persones amb necessitat de suport al domicili, pel que fa a la gestió de cas, ha de permetre'n una millora i més eficiència en el seu maneig.

Per això, les solucions i els productes de TLA, telemonitoratge i telemedicina ofereixen un gran potencial en la prestació de serveis d'atenció integral no presencial.

En el marc del PAID, cal treballar per l'optimització de la TLA bàsica i avançar en la implementació de dispositius de **TLA de segona generació** o **TLA avançada**, que inclogui serveis com:

- Atenció personal telefònica 7x24 i activació de sensors d'alarmes i alertes.
- Detecció de situacions de risc o emergència per incidències al domicili o fora de la llar i capacitat de resposta immediata (persona que no respon, caigudes, accidents a la llar, etc.).
- Atenció i seguiment psicosocial proactius de la persona.
- Suport a la persona cuidadora (detecció de riscos, capacitació, suport al dol, etc.).
- Suport en gestió de contingències i catàstrofes.
- Teleconsulta social i sanitària.
- Autoconeixement i empoderament per a l'autocura de la persona i el seu entorn.
- Serveis de telemedicina, entre d'altres:
  - Telemonitoratge domiciliari o en serveis comunitaris de persones amb cronicitat per a l'obtenció i el control de paràmetres fisiològics i biomètrics.
  - Gestió de dades clíniques i suport a les decisions clíniques. Triatge tècnic de dades controlades a distància.
  - Gestió de cites mèdiques en els sistemes d'atenció (agenda).
  - Seguiment clínic proactiu dels pacients des del centre d'atenció.
  - Telediagnòstic.
  - Telerehabilitació física i funcional.

Un dels valors principals de la TLA avançada rau en el seu caràcter de prestació integrada, tant en si mateixa (TLA integrada amb telemonitoratge) com en el conjunt de serveis que operen en el context domiciliari en un mateix territori. La TLA es converteix, així, en un element facilitador en la coordinació i la col·laboració entre els serveis socials i els sanitaris. Possibilita, entre d'altres, la definició de processos i protocols d'informació, remissió i actuació en funció de la situació de la

persona dels serveis públics i l'accés a la informació, mitjançant la integració entre plataformes de TLA i els sistemes d'informació de salut i socials.

El desplegament i la implementació a Catalunya d'aquest model impliquen una sèrie de necessitats:

- Repensar el model logístic per implementar de forma coherent i generalitzada l'evidència ja existent, de tal manera que el desplegament d'aquest tipus d'iniciatives no sigui aïllada, i que s'articuli en els escenaris amb intervencions multipalanca.
- Tenir en compte l'escenari de relació entre els àmbits macro, meso i micro, pel que fa a la compra conjunta de serveis de TLA i telemedicina..
- Formar els professionals assistencials en competències digitals i tecnològiques.
- Incorporar la TLA en les rutes i els pactes territorials d'atenció integrada a l'entorn domiciliari tenint en compte que, tot sovint, el coneixement de situacions de crisi de la persona es produeix per mitjà de la TLA.
- Avançar en la incorporació de la TLA en els models de missatgeria de l'atenció integrada, i potenciar aquesta utilització entre TLA, EAP i EBAS davant de situacions de risc.<sup>42</sup>
- Potenciar pràctiques col·laboratives entre els professionals dels sistemes sanitaris i socials.

## 7.3 Prestacions ortoprotètiques, productes de suport (PS) i servei de teràpia ocupacional en l'atenció integrada a l'entorn domiciliari

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

Entre els temes clau que ha de promoure el model d'atenció integrada al domicili destaquen els següents:

- La **sensibilització** en la promoció d'aquests productes i serveis en l'àmbit de la societat en el seu conjunt, i concretament dels professionals, persones ateses, familiars i persones cuidadores, proveïdors de serveis, gestors i responsables territorials.
- La formació i la **millora de la competència** de tot el **personal** implicat en les fases del procés.

42. Per exemple, iS3.

- La creació de **guies, procediments** i trajectòries de treball unificats que orientin el procés d'atenció en funció de l'evidència i les millors pràctiques disponibles, amb la consegüent adopció i adaptació a cada territori.
- La introducció dins del sistema bàsic de **valoració d'un cribratge** sobre la necessitat d'una avaluació en profunditat per part de professionals de teràpia ocupacional o d'altres serveis de rehabilitació, en funció de les recomanacions descrites a les guies i els algorismes de remissió a aquest tipus de serveis.
- Generar **serveis de suport integrat** que en funció del nombre d'habitants pot tenir una **organització supramunicipal**, que integri la gestió de bancs d'ajudes tècniques i productes de suport (PS) i d'altres serveis. Seria un servei de suport als equips bàsics d'atenció.
- Desenvolupament d'un **sistema de gestió transversal** d'aquest tipus de servei.

Els **objectius** serien:

- Empoderar les persones usuàries i els familiars.
- Enfortir la capacitat i la competència dels professionals en la utilització d'eines en funció de les necessitats individuals, així com dels recursos propis i les potencialitats de l'entorn.
- Assegurar un sistema de consulta presencial i no presencial dels professionals per disposar d'assessorament.
- Crear serveis de suport per a la utilització adequada de tecnologies de suport i cures a l'entorn domiciliari.
- Assegurar una logística adequada de tot el procés: inventaris, mapa de necessitats, comandes, reposició, subministraments, manteniment, finançament, etc.
- Disposar d'un catàleg de productes i serveis integrat i proposar-ne, si escau, l'ampliació per afavorir el màxim període d'autonomia de la persona en el seu entorn domiciliari i el retard d'una possible institucionalització. Aquesta acció implica revisar el finançament d'aquests productes, així com les estratègies de reutilització.

### Prescripció d'articles ortoprotètics

L'àmbit actual de la prestació suplementària que dona cobertura a la necessitat de productes ortoprotètics, en l'actual cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut, facilita la utilització de productes sanitaris la finalitat dels quals és substituir de manera total o parcial una estructura corporal, o bé modificar-la, corregir-la o facilitar-ne la funció.

Les administracions han d'adoptar mesures perquè les persones amb limitacions

funcionals puguin assolir la màxima autonomia, amb l'ampliació i la promoció de serveis i programes d'habilitació i rehabilitació, i alhora facilitar la disponibilitat, el coneixement i l'ús de les tecnologies i els dispositius que, més enllà del concepte d'ortopròtesi i ajut mecànic, permetin assegurar la permanència en el seu entorn habitual a les persones que tenen dificultats adaptatives al seu entorn físic, facilitant models assistencials que promoguin i allarguin la seva autonomia i validesa, així com la capacitat de rebre cures en el seu entorn més proper i per part de les persones cuidadores més pròximes.

El model proposat ha d'afavorir l'acció cuidadora i fer fàcil la seva participació en el pla terapèutic, i retardar o evitar al màxim la remissió a entorns assistencials allunyats de l'entorn de la persona. Aquest nou model d'accés a la prescripció ortoprotètica comporta una focalització i una nova orientació del sistema vers l'atenció a la cronicitat i l'envelliment, que facilita l'accés a prestacions que milloren l'autonomia de les persones i fa més fàcil la tasca de les persones cuidadores. Per això, és important per al desplegament del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari, que els **professionals de l'APS puguin prescriure determinats productes inclosos en el catàleg**, competència fins ara restringida a l'atenció especialitzada. D'aquesta manera, s'afavoreix i es destaca el paper clínic dels professionals d'atenció primària amb la millora del seu grau de resolució de la demanda ciutadana.

Cal, finalment, valorar la capacitat organitzativa del conjunt de recursos disponibles perquè, actuant de manera coordinada i transversal (serveis socials, de salut, administracions locals, etc.), s'implementin actuacions i mesures que facilitin **la recuperació i la reutilització de determinats productes**, de manera que s'afavoreixi la sostenibilitat i l'eficiència en la utilització dels recursos disponibles mitjançant la configuració de bancs de PS. Aquests bancs han de funcionar tenint en compte les recomanacions i les guies que facilitin els responsables d'aquest servei a escala interdepartamental.

Resumint, caldria avançar per aconseguir que:

- La prescripció de determinats productes pugui ser efectuada pels professionals d'atenció primària i evitar desplaçaments innecessaris a la persona, la família i la persona cuidadora. Recentment, s'ha publicat la Instrucció 1/2018 del Servei Català de la Salut, que habilita la prescripció d'un primer catàleg de productes a l'APS.
- Els materials finançats en el sistema de prescripció d'articles ortoprotètics (PAO) estiguin sotmesos a la dinàmica del centre logístic de PS territorial.

## Servei de productes de suport i teràpia ocupacional

Es considera fonamental que hi hagi un servei integrat i de suport als serveis d'atenció primària que pugui fer una valoració professional específica de la necessitat i la prescripció de PS i donar suport a l'aprenentatge per a la utilització quan sigui necessari. Aquest servei s'hauria d'activar quan, en el marc de valoració bàsica del PAID, s'hagi efectuat el cribatge de detecció de necessitat d'aquesta intervenció. Aquest servei de PS i teràpia ocupacional l'han de conèixer tots els agents socials i sanitaris i s'ha de produir dins del marc de l'atenció social i sanitària de la persona si roman a casa seva.

El servei es presta bàsicament a domicili; ha de ser de resposta ràpida i té l'objectiu de millorar la capacitat funcional i la cura de la persona en el seu entorn mitjançant els PS i l'assessorament en pautes de maneig per a les activitats de la vida diària (AVD).

Els professionals idonis, per la formació que tenen, són els terapeutes ocupacionals, i les funcions que han de dur a terme són les següents:

- Valorar les capacitats de la persona i el seu entorn.
- Identificar les limitacions i els riscos en el seu funcionament.
- Assessorar sobre la necessitat de PS i gestionar-ne, si escau, l'accés quan sigui necessari per millorar les capacitats, la mobilitat, la cura i la seguretat en les activitats diàries (higiene, transferències, descans, desplaçament, accessibilitat a l'entorn, etc.).
- Ensenyar pautes funcionals en les rutines de maneig, tal com les mobilitzacions, vestir-se, menjar, prevenir riscos, etc.
- Orientar, si escau, sobre la supressió de barreres i les adaptacions del domicili (tecnologia per controlar i gestionar el seu entorn, domòtica).

Per a la gestió logística dels PS s'han d'organitzar bancs de productes i oferir a la persona l'opció de modalitat de préstec. Un cop ja no es necessiten, es retornen al banc de PS per fer-ne el manteniment oportú.

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

### ***Consideracions que cal tenir en compte en el desplegament d'un servei de productes de suport i de teràpia ocupacional d'abast 41***

- Disposar d'un model de primera valoració estandarditzat per a professionals d'atenció primària.
- Preveure estratègies de col·laboració o sinergies per guanyar eficiència entre el sistema de salut, que aporta els productes de PAO, i el sistema de serveis socials, que aporta els PS per a les AVD.
- Promoure iniciatives d'interès conjunt entre administracions amb entitats locals per dur a terme petits arranjaments i treballs al domicili.
- Incorporar elements formatius en PS en els mòduls formatius per a professionals que treballen en AD.
- Assegurar la formació dels professionals de primera línia (personal d'infermeria i treball social) per fer un cribratge adequat sobre la necessitat de PS al domicili i de la valoració especialitzada per part del servei de PS i teràpia ocupacional.
- Especificar, en les guies d'actuació per al desplegament del model i quan escaigui en el desplegament reglamentari, la necessitat de la presència mínima del recurs del professional de teràpia ocupacional, ja que és un recurs amb visió poblacional i territorial a disposició dels serveis sanitaris i socials del territori i activable des dels dos àmbits quan es detecta aquesta necessitat.
- Generar un material de consulta formatiu per a professionals d'atenció en format de guia pràctica. Ha de ser un material bàsic, visual i pràctic per poder valorar de manera estructurada i planificada àrees o àmbits de valoració: dormitori, bany, cuina, espais comuns, ajudes instrumentals.
- En la gestió del material de PAO, incorporar el compromís de retorn del material per part de la persona o la família quan ja no el necessiti i la devolució al centre logístic territorial (aquesta devolució també s'ha d'incloure en el compromís entre l'equip del servei i la persona beneficiària).
- Incloure el pla d'intervenció de teràpia ocupacional en els sistemes d'informació de l'atenció integrada del PAID.
- Col·laborar en la proposta de petits arranjaments a la llar per millorar-ne l'accessibilitat, l'autonomia i la seguretat.
- Comptar amb un sistema d'informació i gestió logística per a la gestió del servei.
- Tenir en compte, pel que fa al dimensionament, el resultat d'estudis de costos per al funcionament i implantació com a xarxa a Catalunya, a fi de cobrir, d'una banda, la necessitat de les persones destinatàries i, d'una

altra, aconseguir un servei eficient i sostenible.

- Plantejar el servei de PS des del punt de vista poblacional i territorial. Hi ha productes que provenen del finançament del sistema de serveis socials i d'altres que són finançats pel CatSalut, però se n'hauria de plantejar la gestió conjunta en clau territorial i poblacional.

## 7.4 Habitatges intel·ligents i accessibles

La tendència de millora de l'autonomia a la llar va acompanyada del desplegament d'iniciatives d'adequació i d'accessibilitat a l'entorn. Per això, els habitatges intel·ligents que integren diferents tecnologies permeten dur a terme activitats quotidianes de forma independent, amb menys esforç i amb més seguretat, a persones grans amb dificultats de mobilitat i a persones de qualsevol edat amb discapacitat o necessitat de suport, i possibiliten que puguin romandre al seu domicili i retardar o evitar possibles estades o ingressos en serveis residencials. La inclusió de sistemes domòtics controlats a distància i amb diversos sensors millora la seguretat de les persones en el seu entorn.<sup>43</sup>

Els components de TIC es poden programar per relacionar-se entre si a través d'una xarxa local i amb el seu entorn a través d'Internet, telèfons fixos comuns, telèfons mòbils o tauletes. La tecnologia es pot fer servir per monitorar, enviar alertes i dur a terme funcions d'acord amb criteris específics. (4)

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

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

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

La Llei 13/2014, del 30 d'octubre, d'accessibilitat, estableix les condicions perquè els edificis, els productes, els serveis i la comunicació siguin accessibles i s'utilitzin sistemes i mitjans de suport que millorin la qualitat de vida de les persones.

43. Sistemes alternatius d'obertura de portes codificades, dispositius de seguretat, il·luminació, interruptors d'encesa i apagat per a diversos electrodomèstics i entreteniment a la llar, etc. Els sistemes d'il·luminació i calefacció poden controlar-se. També poden incloure l'accés a aplicacions de TIC genèriques, com els serveis en línia que ofereixen la televenta o la banca electrònica. Els habitatges intel·ligents estan equipats amb sensors, actuadors, controladors, una unitat central, xarxes i una interfície (Laberg *et al.*, 2005). (22)



Els edificis d'habitatges nous s'han de fer amb **critèris d'accessibilitat i eficiència energètica**, comptant cada cop més amb les TIC. Respecte dels habitatges antics, també s'han d'anar adequant en la mesura possible amb l'ajut i el foment que ofereixen les administracions públiques. Cal tenir en compte que, a partir de la nova legislació, les comunitats de propietaris tenen l'obligació de fer que els habitatges s'adaptin sobretot quan hi hagi persones de més de 70 anys o amb discapacitats que necessiten millores d'accessibilitat i de funcionament de l'edifici per fer possible viure-hi amb dignitat i autonomia.

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

# **Governança i disseny organitzatiu**



El bon govern és cabdal per al desenvolupament de qualsevol política, pla o programa d'intervenció. En aquest context, aquest model es basa en els principis de bon govern enunciats per la Comissió Europea l'any 2017:<sup>44</sup>

– Integritat: fiabilitat, generador de confiança, atenció segura.
– Imparcialitat.
– Participació: amb caràcter integrador i per part de tots els implicats.
– Obertura, transparència, i aplicació de mesures anticorrupció.
– Centrat en la persona usuària dels serveis.
– Capacitat de resposta amb receptivitat i sensibilitat davant de les situacions.
–Connectivitat.
– Eficiència.
– Efectivitat.
– Sostenibilitat.
– Visió.
– Aprenentatge continu. Busca de la millora contínua.
– Innovació.
– Rendició de comptes.
– Legalitat.

Per garantir que aquests principis de bon govern es materialitzen, el PAID fa seves les recomanacions internacionals en aquesta matèria que indiquen que cal assegurar una formulació adequada de les polítiques i els models que orienten el desenvolupament dels programes, així com les estratègies d'implementació i d'innovació.

Cal preveure com es tenen en compte els aspectes ètics, la transparència i les mesures adreçades a la millora, l'eficàcia i la integritat en la contractació i la prestació del servei. Les estructures de govern del PAID en els àmbits macro, meso i micro han de garantir una organització, coordinació i integració adequades. Les organitzacions implicades han de gestionar el rendiment, la qualitat i les persones que implementen les estratègies i les accions acordades. Cal verificar la prestació adequada de serveis i la digitalització, l'entorn de finançament dels serveis i la relació públicsocial en un marc d'un sistema de multiprestació de serveis, i assegurar una gestió adequada per garantir l'accessibilitat i l'equitat.

44. European Commission Quality of public administration. A toolbox for practitioners 2017. European Commission's Inter-service Group on Public Administration Quality and Innovation; 2017. Disponible a: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8055&type=2&-furtherPubs=no>

## 8.1 Elements destacats per a la governança del model

A continuació, s'exposen el conjunt d'**elements** que cal tenir en compte en el **bon govern del model del PAID**:

1. Atenció al llarg de tot el projecte vital de la persona.
2. Paper preventiu de l'AD. Sempre ha d'existir aquest component preventiu, fins i tot en persones en situació de complexitat.
3. Atenció a les necessitats sanitàries i socials al domicili en funció dels valors i les preferències de la persona, tenint en compte la complexitat i la presència de situacions multiproblemàtiques.
4. Xarxa única prestadora de serveis d'AD amb eines compartides facilitadores d'escenaris d'atenció integrada, que inclou diferents tipus de suports.
5. Previsió d'un augment significatiu de la demanda d'AD que ben segur implicarà poder disposar de professionals qualificats i amb coneixements dels diferents contextos socioculturals.
6. Definició clara dels criteris d'indicació, seguiment, reavaluació i finalització dels serveis d'AD, tenint en compte els cinc eixos del programa: complexitat, intensitat de suport, concurrència social i sanitària, urgència i durada de la intervenció.
7. Repercussió clara del catàleg de serveis d'atenció domiciliària en les dimensions de qualitat de vida i bona experiència d'atenció, i fent-ne un seguiment.
8. Resposta a noves formes de viure (cohabitatge, cohabitatge ecològic, etc.).
9. Previsió progressiva de finançament interdepartamental compartit per determinades línies de serveis, començant per projectes concrets amb pressupost compartit, sense creació de xarxes paral·leles.
10. Potenciació de l'atenció en entorn domiciliari mitjançant la prestació de serveis.
11. Establiment de mecanismes de seguiment dels supòsits de prestació econòmica, vinculats als resultats assolits.
12. Foment dels mecanismes de seguiment de les entitats prestadores de serveis, mitjançant indicadors i resultats de qualitat percebuda, auditories tècniques o sistemes d'avaluació externa. Cal assegurar una sistemàtica que incorpori en els requisits vinculats a la compra de serveis i en altres eines de relació (com el contracte programa a escala territorial) clàusules i dinàmiques de treball que permetin compartir la informació sanitària i social, de tal manera que estigui disponible i no quedi captiva en els sistemes d'informació de les entitats prestadores.

13. Desenvolupament del marc normatiu i del sistema d'avaluació periòdica i d'acreditació de les entitats prestadores de serveis de la xarxa d'AD d'utilitat pública.
14. Promoció del desenvolupament dels professionals de la xarxa d'AD: reconeixement, formació continuada, competència cultural i competències transversals.
15. Foment dels entorns favorables i segurs per a la bona praxi professional.
16. Estratègia de gestió del canvi per al desplegament i el seguiment del model acordat (PAID).
17. Treball conjunt amb altres xarxes (d'educació, habitatge, ocupació, justícia, etc.).
18. Avaluació de l'impacte multidimensional del model: bons resultats en salut i benestar i qualitat d'atenció, adequació de la utilització dels serveis i millora de la qualitat de vida i l'experiència d'atenció a persones i famílies, amb un sistema d'avaluació transparent, amb difusió dels resultats aconseguits i que permeti efectuar un *benchmarking* entre els diferents equips funcionals.
19. Implicacions ètiques del treball a l'entorn domiciliari (per a les persones cuidadores, per als professionals i per a les entitats i organitzacions).

## 8.2 Governança del PAID

L'organització del PAID té un abast territorial i s'articula en tres àmbits: macro, meso i micro, i cadascun d'aquests està compost per diversos òrgans:

### 1. Àmbit **macro**:

1 Comitè de Direcció del PAID participat pels departaments i ens locals, corresponent a la fórmula de governança existent d'atenció integrada sanitària i social.

### 2. Àmbit **meso**:

- 2.1 Òrgan de govern territorial de l'atenció integrada (del PAISS).
- 2.2 Comissió funcional territorial del PAID (executiva).

### 3. Àmbit **micro**:

- 3.1 Grup operatiu responsable del PAID.<sup>45</sup>
- 3.2 Equips funcionals socials i sanitaris d'atenció primària.

Tot seguit, es detallen les funcions principals i la dinàmica de funcionament d'aquests equips, en forma de taula de resum i amb una explicació posterior.

45. En funció del nombre d'equips existents en un determinat territori, els òrgans de governança del PAID en l'àmbit micro poden assolir-lo un mateix equip funcional.

Taula 8.1. Òrgans de governança del PAID i funcions principals

PAID	Òrgan de governança	Composició	Prestació/Funció	Finançament / control pressupostari	Instruments de relació
Òrgan de govern del PAISS Comitè Operatiu del PAISS					
MACRO	↓ <b>1. Comitè de Direcció del PAID</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departament de Salut (DS) i Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (DTSF).</li> <li>• CatSalut.</li> <li>• Guberns locals (Associació Catalana de Municipis, o ACM, i Federació de Municipis de Catalunya, o FMC).</li> <li>• PAISS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el pla estratègic del PAID.</li> <li>• Assegurar elements facilitadors del PAID.</li> <li>• Impulsar la innovació, la recerca i la gestió del coneixement.</li> <li>• Realitzar la proposta pressupostària per al desplegament de l'atenció integrada a l'àmbit domiciliari.</li> <li>• Definir el programa formatiu conjunt.</li> <li>• Avaluar i revisar els objectius anuals i avaluar els sistemes de compra dels serveis de la cartera del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprovar els criteris de distribució del finançament.</li> <li>• Establir sistemes per garantir l'estabilitat del PAID.</li> <li>• Pactar el model de distribució pressupostària.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acord marc del PAID.</li> <li>• Full de ruta del PAISS.</li> <li>• Pla estratègic del PAID.</li> <li>• Contraprestació per als resultats definits en el contracte.</li> <li>• Altres plans que afectin l'AD.</li> </ul>

PAID	Òrgan de governança	Composició	Prestació/Funció	Finançament / control pressupostari	Instruments de relació
MESO	<b>2.1 Òrgan de govern territorial de l'atenció integrada (del PAISS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regions sanitàries del CatSalut.</li> <li>• Serveis territorials del DTSF.</li> <li>• Titulars de l'àrea bàsica de serveis socials, o ABSS (ens locals).</li> <li>• PAISS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoure l'atenció integrada inclosa en el PAID en el territori.</li> <li>• Aprovar el pla funcional del territori.</li> <li>• Fixar els objectius territorials.</li> <li>• Constituir la comissió funcional territorial. Nomenar el responsable del PAID.</li> <li>• Comprar els serveis de la seva cartera i avaluar-los aplicant la contraprestació per resultats decidida en l'àmbit macro.</li> <li>• Fer el seguiment de la qualitat i de l'accessibilitat del servei.</li> <li>• Retre comptes al Comitè de Direcció.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concretar la distribució del pressupost entre els serveis segons els criteris territorials.</li> <li>• Pactar el pressupost per a cada territori (àmbit local).</li> <li>• Fer el seguiment pressupostari.</li> <li>• Justificar l'execució pressupostària al Comitè de Direcció.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contracte programa que inclou serveis del PAID.<sup>46</sup></li> <li>• Pla funcional del PAID territorial.</li> <li>• Pacte territorial de resultats.</li> </ul>
	<b>2.2 Comissions funcionals territorials del PAID (executiva)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regió sanitària - sector d'atenció primària.</li> <li>• Serveis territorials del DTSF.</li> <li>• ABSS.</li> <li>• Representants de líders professionals de salut i serveis socials experts en AD.</li> <li>• Representants de la ciutadania.</li> <li>• Representants de les entitats de serveis d'AD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el pla funcional del territori.</li> <li>• Valorar la necessitat de creació de grups operatius.</li> <li>• Operativitzar els objectius del PAID segons el context territorial.</li> <li>• Fer el seguiment i l'avaluació del PAID.</li> <li>• Retre comptes a l'òrgan de governança territorial d'atenció integrada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar les necessitats pressupostàries.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pla funcional del territori.</li> <li>• Pacte amb entitats proveïdores.</li> </ul>

46. Recull d'objectius compartits, accions, recursos humans, materials i econòmics de totes tres parts, indicadors d'avaluació, etc.

PAID	Òrgan de governança	Composició	Prestació/Funció	Finançament / control pressupostari	Instruments de relació
MICRO	<b>3.1 Grup operatiu responsable del PAID<sup>47</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direcció/coordinació de l'EAP.</li> <li>• Direcció/coordinació dels equips bàsics d'atenció social (EBAS).</li> <li>• Representants dels professionals d'atenció directa.</li> <li>• Opcionalment, representants de la ciutadania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposar serveis i índex de cobertura i d'intensitat.</li> <li>• Fixar els objectius als professionals de base.</li> <li>• Fer el seguiment de resultats de l'atenció integrada del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar el pressupost assignat.</li> <li>• Justificar la despesa a la Comissió funcional territorial del PAID.</li> <li>• Fer el seguiment de ràtios de personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programació anual.</li> <li>• Quadres de comandament dels equips i territoris.</li> <li>• Protocols locals (organització dels dos àmbits).</li> <li>• Enquestes de satisfacció o experiència d'atenció de les persones usuàries i els professionals i de l'experiència d'atenció.</li> </ul>
	<b>3.2 Equips funcionals social i sanitari d'atenció primària responsables de la prestació del servei</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionals d'atenció directa del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar l'atenció del PAID.</li> <li>• Organitzar l'atenció de les persones assignades al territori.</li> <li>• Participar en iniciatives de millora i innovació de l'atenció.</li> <li>• Detectar necessitats i propostes d'intervenció a escala del territori.</li> <li>• Prescriure el servei d'atenció domiciliari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la durada i la intensitat de la prestació del servei.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració i pla individual d'atenció integral.</li> <li>• Agendes compartides.</li> <li>• Missatgeria compartida.</li> <li>• Sistema de registre del PAID.</li> <li>• Eines de metodologia de treball col·laboratiu.</li> </ul>

47. En funció dels territoris, el grup operatiu responsable del PAID i els equips funcionals social i sanitari poden ser els mateixos, especialment en territoris petits.



## 8.2.1 Responsabilitats en l'àmbit macro

Aquest model preveu l'existència d'un òrgan o grup que ostenti la màxima representació del PAID, amb capacitat de decisió i resolució d'alt grau i que es responsabilitzi de la gestió del PAID en tots els àmbits, amb una definició clara del sistema organitzatiu a nivell del macrosistema. Aquest òrgan de govern del PAID es denominaria **Comitè de Direcció del PAID**.

### 1. Comitè de Direcció del PAID

Aquest òrgan ha de treballar en estreta coordinació amb el PAISS o l'estructura que assumeixi la coordinació interdepartamental d'iniciatives conjuntes de salut i serveis socials en matèria d'atenció integrada, i en dependrà funcionalment. Ha de treballar de forma conjunta amb els responsables de les carteres de serveis dels departaments implicats i amb els responsables designats en representació del món local.

Aquest òrgan o grup ha de tenir el suport i l'assessorament d'una representació de les comissions funcionals del PAID del territori, amb presència de representants de la ciutadania, proveïdors i professionals.

#### ■ Funcions:

Aquest òrgan ha de vetllar pel desplegament del PAID en l'àmbit macro i a escala territorial. El sistema de seguiment d'aquest grup ha de ser periòdic per conèixer com avança el desplegament del Programa i la necessitat o no de replantejar estratègies de treball pel que fa als sistemes social i de salut. Les seves funcions serien les següents:

- Definir els objectius i les línies estratègiques del PAID. Establir un pla estratègic a cinc anys i un pla anual que s'anirà actualitzant en funció de les necessitats que es detectin en l'avaluació anual.
- Proposar zonificacions conjuntes progressives i transitòries que facilitin la implementació ràpida del projecte a escala territorial, mentre no hi hagi la zonificació definitiva.
- Assegurar elements facilitadors del PAID:
  - Assegurar que s'elabori la caixa d'eines o instruments que acompanyin el desplegament del PAID.
  - Aconseguir que els elements per al model d'atenció integrada, com els sistemes d'informació, l'adequació normativa i altres accions previstes al pla estratègic, es duguin a terme.
- Impulsar la innovació, la recerca i la gestió del coneixement.
- Realitzar la proposta pressupostària per al desplegament de l'atenció integrada en l'entorn domiciliari.

- Definir el programa formatiu conjunt per als professionals que intervenen en el PAID.
  - Avaluar i revisar els objectius anuals i avaluar els sistemes de compra dels serveis de la cartera del PAID.
- **Finançament / control pressupostari:**
- Aprovar els criteris de distribució del finançament.
  - Establir sistemes per garantir l'estabilitat del PAID (establiment de compromisos pluriennals, etc.).
  - Pactar els models de distribució pressupostària.

## 8.2.2 Organització i responsabilitats a escala territorial (MESO)

### 2.1 Òrgan de govern territorial de l'atenció integrada

Cada territori tindrà un òrgan **de govern** del PAISS que serà el responsable del seguiment dels programes d'atenció integrada social i sanitària al seu territori i el PAID formarà part del seguiment d'aquest grup.

- **Funcions:**
- Promoure l'atenció integrada en el territori, inclòs el PAID.
  - Aprovar el pla funcional del territori, que doni resposta a les necessitats canviants de la població del seu territori.
  - Fixar els objectius territorials.
  - Constituir la comissió funcional territorial:
    - Constituir-la i definir-ne la composició.
    - Designar la persona responsable o les persones responsables del PAID.
    - Elaborar el pla funcional del PAID del territori.
  - Comprar els serveis de la seva cartera i avaluar-los aplicant la contraprestació per resultats decidida en l'àmbit macro.
  - Fer el seguiment de la qualitat i de l'accessibilitat del servei.
  - Retre comptes al Comitè de Direcció.
- **Finançament / control pressupostari:**
- Concretar la distribució del pressupost entre els diversos serveis segons els criteris territorials.
  - Pactar el pressupost per a cada territori (àmbit local).
  - Fer el seguiment pressupostari.
  - Justificar l'execució pressupostària davant del Comitè de Direcció.

## 2.2 Comissió funcional territorial del PAID

Derivada d'aquest òrgan de govern territorial de l'atenció integrada, a cada territori s'ha de constituir una **comissió funcional territorial del PAID**, que ha de dur a terme el desplegament i el seguiment del PAID a escala territorial.<sup>48</sup>

La comissió funcional territorial del PAID pot plantejar sistemes de descentralització nous que facilitin la implementació del programa i la facin més eficient i molt eficaç, aprofitant les estructures existents, evitant duplicar estructures, així com simplificant l'estructura existent, per evitar la burocratització i incórrer en despeses innecessàries.

### ■ Funcions:

- Elaborar el pla funcional del territori que ha de determinar el disseny i la implementació del model d'AD integrat a escala territorial.
  - Gestionar el desplegament i fer les adaptacions necessàries del PAID del territori per al seu funcionament adequat. Proposar a l'òrgan de govern l'actualització del PAID quan les circumstàncies així ho aconsellin.
- Valorar la necessitat de creació de grups responsables operatius del PAISS. Valorar la necessitat de crear grups responsables operatius del PAID, per afavorir el desplegament del programa, tenint en compte les singularitats diferenciades del seu territori (nombre i distribució de les àrees primàries del sistema social i de salut, àrees rurals i urbanes, etc.).
- Operativitzar els objectius del PAID tenint en compte el context territorial. Determinar els objectius i els indicadors d'AD que s'han d'incorporar al quadre de comandament territorial o eina similar. Revisar-los i fer-ne el seguiment periòdic.
- Fer el seguiment i l'avaluació del PAID. Establir els sistemes de seguiment i supervisió necessaris en relació amb l'actuació dels grups responsables operatius del PAID i dels equips funcionals d'atenció directa social i sanitària.
- Retre comptes a l'òrgan de govern d'atenció integrada de l'actuació dels diferents actors i proveïdors de l'atenció integrada social i sanitària en l'AD.

### ■ Finançament / control pressupostari:

- Identificar les necessitats pressupostàries.

## 8.2.3 Organització i responsabilitats a escala dels equips (MICRO)

Hi ha entorns geogràfics molt diversos a Catalunya i, en conseqüència, s'han de donar opcions flexibles d'organització intraterritorial. Per això, cada unitat territorial ha d'organitzar

48. Nota: pel que fa a la xarxa d'atenció primària social i sanitària, cal tenir en compte els lideratges i les persones amb expertesa que s'identifiquen i es vinculen per part de cada àmbit. També pot incorporar les comissions tècniques i de proveïdors creades des de l'àmbit de la compra de serveis i de l'operativa territorial.

l'AD adaptada a les característiques i les singularitats de cada àrea com a “microsistema” a escala funcional, que tingui en compte la necessitat de disposar de grups d'**equips funcionals d'atenció directa social i sanitària** i, si escau, d'òrgans entre els àmbits meso i l'atenció directa: **els grups operatius responsables del PAID**.

### 3.1 Grup operatiu responsable del PAID

#### ■ Funcions:

- Proposar serveis i índex de cobertura i d'intensitat segons les necessitats (seguint les indicacions de cobertura mínima establertes al contracte programa).
- Fixar els objectius que han d'assolir els professionals de base.
- Fer el seguiment de resultats de l'atenció integrada del PAID, amb indicadors orientats a l'assoliment per objectius d'impacte esperat i no per tasques.

#### ■ Finançament / control pressupostari:

- Gestionar el pressupost assignat.
- Justificar la despesa en l'àmbit meso.
- Controlar les ràtios de personal.

### 3.2 Equips funcionals social i sanitari d'atenció primària responsables de la prestació del servei

#### ■ Funcions:

- Prestar l'atenció del PAID.
- Organitzar l'atenció de les persones assignades al territori.
- Participar en iniciatives de millora i innovació de l'atenció.
- Detectar les necessitats i propostes d'intervenció a escala de territori.
- Prescriure el servei d'atenció domiciliari.

#### ■ Finançament / control pressupostari:

- Controlar la durada i la intensitat de la prestació del servei.

Els equips funcionals d'atenció directa social i sanitària tenen una clara voluntat d'esdevenir xarxes de treball amigables que se centren en els resultats de l'atenció en la persona i en les seves persones cuidadores. S'ha de generar la metodologia i els suports necessaris per abordar possibles discrepàncies o diferències de parer dels professionals que formen aquests equips.

Dins de la flexibilitat organitzativa que preveu aquest model, s'estableixen els aspectes següents que cal tenir presents:

- El **principi de proximitat** ha de ser la clau. Els **equips funcionals** constituïts per professionals de múltiples perfils, provinents d'atenció primària de salut (APS) i EBAS es constitueixen com a equip o unitat funcional propi

i autònom, tot i la dependència orgànica de cadascun dels professionals, amb espais de discussió conjunta.

- Valorar com s’han d’organitzar aquests equips funcionals, i preveure un equip nuclear bàsic i la intervenció puntual, a demanda, de professionals de suport dependent del perfil de la persona atesa. Hi ha **possibilitat d’incorporar altres perfils professionals i/o equips en funció de les necessitats socials i sanitàries**. En aquest sentit, cal tenir en compte els professionals d’atenció directa i virtual implicats.<sup>49</sup>
- Hi ha d’haver possibilitats **d’espais d’interrelació**: colocalització, espais de xarxa tant presencials com no presencials (per exemple, espais tipus intranet per a un programa de caire transversal que integra diferents tipus de serveis o subprogrames).
- L’atenció primària de salut i els serveis socials actuen com a *hubs* o **centres de gestió i distribució del model** pel que fa a l’activació d’intervenció d’unitats de l’atenció especialitzada tant sanitària com social.
- Els equips de treball han de disposar d’un nivell d’autonomia suficient i d’organització interna, sobre la base de la unificació prèvia de criteris per part dels professionals implicats.

## 8.3 Organització dels recursos humans del PAID

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

El desplegament d’aquest model implica redefinir el rol professional i els àmbits funcionals dels professionals implicats en l’AD, de tal manera que hi ha una polivalència més alta en les tasques que poden dur a terme els professionals, amb un abordatge *transdisciplinari*.<sup>50</sup>

En aquest entorn de diversificació ordenada que es proposa, es preveu la participació de diversos perfils de professionals que poden intervenir en diferents moments de l’atenció, tant en relació amb la persona destinatària del servei com

49. Professionals de teleassistència i altres professionals que presten serveis a domicili.

50. El treball transdisciplinari implica la interacció de diversos tipus de comunitats o equips de treball amb bases epistemològiques diferents, i l’íntima interacció de dos o més camps de coneixement per als quals ja s’ha avançat en el treball conjunt, de manera que s’ha generat un nou marc conceptual que ha transcendit els marcs de les disciplines. Font: Bocco G, Espejel I, Hualde A, et al. (2014). Evaluación de proyectos multi/inter/transdisciplinarios Reporte de investigación. Natalia Carrillo N, Inclán D (Coord). Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC. [http://www.foroconsultivo.org.mx/libros\\_editados/multi\\_inter\\_trans.pdf](http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/multi_inter_trans.pdf)

amb la seva persona cuidadora i l'entorn relacional. A continuació, es presenta una relació dels principals perfils professionals implicats:

#### Àmbit d'atenció

1. Assistent d'AD.<sup>51</sup>
2. Assistent personal.
3. Auxiliar d'infermeria / Tècnic/a de cures auxiliars d'infermeria.
4. Educador/a social.
5. Farmacèutic/a.
6. Gestor/a de cas.
7. Infermer/a familiar i comunitari/ària, de pediatria i d'altres especialitats.
8. Integrador/a social.
9. Llevador/a.
10. Metge/essa especialista en medicina familiar i comunitària, pediatria i altres especialitats mèdiques.
11. Nutricionista.
12. Operador/a del servei de TLA.
13. Perruquer/a i barber/a.
14. Podòleg/òloga.
15. Professionals d'àpats a domicili.
16. Psicòleg/òloga. Psicòleg/òloga clínic/a.
17. Psiquiatre/a.
18. Persona referent i correferent.
19. Terapeuta ocupacional.
20. Treballador/a familiar.
21. Treballador/a social.

#### Àmbit de manteniment de la llar

22. Arquitecte/a tècnic/a.
23. Auxiliar de la llar.<sup>52</sup>
24. Personal de petits arranjaments a la llar (lampista, etc.).

---

51. Nota: l'assistent d'AD també rep el nom de *treballador o treballadora familiar*, però la diferència és que l'assistent d'AD només atén persones en situació de dependència, i el treballador o treballadora familiar, a més d'atendre persones en situació de dependència, també s'encarrega de l'atenció a persones i famílies en situació de risc social.

52. Personal de neteja.

**Àmbit comunitari**

- 25. Dinamitzador/a grupal.
- 26. Mediator/a intercultural.
- 27. Equip territorial de salut pública.

**Àmbit de gestió**

- 28. Personal d'administració.
- 29. Personal d'atenció a la ciutadania o a persones usuàries del servei.
- 30. Coordinador/a de serveis.
- 31. Direcció (meso i micro).
- 32. Equip de gestió local i territorial.
- 33. Gestor/a poblacional (control de processos del PAID).
- 34. Responsable de programes específics dels ens locals i del DS i del DTSF (infància, gent gran, discapacitat, complexitat, etc.).

**Utilització de les TIC i altres persones de suport**

- 35. Conductor/a.
- 36. Enginyer/a de TIC i d'altres productes i tecnologies de desenvolupament tecnològic de suport a la vida autònoma de la persona.
- 37. Professional tècnic/a expert/a en domòtica i immòtica.<sup>53</sup>
- 38. Tècnic/a en informàtica.

**Altres**

- 39. Personal del cos de bombers.
- 40. Personal dels cossos de seguretat.
- 41. Jutge/essa / fiscal.

El PAID preveu l'actuació de diversos professionals de l'atenció especialitzada que poden actuar a demanda dels professionals de l'atenció primària i d'estratègies d'incorporació d'altres persones de l'entorn que participen en el procés d'atenció a la persona (voluntariat, associacions de persones cuidadores, etc.).

En el marc del desplegament del PAID, cal incorporar:

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

---

53 Immòtica: automatització integral d'immobles amb alta tecnologia.

3. La definició prèvia dels perfils professionals i dels estàndards que cal assolir, així com les ràtios mínimes obligatòries, en funció dels resultats pactats i del perfil de població atesa i de la naturalesa i el tipus de servei.
4. L'establiment dels requisits mínims de qualificació que han de complir els professionals per treballar en els serveis del PAID (formació de base, formació específica, acreditació de competències, experiència professional prèvia, etc.).
5. El desenvolupament d'estratègies de promoció per al reconeixement professional.
6. La garantia de l'abordatge multicultural en les relacions interprofessionals i en l'atenció a la persona usuària del servei.
7. La generació i l'oferiment d'activitats de formació conjunta de professionals de salut i de serveis socials, cercant espais relacionals i de formació a la vegada. Cal incidir en dinàmiques que afavoreixin la detecció de necessitats, d'oportunitat de col·laboració i de millora, i que promoguin la resolució de possibles conflictes en el marc de l'atenció integrada.
8. L'assegurament del benestar emocional dels professionals que tenen cura de la persona al domicili.
9. L'assegurament del compliment del marc legal aplicable del treball al domicili: abordatge de temes relacionats amb l'ús adequat de la informació, l'accés al domicili quan ningú pugui obrir la porta, queixes davant de possibles situacions de robatori d'objectes personals, accés d'altres persones al domicili, etc.
10. La valoració de la utilització de tecnologies de suport professional a l'entorn domiciliari (en cas d'accident o de possible violència al domicili, entre d'altres).

Finalment, cal remarcar que l'actitud respectuosa, constructiva i mútuament cooperant dels professionals és un mandat inexcusable del professionalisme contemporani. Treballar sota una òptica de pràctiques col·laboratives no és, doncs, una imposició normativa, sinó un deure ètic.

Aquest model d'atenció integral a l'entorn domiciliari emmarca també tots els processos clau en la gestió dels recursos humans.

### 8.3.1 Formació i desenvolupament professionals

El Comitè de Direcció del PAID ha de definir el **programa formatiu conjunt i compartit** en AD, amb una perspectiva d'atenció integrada amb caràcter interdisciplinari. Aquest programa formatiu ha de tenir diferents nivells d'aprofundiment, en funció de les necessitats detectades i els rols professionals.<sup>54</sup>

54. Per exemple, els comandaments han de saber planificar i organitzar els seus equips per treballar en models d'atenció integrada i els professionals d'atenció directa han de tenir una formació orientada al treball en equip interdisciplinari.



Cal un programa formatiu i capacitador amb elements de formació i relacionals conjunts de salut i serveis socials. A més, aquesta estratègia contribueix a la cohesió dels equips si es fa de forma participativa, sense oblidar un enfocament de les activitats formatives orientades a l'elaboració de productes específics relacionats amb l'atenció integrada que tingui impacte a escala territorial o dels equips del PAID.

A continuació, s'exposen algunes propostes d'acció en aquesta àrea:<sup>55</sup>

- Formació per a comandaments i personal de direcció, orientada a la planificació, l'avaluació i la gestió dels models d'atenció integrada social i sanitària, amb les especificacions pròpies de l'atenció a l'entorn domiciliari.
- Formació sobre les bases del model d'atenció integrada adreçada a tots els professionals (de serveis públics i de gestió privada) que han de participar en el PAID.

Algunes recomanacions sobre les característiques de la formació:

- Calen activitats que siguin presencials per facilitar que els professionals dels dos àmbits es relacionin.
- Cal que el personal docent tingui en compte l'expertesa de l'alumnat, de manera que les sessions es basin en gran part en l'experiència i les evidències existents.
- Cal que hi hagi uns continguts pràctics i aplicables sobre la coordinació, la gestió compartida, circuits... S'aportarien tècniques concretes que facilitin la interacció en el moment de la feina conjunta.
- Incloure els continguts específics d'atenció integrada a la formació universitària, de postgrau i als cicles formatius de formació professional.
- Desenvolupament de material formatiu en entorn virtual i altres mitjans de comunicació d'atenció integrada i AD, per donar resposta a les necessitats d'atenció.
- Tenir en compte de manera addicional línies de formació continuada per a professionals del sistema català de serveis socials i de salut, així com per a la xarxa de persones cuidadores formals i informals.

Per garantir el desenvolupament correcte del servei, cal incloure en els processos de contractació l'obligatorietat que els professionals que donen aquest servei tinguin la formació segons el perfil, les competències i el currículum formatiu establert per a l'atenció integrada a l'àmbit domiciliari. Igualment, s'ha d'incloure la formació en atenció integrada als professionals que accedeixen a processos de selecció de personal en AD del sistema públic.

55. La informació es pot ampliar a:

[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/content/O2serveis/O6recursosprofessionals/programa\\_de\\_formacio/01\\_pla\\_director\\_2015-2018/PlaDirectorFormacio2015-2018.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/content/O2serveis/O6recursosprofessionals/programa_de_formacio/01_pla_director_2015-2018/PlaDirectorFormacio2015-2018.pdf)

## 8.4 Sistema d'informació del PAID

Per facilitar la implementació de l'eina informàtica que acompanyi el desplegament del PAID, cal incloure els elements bàsics dels processos d'atenció que han de ser visibles i que han de poder consultar els professionals de salut i serveis socials. En aquest sentit, a escala territorial s'han d'harmonitzar els mecanismes per assegurar que aquest sistema de registre compartit sigui una realitat, en el marc de l'atenció integrada i compartida.

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

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

Tot i que el sistema d'informació del PAID s'ha de definir i impulsar des de la Comissió de Direcció de l'Estratègia d'integració de sistemes d'informació socials i sanitaris del PAISS, els **requeriments bàsics d'aquesta plataforma** han d'incloure, entre d'altres, els següents:

- La integració de la **informació bàsica de les persones ateses en el PAID** en el marc i el context de les iniciatives d'integració de l'atenció social i sanitària, amb la possibilitat de visualització de dades d'interès comú que faciliti el treball conjunt amb els sistemes d'informació ja existents en cada àmbit d'atenció.
- **Disposar de la valoració i el PIAI compartit i únic de la persona**, amb informació actualitzada del procés d'atenció, seguiment, revaloració i finalització.
- La plataforma ha de poder ser consultada per tots els professionals implicats en el PAID i hi ha de constar informació bàsica sobre els professionals referents en el procés d'atenció, la persona cuidadora de contacte i pro-gressivament tota la resta d'informació que calgui compartir per al treball col·laboratiu en l'entorn del PAID. Així, totes les persones implicades en el procés d'atenció, també els serveis d'urgència i atenció continuada, han de disposar d'una visió de **360° de tots els agents i les unitats que interactuen amb la persona de manera molt visual i clara**.

- Creació d'una **agenda compartida virtual** entre tots els professionals de l'àmbit sanitari i social. Aquest és un element important per facilitar la planificació d'espais i temps per dur a terme una valoració i un pla d'atenció compartit o una visita domiciliària conjunta si fos necessari. S'hi hauria de poder planificar la data, la franja horària, l'acció prevista, el personal responsable de l'acció i les **dades de contacte de cada proveïdor de prestació del cada servei**.
- Un **espai de comunicació i de consulta entre la ciutadania i els professionals sanitaris i de serveis socials**, que configuri un "portal ciutadà" o "portal de les persones cuidadores".
- Un **model de coordinació no presencial entre professionals** que intervenen en el procés d'atenció. El sistema d'informació ha de disposar de serveis de **missatgeria segura** entre els agents i els professionals implicats en el procés d'atenció de la persona, per efectuar tot tipus de comunicacions.
- El desenvolupament de funcionalitats d'**alertes selectives de situacions de risc que activin un procés de continuïtat d'atenció** (per exemple, els informes generats en un procés d'atenció urgent fora del centre mèdic o hospitalari podrien generar avisos o alertes de manera selectiva als dispositius ordinaris amb la funció d'activació com a element de continuïtat assistencial).
- En el procés de **planificació a l'alta** de serveis sanitaris i de finalització de l'atenció de serveis residencials s'incorporaria una funcionalitat de **publicació d'informe de prealta sanitari o social, així com de l'informe d'alta o de finalització de l'atenció per part del servei remissor, amb generació de missatgeria i alerta per al professional de referència** que continuarà amb el procés d'atenció postalta quan la persona retorni al domicili.
- Disposar d'**elements de suport en la presa de decisions relacionada amb el procés d'atenció de la persona al domicili** (per exemple, alertes als professionals en el cas de persones que tenen intervencions pendents no dutes a terme ja planificades en el pla elaborat, etc.).

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

Per als casos de serveis subcontractats d'AD, la **informació generada en el procés de la prestació de serveis ha d'estar incorporada i estructurada en els sistemes d'informació dels SSB i de salut** com a requeriment exigible en la contractació de cada tipus de servei. D'aquesta manera, els sistemes d'informació propis de l'APS

i els SSB disposarien d'una informació de qualitat per compartir en escenaris d'interoperabilitat entre els sistemes d'informació propis i del PAID.

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

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

## 8.5 Sistema de finançament i compra de serveis del PAID

En l'apartat 8.1 d'aquest document, relatiu als elements crítics per a la governança d'aquest model, s'han identificat alguns elements vinculats al finançament: previsió d'un augment significatiu de la demanda en AD i previsió progressiva de finançament interdepartamental compartit.

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

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

Per determinar el sistema de finançament del PAID, cal tenir en compte la participació dels agents principals que inicialment interactuaran en la prestació d'aquest servei: DS, DTSF i ens locals (municipis, consells comarcals o altres ens supramunicipals), sense perjudici que, en el futur, es puguin incorporar altres actors per garantir l'atenció integrada integral. En aquest sentit, en el si del Comitè de Direcció del PAID s'aprovaran els criteris i el model de distribució del finançament. D'altra banda, en el si de cada òrgan de govern territorial en atenció integrada caldrà adequar aquest model general a les necessitats del territori identificades des de la comissió funcional i efectuar-ne el seguiment pressupostari i la justificació al Comitè de Direcció.

Cal comptar també amb les aportacions de les persones usuàries d'aquest pro-

grama, segons les previsions normatives actuals. Per això, per garantir l'equitat en l'accés a tot el territori català, cal analitzar i definir condicions i requeriments idèntics pel que fa al copagament d'aquests serveis.

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

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

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

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

En aquest sentit, l'administració contractant ha de fer el seguiment, el control i l'avaluació de l'entitat proveïdora de serveis (empreses, entitats, ens o organitzacions proveïdores de serveis), sense perjudici de les inspeccions social i sanitària.

Algunes línies de treball futures podrien incloure:

- Introducció d'una **part variable** amb **incentius** vinculats a l'assoliment dels "**resultats esperats**" en AD dins del contracte programa de cada departament. Dins dels objectius es podrien prioritzar alguns indicadors comuns i transversals entre els dos departaments, vinculats al pla funcional del PAID de cada territori, a l'índex de cobertura mínima que cal assolir i a serveis concrets del catàleg del programa (TLA avançada, servei ocupacional i banc d'ajudes tècniques i servei d'AD d'urgència, entre d'altres).
- Iniciar en un futur un treball d'estudi de **grups i/o consum o case mix** per tipificar la casuística en AD. Hi ha experiències rellevants a escala internacional en aquesta àrea de **pagament prospectiu per casuística atesa**, encara que sigui com a model d'ajustament en el model de pagament.

En conclusió, avançar en el desplegament d'aquest model implica:

- El compromís d'increment del finançament en l'atenció integrada per part dels departaments implicats i dels ens locals.
- Garantir que els recursos puguin ser gestionats de forma flexible al territori per part de la unitat responsable de la prestació de serveis, en benefici de l'equitat territorial.
- La introducció progressiva d'indicadors relacionats amb el PAID en la compra de serveis.
- Iniciar el desenvolupament d'iniciatives de finançament compartit i de col·laboració amb criteris d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (per exemple, la TLA avançada, introducció de Bancs d'Ajuts Tècnics (BAT) territorials i serveis Teràpia Ocupacional, la teràpia ocupacional, la formació de persones cuidadores no professionals, etc.).

## 8.6 Innovació i gestió del coneixement al PAID

Una de les línies que ha de formar part del pla estratègic del PAID és la dedicada a la innovació, la recerca i la gestió del coneixement. S'han de definir els objectius que cal assolir, línies marc d'actuacions, els recursos que s'hi destinaran i l'avaluació corresponent.

Cada òrgan de govern territorial ha de concretar aquest marc general al seu territori per incloure'l en el seu pla funcional i ha d'informar el Comitè de Direcció dels aspectes més rellevants que li hagin traslladat els òrgans d'àmbit micro, per a la seva difusió i la generació de coneixement compartit.

En els instruments de relació (macro, meso i micro), s'han d'incloure clàusules de finançament vinculades a la innovació i la recerca.

D'altra banda, el desplegament del PAID exigeix la creació d'espais d'innovació organitzativa, espais de cocreació, i potenciar les iniciatives de baix a dalt, fent un aprenentatge conjunt de serveis socials i sanitaris.

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

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

Igualment, cal impulsar l'organització de **jornades periòdiques, presencials o virtuals, de presentació d'experiències innovadores i bones pràctiques** en atenció a

l'entorn domiciliari. Igualment, en esdeveniments de trobades professionals d'un o altre àmbit, s'ha de promoure la participació activa per a la difusió del coneixement i la innovació del PAID.

## 8.7 Sistema de seguiment, control i millora del PAID

Els mecanismes d'anàlisi i mesura esdevenen clau per assegurar el funcionament i la millora contínua del PAID. Per això, s'han de determinar les eines de millora de la qualitat, enteses com aquells procediments o tècniques formalitzades que ajuden a mesurar i controlar la qualitat i l'evolució del Programa.

A continuació, es descriuen breument algunes de les estratègies que es proposa implementar per dur a terme un seguiment, una supervisió i una millora adequats del PAID: paper de la persona a càrrec de la gestió poblacional del PAID, definició d'estàndards de qualitat i acreditació dels serveis que impliquin atenció al domicili, avaluació externa d'entitats prestadores dels serveis, sistema d'incentius en funció dels resultats, captació de l'experiència percebuda de les persones ateses, les persones cuidadores i els professionals, tractament de les reclamacions, queixes i suggeriments, sistemes de millora de la qualitat en la prestació dels serveis i sistema d'inspecció i control.

### Paper de la persona a càrrec de la gestió poblacional del PAID

Amb la finalitat de tenir un bon control de la llista d'espera i els terminis màxims acordats per cartera de serveis, s'ha de disposar d'un professional que desenvolupi a escala territorial la funció o el rol de **gestor o gestora poblacional** per identificar el compliment de les garanties establertes pel PAID; aquesta funció la pot desenvolupar en el territori una persona coneixedora de l'entorn i amb capacitat de poder activar i articular els diferents equips i serveis que formin part de la xarxa de serveis del catàleg del PAID (per exemple, una persona gestora de casos, de coordinació o qui es designi). L'exercici d'aquest rol el pot dur a terme personal de millor perfil tipus assistencial, professionals gestors de casos, amb funcions de coordinació o de gestió i coneixement del sistema social i de salut, amb gran capacitat organitzativa i de prioritització en funció dels criteris establerts.<sup>56</sup>

En aquests casos, la persona a càrrec de la gestió poblacional del PAID també ha de fer un seguiment per identificar necessitats d'atenció no cobertes al territori. Aquesta informació ha de ser compartida de forma periòdica amb l'òrgan de governança territorial del PAID.

56. Nota: perfil similar al de *controller*, o persona que assegura que les transicions i els temps d'espera s'ajustin al nivell d'urgència i el procediment definit; facilita la traçabilitat i el moviment de les persones en el sistema. Forma part del quadre de comandament integral, amb funcions que tenen un impacte en el sistema d'atenció de la persona i de la població atesa en el seu conjunt.

## Definició d'estàndards de qualitat i acreditació de serveis que incorporin serveis d'atenció domiciliària

Correspon als òrgans de govern del macrosistema del PAID promoure l'elaboració, la revisió i l'aprovació dels criteris i els estàndards de qualitat mínims i òptims de les activitats i les prestacions de serveis inclosos al catàleg de serveis del PAID, així com establir els mecanismes d'avaluació i garantia del compliment dels criteris de qualitat.

L'elaboració dels criteris de qualitat s'ha de fer de forma consensuada amb els implicats en tot el procés d'atenció i suport.

## Sistema d'avaluació d'entitats prestadores de serveis del PAID

Hi ha diversos sistemes d'avaluació, interns o externs, que s'han d'emprar per al seguiment i la dinamització de la millora de les entitats prestadores del PAID i dels sistemes organitzatius.

Aquesta avaluació pot incloure elements clau vinculats a l'obertura i el funcionament dels serveis prestadors d'atenció a l'entorn domiciliari, a la compra dels serveis del PAID, als indicadors consensuats per a la millora de la qualitat i l'existència d'iniciatives de certificació de sistemes de gestió de la qualitat.

## Sistemes d'incentius en funció dels resultats

Amb la finalitat d'incentivar la prestació dels serveis d'AD amb la qualitat i les característiques desitjades, els sistemes de compra de serveis del PAID, mitjançant els ens responsables d'aquesta funció en cada cas, han de disposar d'una avaluació en funció dels resultats. Així, el sistema de pagament dels serveis ha de comptar amb una contraprestació econòmica variable en funció dels resultats fixats pels òrgans del PAID, introduïts de manera progressiva en el temps.

La funció principal d'aquest sistema ha de ser l'alineació de l'activitat d'atenció a les polítiques i estratègies prioritzades per l'òrgan de govern i els òrgans territorials del PAID, mitjançant objectius vinculats a la prestació dels serveis.

Les característiques dels objectius han d'incloure aspectes com:

- Facilitar l'operativització de les prioritats de la planificació estratègica del PAID.
- Afavorir la integració assistencial territorial dels serveis d'AD amb la resta de la xarxa social i sanitària.
- Tenir un caràcter dinàmic i variable en el temps, en funció de les prioritats plurianuals que s'estableixin i de l'evolució del seu assoliment.
- Comportar un impacte organitzatiu i econòmic raonable per al proveïdor per aconseguir l'impacte que pretenen.
- Constituir una fita a l'abast real per possibilitar la seva funció d'instrument incentivador i de millora dels serveis.



Per a la seva operativització, el sistema de contraprestació per resultats ha de quedar establert als contractes de les línies assistencials que els ens contractants determinin per a l'assoliment de les directrius estratègiques de les institucions que formen part del PAID.

### Captar l'experiència d'atenció percebuda per les persones usuàries, les persones cuidadores i els professionals

El PAID es vol construir amb una visió centrada en la persona, en la qual recollir l'experiència de l'atenció sigui l'aspecte clau sobre el qual promoure part important de les estratègies de millora. Amb aquesta finalitat, els ens implicats en el PAID tindran la responsabilitat d'avaluació continuada de l'experiència de l'atenció prestada a la ciutadania.

Per dur-ho a terme es promouran:

- Estudis de satisfacció, experiència d'atenció i valoració de pràctica de valor de les persones ateses i a les persones cuidadores com a eina d'avaluació que mesurarà periòdicament la qualitat del servei i la satisfacció de les persones que han utilitzat els serveis.
- La inclusió de preguntes sobre l'atenció integrada en el baròmetre d'opinió, tal com s'està fent amb l'avaluació i el seguiment de les polítiques i/o serveis de la Generalitat de Catalunya amb el baròmetre sanitari i altres.
- Enquestes a professionals

### Tractament de les queixes, els suggeriments i les reclamacions

El PAID ha d'articular els mecanismes per obtenir la informació sobre la percepció de la persona atesa i del seu entorn familiar i del seu grau de satisfacció.

Una d'aquestes eines és el qüestionari de satisfacció o d'experiència d'atenció, com un element estructurat de recollida d'informació mitjançant un seguit de preguntes, relatives a l'accessibilitat i l'organització del servei, nivell d'informació del procés, assessorament i formació rebuda, suport emocional i confiança en els professionals, realitzats periòdicament i amb un tractament específic dels suggeriments, les queixes i les reclamacions.

Un segon mecanisme per valorar la satisfacció es realitza per mitjà de l'anàlisi dels suggeriments, queixes i reclamacions que es poden canalitzar per diferents vies (per escrit, mitjançant entrevistes, etc.). Cal que els professionals mostrin una actitud proactiva en la recollida de queixes i suggeriments.

L'anàlisi de les dades obtingudes amb aquests mecanismes i dels resultats obtinguts són una font important per dissenyar les accions de millora pertinents. Per això, caldrà que el PAID disposi dels suports necessaris per tractar aquestes dades i informació (d'identificació, estudi, registre, i abordatge conjunt, resposta i terminis, seguiment, etc.).

## Sistemes de millora de la qualitat de prestació de serveis del PAID

La qualitat dels serveis socials és un principi del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari i un dret de les persones ateses i el seu entorn cuidador.

La millora de la qualitat al PAID incorpora, entre d'altres:

1. Un enfocament en la qualitat com a factor determinant del canvi.
2. L'ús de l'evidència clínica per donar suport a un alt impuls en els resultats en termes de salut i benestar de les persones ateses al PAID i al seu entorn cuidador, i promoure aquest impuls.
3. El *feedback* de l'experiència percebuda de la persona atesa i de les persones cuidadores principals es valora i s'utilitza per identificar oportunitats de millora.
4. Es realitza una anàlisi dels resultats a curt, mitjà i llarg termini de l'atenció i el suport donat de forma conjunta amb la persona atesa i l'entorn cuidador.
5. Es desenvolupen estratègies, metodologies i eines per a la millora de la qualitat del PAID.
6. S'incorpora la millora de la seguretat de l'atenció i la gestió dels riscos com a filosofia i metodologia de treball transversal en els processos d'atenció i suport del PAID.

## Sistema d'inspecció i control

Els serveis d'inspecció dels sistemes de salut i serveis socials tenen, entre les seves finalitats, poder garantir l'atenció segura en la prestació dels serveis i el compliment de la normativa vigent en matèria d'AD. Treballen de forma coordinada amb procediments de treball harmonitzats pel que fa al seguiment de l'atenció integrada de salut i serveis socials a l'entorn domiciliari.

# **Sistema d'avaluació**



L'avaluació del programa d'atenció integrada domiciliària 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. (5)

L'estratègia avaluativa del PAID té dos grans eixos:

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

Per a l'avaluació dels indicadors de qualitat s'ha elaborat el document "Marc avaluatiu del Programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari", que acompanya la descripció d'aquest model i el concreta.

## 9.1 Avaluació dels indicadors de qualitat dels equips funcionals del PAID

Els indicadors de qualitat dels equips funcionals del PAID que consten en el manual del marc avaluatiu s'han agrupat en cinc grans dimensions que tenen en compte l'àmbit temàtic dels 29 indicadors prioritzats. La **taula 9.1** exposa la llista d'elements que s'ha previst avaluar com a part dels indicadors de qualitat dels equips d'atenció integrada del PAID.

**Taula 9.1.** Àrees temàtiques cobertes en els indicadors de qualitat dels equips d'atenció integrada del PAID

IND. NÚM.	Àrees temàtiques
	<b>Dimensió 1. Atenció i suport a la persona</b>
1.1	Temps de primera resposta
1.2	Valoració integral i integrada
1.3	PIAI
1.4	Millora de les competències d'autocura i autogestió
1.5	PS
1.6	Utilització de la tecnologia a la llar
1.7	Valoració de riscos
1.8	Valoració de l'entorn domiciliari
1.9	Seguretat a la llar
1.10	Assoliment de resultats clau esperats amb l'AD
1.11	Manteniment i millora funcional
1.12	Millora de la qualitat de vida

IND. NÚM.	Àrees temàtiques
1.13	Taxa d'utilització de serveis d'internament urgent
1.14	Taxa de reingressos a serveis d'internament
	<b>Dimensió 2. Aspectes relacionals, promoció de drets i aspectes ètics de l'atenció</b>
2.1	La veu de les persones ateses i les seves famílies
2.2	Treball basat en preferències i valors
2.3	Suport a la presa de decisions
	<b>Dimensió 3. Suport a la família, les persones cuidadores, la unitat de convivència i l'entorn comunitari</b>
3.1	Estratègies d'informació i suport a la família i l'entorn cuidador
3.2	Abordatge de la claudicació familiar
3.3	Abordatge de la solitud
	<b>Dimensió 4. Treball integrat social i sanitari a l'entorn domiciliari</b>
4.1	Eines d'atenció integrada
4.2	Competències d'atenció integrada
4.3	Desenvolupament dels professionals
4.4	Continuïtat de l'atenció
4.5	Resposta a les urgències i les situacions de crisi
4.6	Transicions segures
	<b>Dimensió 5. Gestió i millora de la qualitat</b>
5.1	Quadre de comandament d'indicadors de qualitat
5.2	Avaluació del catàleg de serveis
5.3	Avaluació dels procediments d'actuació del PAID

## 9.2 Avaluació de la gestió i la governança del PAID a escala interdepartamental i territorial

Per a l'avaluació i el seguiment de la gestió i la governança del PAID es tindran en compte indicadors recomanats a escala internacional per fer un seguiment que avança en la bona direcció.<sup>57,58</sup> En la **taula 9.2** es presenten els indicadors prioritzats.

57. 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. [https://agedcare.health.gov.au/sites/default/files/documents/O6\\_2015/good\\_practice\\_guide\\_version\\_web\\_accessible.pdf?acsf\\_files\\_redirect](https://agedcare.health.gov.au/sites/default/files/documents/O6_2015/good_practice_guide_version_web_accessible.pdf?acsf_files_redirect)

58. National Association of Primary Care (NAPC). Does the primary care home make a difference? Understanding its impact. NAPC. Març de 2017. <https://napc.co.uk/does-the-primary-care-home-make-a-difference/>

Taula 9.2. Indicadors per mesurar la gestió i la governança del PAID a escales interdepartamental i territorial

Àrea	Núm.	Nom de l'indicador
<b>1. Indicadors d'implementació i desplegament del PAID</b>	1	Constitució de la comissió funcional territorial del PAID
	2	Designació de responsable/s del PAID territorial
	3	Pla funcional del PAID
	4	Quadre de comandament PAID
	5	Avaluació anual del pla funcional del PAID
	6	Implementació tecnològica del PAID
	7	Articulació i planificació d'espais i temps per al treball col·laboratiu sanitari i social
	8	Activitat 7x24 organitzada al territori
	9	Compra de serveis del PAID basada en objectius integrats
<b>2. Indicadors d'activitat i flux</b>	10	Població atesa al PAID
	11	Nombre de visites domiciliàries
	12	Plans d'intervenció integrada actualitzats
	13	Persones ateses pel catàleg de serveis del PAID
	14	Intensitat de servei del PAID
	15	Estada mitjana al PAID
<b>3. Enfocament poblacional i característiques demogràfiques de la població atesa</b>	16	<i>Característiques demogràfiques</i>
	a)	- Població
	b)	- Edat
	c)	- Sexe
	d)	- Entorn urbà/rural
	e)	- Nivell socioeconòmic
	17	Població destinatària segons criteris d'indicació del PAID
	18	Població atesa segons criteris de complexitat
	19	Població atesa al PAID segons intensitat de suport
20	Entitat/organisme que activa el PAID o hi remet les persones	
<b>4. Indicadors d'empoderament de la ciutadania i d'ACP</b>	21	Incorporació de persones ateses i persones cuidadores en el codisseny i la cocreació del pla funcional del PAID
	22	Programes conjunts d'atenció i suport a la persona cuidadora
<b>5. Indicadors de continuïtat de l'atenció i utilització de recursos</b>	23	Planificació de l'alta en les primeres 72 hores en poblacions d'especial interès
	24	Persones amb protocol de preparació de l'alta (PREALT) enviades als professionals del PAID amb antelació > 48 hores
	25	Persones ateses en el marc del PAID amb contacte postalta al cap de 48-72 hores postalta
	26	Activitat d'ingressos potencialment evitables de persones ateses al PAID
	27	Utilització de serveis del PAID per la persona

Àrea	Núm.	Nom de l'indicador
<b>6. Indicadors relacionats amb l'atenció i la seguretat de la persona</b>	28	Temps per accedir al PAID
	29	Valoració i PIAI
	30	Taxa de riscos prevenibles al domicili
	31	Notificació d'esdeveniments adversos a l'entorn domiciliari
	32	Bancs de PS amb serveis de valoració de teràpia ocupacional
	33	Reingressos urgents
<b>7. Indicadors d'eficiència i d'adequació de costos</b>	34	Despeses del PAID
	35	Despesa corrent del PAID / habitant i territori
	36	Mitjana anual del cost per hora del servei d'ajuda a domicili (SAD)
	37	Allargament de l'estada hospitalària per dificultats en l'alta <sup>59</sup>
<b>8. Indicadors de resultats en la població</b>	38	Millora de la qualitat de vida percebuda relacionada amb la salut i el ben-estar
	39	Millora funcional i/o de l'autonomia de la persona
	40	Persones que moren a casa i desitgen morir a casa amb els símptomes controlats
<b>9. Indicadors d'experiència percebuda</b>	41	Incorporació de la dimensió de l'experiència de la persona en el marc avaluatiu del PAID
	42	Proporció de persones amb valoració de l'experiència percebuda de l'atenció per part de les persones ateses i les persones cuidadores
	43	Experiència d'atenció de la persona atesa (valoració obtinguda)
	44	Experiència de la persona cuidadora principal envers l'atenció i el suport rebut
<b>10. Indicadors de càrregues de treball, desenvolupament i satisfacció professional i de les persones cuidadores no professionals</b>	45	Ràtios de professionals
	46	Satisfacció percebuda dels professionals implicats
	47	Territoris amb plans de formació del PAID
	48	Formació conjunta en atenció integrada a l'entorn domiciliari
	49	Ràtio de rotació professional d'atenció directa del SAD
	50	Absentisme laboral

Com ja s'ha comentat en el cas dels indicadors de qualitat dels equips d'atenció integrada del PAID, es recomana consultar el document d'**indicadors de qualitat dels equips funcionals i de governança del PAID**, que forma part de la present sèrie i on es desenvolupa aquest marc avaluatiu.

Aquest conjunt de mètriques complementàries facilitarà el seguiment del PAID i de la necessitat de reconduir el desplegament del Programa.

59. Anomenat, en entorn anglosaxó, *delay of transfer*.

**Full de ruta** de  
l'atenció integrada  
domiciliària.

**Accions  
recomanades  
per al  
desplegament  
del model**



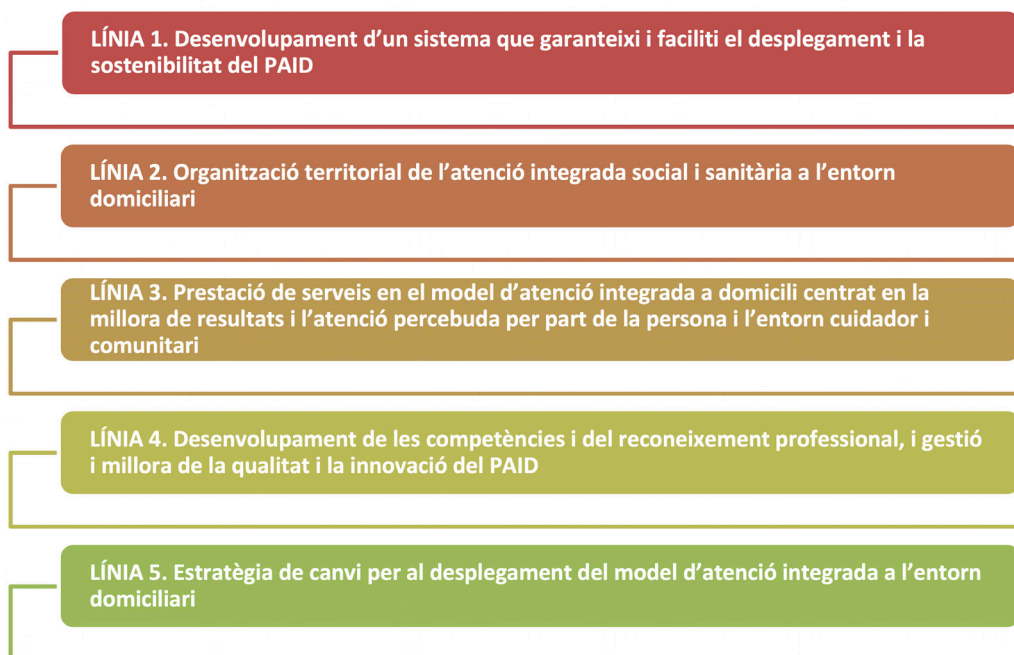


Quan es decideix un full de ruta per al desplegament del PAID, cal tenir en compte una sèrie d'elements que inclouen accions que contribueixin a:

- Una Atenció Centrada en la Persona (ACP).
- La integració dels processos d'atenció que faciliti el treball conjunt entre l'organització territorial i les entitats proveïdores.
- La integració funcional dels professionals que els permeti treballar junts en pràctiques col·laboratives.
- La integració sistèmica per proporcionar una plataforma habilitadora per a l'atenció integrada, per mitjà de l'alineació de factors sistèmics clau, com el finançament i la regulació.
- La integració funcional (és a dir, la capacitat de comunicar dades i informació de manera efectiva dins d'un sistema integrat d'atenció).
- La integració normativa (desenvolupament d'un marc de referència comú de la visió, les normes i els valors de la integració de l'atenció).

**Les cinc grans línies de treball** que es proposen en el marc del model per al desplegament adequat del PAID es presenten a la taula 10.1, amb un cronograma de treball per als propers set anys, amb la finalitat de poder-ne efectuar un desplegament progressiu.

**Figura 10.1.** Línies de treball per al desplegament del model



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

Taula 10.1. Full de ruta de l'atenció integrada domiciliària

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

Àrea temàtica - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-4 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
<b>Catàleg de serveis</b>	1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Actualitzar les carteres de serveis del nou model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari.<sup>60, 61</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisar el grau d'aplicació del catàleg de serveis del PAID a escala territorial amb la finalitat d'avançar en el desplegament del model.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantir que hi ha coherència entre els recursos aplicats i les necessitats existents.</li> </ul>
<b>Finançament i compra de serveis</b>	1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alinear els contractes programa amb ens locals i proveïdors (socials i de salut) amb les mesures proposades en el model i prioritzar-les per al desplegament.</li> <li>– Garantir la presència d'un sistema de finançament en atenció primària sensible al desenvolupament del PAID.</li> <li>– Augmentar el pes d'objectius i indicadors compartits i transversals per promoure escenaris d'AD en el contracte programa CatSalut i DTSF / ens locals.</li> <li>– Pactar entre el DS i el DTSF el món local (ACM i FMC) uns indicadors de finançament i un pla d'implantació que es concreta amb cada ens local/proveïdor en el contracte programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incrementar l'assignació de recursos a l'AD en els pressupostos de la Generalitat de Catalunya i els ens locals.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Integrar pressupostàriament projectes definits i acordats de forma conjunta entre els dos departaments i els ens locals<sup>62</sup></li> <li>– Prioritzar el creixement pressupostari i organitzatiu del PAID en proporció a altres serveis i recursos de caràcter institucionalitzador.</li> </ul>

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

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

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

Àrea temàtica - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-4 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
	1.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Introduir criteris de qualitat mínims exigibles en la compra de serveis.</li> <li>– Elaborar un model de condicions o plecs tècnics recomanats per a la compra de serveis inclosos en el catàleg del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estudiar fórmules d'ajust de finançament per complexitat i altres variables acordades relacionades amb persones ateses en AD.</li> <li>– Incloure objectius de compra de serveis amb proveïdors vinculats a formació eficaç i continuada de professionals en AD relacionats amb l'atenció integrada.</li> <li>– Disposar d'un sistema d'avaluació de la qualitat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avançar en models de contractació i finançament específic i compartit interdepartamental per al PAID.</li> </ul>
	1.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Establir algun incentiu territorial per promoure accions conjuntes d'atenció integrada a escala territorial.<sup>63</sup></li> <li>– Acordar criteris de prioritització per atendre situacions urgents que requereixin AD, amb la dotació pressupostària corresponent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comprar conjuntament determinats serveis socials i sanitaris inclosos en el catàleg (TLA avançada, teràpia ocupacional, hospitalització domiciliària i banc d'ajudes tècniques amb servei Teràpia Ocupacional o SAD urgent, etc.).</li> </ul>	
	1.5		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Impulsar l'harmonització interterritorial de copagaments per garantir l'equitat territorial d'accés als serveis del catàleg del PAID.</li> </ul>	
	1.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disposar de tota la informació (per a serveis i en clau territorial) del pressupost que es destina a l'AD i iniciar l'estudi de costos del nou model.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir i determinar el sistema de finançament del nou model d'atenció integrat a l'entorn domiciliari.</li> </ul>	

63. De la part "variable" en contractes programa per incentivar la posada en marxa del PAID.

Àrea temàtica - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-4 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
<b>Normativa/ regulació</b>	1.7	– Assegurar la regulació adequada dels serveis inclosos en el catàleg del PAID que incorpori una visió d'atenció integrada social i sanitària. <sup>64</sup>	– Fer seguiment de l'aplicació de la normativa aplicable al PAID.	
<b>Eines que faciliten el desplegament del PAID</b>	1.8	– Formalitzar els serveis del PAID mitjançant un acord de Govern o figura similar.		
	1.9	– Definir consensuadament les eines adreçades als professionals que inclouen la fixació dels processos d'atenció (accés, valoració, planificació, seguiment i avaluació) <sup>65</sup> – Adaptar les eines disponibles del PAID a la realitat de cada territori.	– Implantar progressivament les eines desenvolupades.	– Reavaluar, revisar i actualitzar les eines dissenyades.

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

65. Inclou, entre d'altres:

Eines de cribatge, de valoració i de seguiment de les persones usuàries.

Atenció integrada a les urgències i a situacions de complexitat.

Definició de processos i rutes assistencials principals en funció de la urgència, complexitat, intensitat de suport, durada prevista de l'atenció i concurrència social i sanitària (atenció a les persones amb deteriorament cognitiu i demència, atenció a la infància en situació de risc, atenció en situació de malaltia avançada i final de vida, abordatge dels riscos principals a l'entorn domiciliari, etc.).

Les rutes assistencials consensuen processos clau que afavoreixen bones transicions (planificació de l'alta, seguiment postalta, informes de remissió, etc.).

Àrea temàtica - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-4 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
<p><b>Sistema d'informació compartit i treball col·laboratiu</b></p>	<p>1.10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantir l'existència d'un formulari únic per sol·licitud d'accés al PAID.</li> <li>– Establir sistemes d'identificació de necessitats i informació adaptats per recollir informació adequadament en estacions de treball dels professionals del PAID<sup>66</sup></li> <li>– Disposar d'un PIAI.</li> <li>– Garantir l'existència d'un document de resum de les necessitats actives i les pautes d'actuació.</li> <li>– Publicar informes del pla de rehabilitació/ coordinació amb el professional referent.</li> <li>– Disposar d'un sistema d'informació interoperable en entorn 7x24.</li> <li>– Establir requisits d'incorporació, informació mínima estructurada i informes provinents de diferents entitats proveïdores privades de l'àmbit sanitari (rehabilitació domiciliària, oxigenoteràpia, diàlisi) i de l'àmbit de serveis socials (principalment empreses proveïdores de SAD i TLA) en els sistemes d'informació sanitària (història clínica compartida de Catalunya, o HC3, i sistemes d'informació d'AP) i dels SSB (SIAS, Hestia, GESS, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Donar suport en TIC per fer la valoració i el pla d'atenció en format electrònic (modelització de la plataforma compartida perquè hi puguin treballar professionals de l'àmbit sanitari i social).</li> <li>– Facilitar un espai o un portal per a les persones cuidadores (tipus La Meva Salut).</li> <li>– Incloure la valoració de la complexitat clínica i social de les persones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantir la plena integració.</li> </ul>

66. Existència d'un únic instrument de valoració bàsic del PAID en format web que permeti accessibilitat i interoperabilitat amb els sistemes d'informació. Definició de la proposta de valoració bàsica integral, que integri informació de la sol·licitud del PAID, aplicació de criteris per a candidats del PAID, la valoració inicial, la valoració periòdica i la valoració final del PAID.

Àrea temàtica - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-4 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
	1.11	– Incorporar progressivament serveis i funcionalitat de missatgeria segura entre els agents implicats sanitaris i de serveis socials (SAD, TLA) en els serveis que rep la persona, AIXÍ COM L'ENTORN CUIDADOR.	– Incorporar una visió de 360° en estacions de treball electròniques de l'APS i els SSB: visualització a primer cop d'ull dels diferents serveis que intervenen en AD sobre la mateixa persona.	– Consolidar el sistema d'informació del PAID amb empreses proveïdores.
	1.12		– Incorporar espais de comunicació i de consulta entre la ciutadania i els professionals sanitaris i de serveis socials.	
	1.13	– Garantir l'accés, com a mínim de tots els implicats, a una informació mínima dels altres prestadors de servei que treballen de manera concurrent i col·laborativa amb la mateixa persona.	– Facilitar una plataforma tecnològica que possibiliti el treball col·laboratiu a l'hora de fer la valoració integral, el PIAI i el seguiment periòdic en suport electrònic sobre una plataforma tecnològica.	
	1.14	– Recollir informació estructurada relacionada amb l'AD que permeti identificar millor la "població de risc". <sup>67</sup>	– Incorporar progressivament funcionalitats d'alertes "selectives" per indicar situacions de risc i que requereixen seguiment a curt o mitjà termini.	
	1.15	– iniciar el disseny de l'agenda compartida de la persona atesa al PAID.	– Desenvolupar els models d'agenda compartida virtual entre els professionals de l'àmbit sanitari i social que actuïn sobre la mateixa persona i que requereixin programar visites compartides.	

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

Àrea temàtica - L1	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-4 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
	1.16	– Generar espais de treball col·laboratiu dels equips del PAID virtualment: planificar espais i temps de valoració i elaborar plans conjunts.	– “Internalitzar” informació de seguiment d’empreses proveïdores de SAD dins dels sistemes d’informació propis dels SSB.	
<b>Sistemes d’inspecció, seguiment i control</b>	1.17	– Disposar d’un programa informàtic integrat per a la gestió dels PS de salut i serveis socials per fer seguiment dels casos i de la logística necessària per al funcionament a escala territorial.	– Posar en marxa una eina informàtica per a tots els territoris per valorar la traçabilitat de les sol·licituds d’accés, el temps de resposta, la llista d’espera i el temps de resposta a situacions d’urgència.	
	1.18	– Revisar els estàndards de qualitat i la normativa aplicable dels serveis del catàleg de serveis del PAID.	– Disposar d’auditories tècniques externes de les empreses que presten serveis.	
	1.19	– Dissenyar un protocol dels serveis d’inspecció per al seguiment de l’atenció integrada social i sanitària a l’entorn domiciliari.	– Disposar de llistes de comprovació de conjunt d’inspecció per al seguiment de l’atenció integrada social i sanitària a l’entorn domiciliari.	– Efectuar inspeccions preventives d’ofici conjuntes dels serveis inclosos al catàleg del PAID.
	1.20		– Identificar pràctiques innovadores en metodologies de treball conjunt per part dels serveis d’inspecció per a la promoció de l’atenció integrada a l’entorn domiciliari segura i respectuosa amb els drets de les persones, amb identificació de les implicacions normatives necessàries per a la seva aplicació.	



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

Àrea temàtica - L2	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Òrgans de governança	2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disposar de pla estratègic del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaluar el pla d'implantació del model. El PAID està desplegat en el 2-5% població general de tots els territoris.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisar el pla estratègic del PAID.</li> <li>– Desplegar el PAID en el 80% de la població amb criteris d'inclusió i amb totes les intensitats.</li> </ul>
	2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constituir el Comitè de Direcció del PAID.</li> </ul>		
	2.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constituir l'òrgan de govern territorial. Acordar un responsable o corresponsable del PAID a escala territorial.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Establir una estructura de gestió de serveis d'atenció social i sanitària unificada per a la gestió del PAID.</li> </ul>
	2.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constituir la comissió funcional a cada organització territorial amb coordinació col·legiada.</li> <li>– Elaborar el pla funcional territorial del PAID, dissenyat per l'òrgan govern, que ajudi els territoris per al disseny i la implementació del model d'AD integrat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaluar el grau de desplegament del PAID a escala de territori.</li> <li>– Realitzar una primera revisió del pla funcional del PAID.</li> </ul>	
	2.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dividir per zones conjuntament entre l'EAP i EBAS.</li> </ul>		

Àrea temàtica - L2	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
	2.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disposar d'un sistema de seguiment dels processos d'atenció del PAID amb quadre de comandament de micro (gestió de cas) a macro (a escala territorial).</li> <li>– Revisar periòdicament el quadre de comandament territorial de l'atenció integrada i proposar solucions en funció dels resultats (com a mínim, trimestralment).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tenir, en els territoris, un model de control de gestió per donar resposta a les demandes no cobertes o els endarreriments en la prestació del servei.</li> </ul>	
<b>Desplegament dels instruments de relació del PAID</b>	2.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desplegar els instruments de relació del PAID en els àmbits macro, meso i micro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Continuar-ne el desplegament.</li> </ul>	
<b>Organització dels equips d'atenció</b>	2.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir l'organització tenint en compte espais i temps concurrents dels equips per donar resposta a les dinàmiques de treball de manera integrada en el marc del PAID.</li> </ul>		
<b>Treball conjunt amb altres programes i estratègies d'atenció comunitària</b>	2.9		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Potenciar comunitats cuidadores i amigables, cosa que inclou el desplegament de projectes de ciutats amigues. Potenciar "comunitats guaridores" (persones amb demència, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmentar la capacitat resolutiva amb més capacitat de resposta, assegurant la cartera de serveis bàsica i proactivitat a AP.</li> </ul>
	2.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir com interactuen els serveis de proximitat (centres d'atenció diürna i serveis socioeducatius dins de la xarxa territorial del PAID).</li> </ul>		
	2.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Impulsar que el mapa d'actius de la comunitat inclogui recursos de suport a persones ateses a domicili i persones cuidadores.</li> </ul>		

Àrea temàtica - L2	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Equips especialitzats de suport	2.12	– Articular els equips de suport especialitzat del PAID, inclosos en el catàleg de serveis.	– Possibilitar la generació del Pla individual d'atenció integral, per part d'aquestes unitats, accessible a la resta del sistema sanitari i de serveis socials (salut mental i atenció pediàtrica).	
	2.13	– Definir el model d'hospitalització domiciliària de base territorial amb implicació funcional de l'AP i de la resta de serveis de la xarxa de salut.		
	2.14	– Treballar conjuntament i integradament en estratègies de salut mental a l'entorn domiciliari (per exemple, pla de suport individual, o PSI).		
Contínuum de l'atenció integrada	2.15	– Assegurar que els sistemes d'informació del PAID prevegin els elements claus de contínuum de l'atenció definits en la línia 1.	– Desplegar el model de “prealta electrònica” (sistemes d'informació) ja disponible, per comunicar proactivament (publicació d'un informe i alerta/avis) en la planificació de l'alta.	– Assolir un bon nivell d'acompliment en els indicadors de resultats de bones transicions.

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

Àrea temàtica - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
ACP	3.1	– Incloure progressivament les persones ateses i les seves persones cuidadores als òrgans de participació municipal i a les comissions funcionals.		– Disposar d'un clar empoderament de les persones ateses i les seves persones cuidadores.

Àrea temàtica - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
	3.2		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfortir sistemes d'informació sobre AD a persones usuàries i familiars.</li> <li>– Posar en marxa a gran escala estratègies d'autocura al domicili.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Crear centres d'assessorament públics per prestar serveis d'informació, assessorament i activació de recursos de la xarxa en el marc de l'atenció integrada.</li> </ul>
	3.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Introduir mètriques d'experiència de la persona atesa i la persona cuidadora en el marc avaluatiu del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recollir “veus” a escala local per identificar necessitats en l'aplicació del model.</li> </ul>	
	3.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Introduir indicadors específics d'ACP en el quadre de comandament del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Compartir entre els territoris bones pràctiques sobre l'ACP a l'entorn domiciliari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incloure a l'AD els serveis preventius abans que es presenti una situació de complexitat o agreujament.</li> </ul>
	3.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adaptar els protocols d'atenció en salut mental per donar resposta a les necessitats d'atenció integrada a l'entorn domiciliari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Donar suport al desplegament de les accions previstes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaluar els resultats aconseguits de l'atenció de salut mental a l'entorn domiciliari i fer propostes de millora.</li> </ul>
	3.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adaptar els protocols d'atenció per donar resposta a les necessitats d'atenció integrada a l'entorn domiciliari d'infants i adolescents en situació de risc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incrementar l'AD en infants i adolescents, per part de l'AP, en domicilis i escoles.</li> <li>– Potenciar els entorns de “compromís socioeducatiu” entre l'equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA) i els progenitors o les persones titulars de la tutela o la guarda.</li> </ul>	
	3.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Crear un sistema per resoldre les diferències d'opinió entre professionals, persones ateses i familiars respecte a l'AD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar els dilemes o les problemàtiques principals de l'AD des de la perspectiva dels drets de la persona i els valors del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Donar resposta als plantejaments ètics de l'AD.</li> </ul>

Àrea temàtica - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Model de garanties de l'atenció 7x24	3.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analitzar com es pot donar una atenció 7x24 en el marc de la cartera de serveis socials.</li> <li>– Tenir capacitat de resposta dins d'hores en horari ordinari.</li> <li>– Activar un servei de TLA avançada d'accés únic en poblacions diana en situació de risc. Identificar criteris d'activació.</li> <li>– Donar capacitat als sistemes d'informació de retorn de l'informe d'atenció fora d'hores: publicar l'informe d'atenció i generació d'alerta (warning) selectiva, si cal continuïtat a curt o mitjà termini.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar progressivament a escala supramunicipal garanties d'urgència social inspirades en el model Barcelona.</li> <li>– Disposar de PIAI per part dels equips i els professionals que treballen en l'atenció 7x24.</li> <li>– Crear funcionalitats de missatgeria selectiva per a l'equip d'atenció urgent als equips ordinaris per activar el seguiment a curt o mitjà termini, si escau.</li> </ul>	
Millora del maneig farmacèutic en persones ateses en AD	3.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar estratègies per millorar l'ús adequat i segur de la medicació a l'entorn domiciliari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Potenciar estratègies de conciliació en els processos de transició.</li> <li>– Incorporar l'abordatge del compliment del tractament com un procés clau.</li> </ul>	
	3.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar objectius i indicadors de farmàcia dins del marc avaluatiu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Potenciar el rol col·laborador i els canals de comunicació entre les oficines de farmàcia i els professionals del PAID.</li> </ul>	
	3.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar mètriques de compliment sòlides que mesurin de manera objectiva el compliment del tractament.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Posar en marxa un sistema que faciliti la preparació i el control de la medicació de forma segura en els col·lectius que ho necessiten.</li> </ul>	

Àrea temàtica - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Atenció nutricional, logopèdia i podologia	3.12		– Oferir atenció nutricional domiciliària per part de dietistes nutricionistes en els supòsits previstos en la cartera de serveis.	
	3.13		– Sistematitzar l'atenció podològica prevista a la cartera de serveis.	
	3.14		– Sistematitzar l'atenció de logopèdia en AD segons la cartera de serveis.	
Atenció i suport a la xarxa informal cuidadora	3.15		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir el treball conjunt i fer seguiment de la xarxa professional, no professional i la informal.</li> <li>– Valorar el nombre de suports i recursos activats per a persones cuidadores a escala territorial.</li> </ul>	– Consolidar una política de suport a la xarxa informal cuidadora.
	3.16	– Posar en marxa programes d'assessorament, supervisió o suport per a l'atenció informal.	– Dissenyar i desenvolupar programes adreçats a la formació de persones cuidadores en habilitats i instruments sobre com es poden cuidar.	

Àrea temàtica - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Gestió de la tecnologia i els productes de suport	3.17	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Crear un projecte territorial de PS en l'àmbit poblacional i territorial.</li> <li>– Desplegar de forma conjunta la prescripció de prestacions de PAO per part de professionals de l'APS.</li> <li>– Articular i construir un “centre logístic” territorial: recollida i transport, higienització, manteniment preventiu i de reposició.<sup>68</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Articular iniciatives d'interès de col·laboració de les administracions amb entitats locals per dur a terme petits arranjaments i treballs al domicili.</li> </ul>	
	3.18	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar el disseny de TLA conjunta bàsica i avançada dels professionals de TLA en equips funcionals del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implantar la TLA avançada, amb introducció de sensònica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaluat experiències d'habitatges intel·ligents en AD per al suport de la vida autònoma.</li> </ul>
	3.19	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar la TLA dins del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari a escala poblacional i territorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar a la TLA eines de missatgeria per facilitar la comunicació TLA-APS-SBAS.</li> </ul>	
	3.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar la TLA en models de rutes assistencials i pactes territorials, especialment per a actuacions davant de crisis.</li> </ul>		
	3.21	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisar la cartera de serveis de la TLA per harmonitzar les iniciatives amb més seguiment a persones que tinguin un seguiment de l'atenció bàsicament de tipus virtual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Introduir progressivament la TLA avançada en col·lectius en situació de més risc.</li> </ul>	
	3.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Millorar la coordinació de resposta de la TLA amb els serveis sanitaris: accés telefònic àgil amb APS i SSB i missatgeria electrònica segura entre TLA i professionals d'APS i SSB.</li> </ul>		

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

Àrea temàtica - L3	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Seguretat de l'atenció al domicili	3.23	– Establir una ràtio mínima de professionals de teràpia ocupacional a escala territorial, amb definició del circuit d'accés i interconsulta en relació amb els professionals de primera línia.	– Fer intervencions educatives, per part dels professionals de teràpia ocupacional, en persones usuàries i en persones cuidadores i professionals.	
	3.24	– Definir un programa de seguretat de l'atenció (per a les persones ateses, les persones cuidadores, els professionals i l'entorn) a domicili.	– Desplegar i avaluar el programa de seguretat de l'atenció a l'entorn domiciliari.	– Disposar d'un sistema de notificació d'incidents de seguretat al domicili, monitoratge i millora de la seguretat de la persona atesa, de les persones cuidadores principals i dels professionals.

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

Àrea temàtica - I4	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Desenvolupament dels professionals	4.1	– Definir un currículum formatiu conjunt i compartit en AD amb perspectiva d'atenció integrada en funció de la necessitat dels professionals. <sup>69</sup>	– Desplegar el programa de formació en l'àmbit de l'AD.	– Incloure els continguts específics d'atenció integrada a la formació universitària, de postgrau i cicles formatius de formació professional.
	4.2	– Formar treballadors familiars i assistents d'atenció domiciliària amb la finalitat de facilitar l'acreditació de la qualificació professional. <sup>70</sup>	– Incloure en els processos de contractació de serveis que els professionals que donen aquest servei han de tenir formació segons el perfil, les competències i el currículum formatiu establert per a l'atenció integrada en l'àmbit domiciliari.	

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

70. A partir del 2023 es contracta per qualificació dels treballadors potencials.



Àrea temàtica - I4	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
	4.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promoure la qualificació dels professionals.</li> <li>– Formar personal del PAID en estratègies d'ACP en l'AD.</li> <li>– Oferir formació bàsica en valoració de riscos a la llar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desplegar cursos multidisciplinaris de nivell bàsic a escala territorial orientats a tots els professionals (xarxa pública i privada) que han de participar en el model, orientat a marcar les bases de l'atenció integrada.</li> </ul>	
	4.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dissenyar el currículum formatiu conjunt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaborar mòduls i píndoles formatives no presencials en determinats procediments del PAID.</li> </ul>	
Gestió i millora de la qualitat i la seguretat de l'atenció	4.5		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Iniciar processos de valoració del PAID amb indicadors de qualitat dissenyats específicament per a aquest programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desplegar el sistema d'acreditació dels serveis d'AD integrada (TLA avançada, servei de teràpia ocupacional, etc.).</li> </ul>
Gestió de la innovació i el coneixement	4.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar el quadre de comandament d'indicadors de qualitat del PAID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disposar d'un sistema per vetllar per l'equitat territorial.</li> </ul>	
	4.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Crear un espai d'innovació, recerca i gestió del coneixement en AD o incorporació progressiva en algun dels existents.<sup>71</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Crear una comunitat virtual del PAID.</li> </ul>	
	4.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adaptar i actualitzar procediments bàsics (des del nivell macro), amb adaptacions territorials.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Participar en xarxes de col·laboració internacional per identificar i compartir bones pràctiques amb països i regions avançats i innovadors i en AD.</li> </ul>	

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

Àrea temàtica - I4	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
	4.9		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar i impulsar línies prioritàries de recerca en AD: evidència en el model de gestió de casos, impacte en models d'innovació en la prestació de serveis a domicili, evidència en models d'AD integrats.</li> </ul>	

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

Àrea temàtica - I5	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Gestió del canvi	5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aprovar el model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari per part de l'òrgan de govern del PAISS.</li> <li>– Designar l'equip motor que ha de gestionar el canvi.</li> <li>– Definir l'estratègia de canvi a escala territorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Seguir donant suport a l'estratègia del canvi, utilitzant la metodologia adient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Iniciar el procés de revisió de l'estratègia per donar resposta a les necessitats existents i futures.</li> </ul>
	5.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaborar i desplegar el pla de comunicació (presentació institucional als agents destacats del sistema, a les persones usuàries i a les famílies).</li> <li>– Definir un pla d'acompanyament per donar suport en el procés de la gestió del canvi.</li> <li>– Informar i fer formació del que representa el nou model (professionals dels departaments implicats, del món local i d'entitats prestadores de serveis).<sup>72</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disposar d'una anàlisi i unes recomanacions del procés de canvi.</li> </ul>	

72. Accions que cal desenvolupar conjuntament amb els territoris.

Àrea temàtica - I5	N.	ACCIONS durant els primers 2 anys 2020-2021	Al cap de 3-5 anys 2022-2023	Al cap de 5-7 anys 2024-2026
Desplegament progressiu del Programa	5.3		– Disposar del 40% dels territoris amb implantació del PAID.	– Implantar el PAID per sobre del 80-90%.
	5.4	– Fer seguiment dels indicadors de governança del PAID per identificar-ne el grau d'implantació.	– Seguir el procés d'adequació del desplegament en funció dels resultats.	– Efectuar una avaluació del desplegament del PAID.

# **Sigles i acrònims**



ABS	àrea bàsica de salut
ABSS	àrea bàsica de serveis socials
ABVD	activitats bàsiques de la vida diària
ACM	Associació Catalana de Municipis
ACP	atenció centrada en la persona
AD	atenció domiciliària
AIVD	activitats instrumentals de la vida diària
APS	atenció primària de salut
AVD	activitats de la vida diària
CAP	CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
CDIAP	centre de desenvolupament infantil i atenció precoç
CMBD-SS	conjunt mínim bàsic de dades de recursos socio sanitàris
COSE	compromís socioeducatiu
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
EBAS	equip bàsic d'atenció social
ECAP	història clínica electrònica d'atenció primària
ENAPISC	Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària
FMC	Federació de Municipis de Catalunya
GC	gestor/a de cas
GDS	escala de deteriorament global de Reisberg
GMA	grup de morbiditat ajustada
HD	hospitalització domiciliària
HCCC	historia clínica compartida de Catalunya
IEXPAC	Instrument d'avaluació de l'experiència del pacient crònic
LAPAD	Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència
MACA	malaltia crònica avançada
OIGS	Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya
PADES	Programa d'atenció domiciliària i equips de suport
PIAI	Pla individual d'atenció integral
PAID	Programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari
PAO	prescripció d'articles ortoprotètics
PCC	pacient crònic complex
PCE-CAT	Programa Cuidador Expert Catalunya®
PDA	planificació de decisions anticipades

PDSS	Pla director sociosanitari
PESS	Pla estratègic de serveis socials
PAISS	Pla d'atenció integrada social i sanitària
PIIC	pla d'intervenció individualitzat i compartit
PLANUC	Pla nacional d'urgències de Catalunya
PPAC	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
PPE-CAT	Programa Pacient Expert Catalunya®
PREALT	protocol de preparació de l'alta
PS	productes de suport
PSI	programa de seguiment individualitzat
SAD	servei d'ajuda a domicili
SBAS	servei bàsic d'atenció social
SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
SSB	serveis socials bàsics
TIC	tecnologies de la informació i la comunicació
TLA	teleassistència
UPP	úlceres per pressió
XAP	xarxa d'atenció primària

# **Bibliografia**

12

## Referències bibliogràfiques citades en el document

1. Burau V, Theobald H, Blank R. Governing home care: a cross-national comparison. Cheltenham: Edward Elgar; 2007.
2. CATALUNYA. DEPARTAMENT DE LA PRESIDÈNCIA; TERM CAT, CENTRE DE TERMINOLOGIA. Terminologia de l'atenció integrada [en línia]. Barcelona: TERM CAT, Centre de Terminologia, cop. 2016. (Diccionaris en Línia). Disponible a: [http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris\\_En\\_Linia/230/Fitxes/català/A/](http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/230/Fitxes/català/A/)
3. 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 [Internet]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and National Patient Safety Foundation; 2017. Disponible a: [http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Patient-Safety-in-the-Home.aspx?utm\\_source=ihf&utm\\_campaign=Safety-Home&utm\\_medium=rotating-feature-1](http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Patient-Safety-in-the-Home.aspx?utm_source=ihf&utm_campaign=Safety-Home&utm_medium=rotating-feature-1)
4. Carretero S. Technology-enabled services for older people living at home independently: lessons for public long-term care authorities in the EU member states [Internet]. Luxembourg: European Commission; 2015. Disponible a: <http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC96022/Ifna27256enn.pdf>
5. Garcia Marimon X, González Navarro AM. L'elaboració d'un quadre de comandament integral dels serveis d'atenció domiciliària: guia metodològica. [s. l.]: Diputació de Barcelona; 2014.

## Altres referències bibliogràfiques consultades

1. Model de serveis socials bàsics: una aposta per repensar i millorar l'acció social territorial des de l'Administració local [Internet]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2009. Disponible a: [http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2011/9/documentacio\\_general10.pdf](http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2011/9/documentacio_general10.pdf).
2. Bate A. Health and social care integration. Briefing Paper. London: The House of Commons Library. Oct 2017 (7902).
3. Coleman EA, Fox P. Many places: managing health care transitions. Ann Long-Term Care [Internet]. 2004 [citad 14 Nov 2017];12(9):25-32. Disponible a: [https://www.mendeley.com/research-papers/places-managing-health-care-transitions/?utm\\_source=desktop&utm\\_medium=1.17.11&utm\\_campaign=open\\_catalog&userDocumentId=%7B74c0cd92-db7f-456c-bcdb-289bc95e01a1%7D](https://www.mendeley.com/research-papers/places-managing-health-care-transitions/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B74c0cd92-db7f-456c-bcdb-289bc95e01a1%7D)
4. Model de serveis socials bàsics de Catalunya. Desenvolupament del servei bàsic d'atenció social (SBAS). [Internet]. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família; 2015. Disponible a: <http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.con->



- tent/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num\_23/eines-23-def.pdf
5. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària. Barcelona: Departament de Salut; 2017.
  6. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document conceptual [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2012 [citad 14 Nov 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=%7B0f8a35cf-520c-4aa6-bf99-94808b2cf934%7D](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=%7B0f8a35cf-520c-4aa6-bf99-94808b2cf934%7D)
  7. Departament de Salut. Prestacions de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública. Dades de la prestació o apartat. 2017.
  8. Donner G, Fooks C, McReynolds J, et al. Bringing care home. Report of the Expert Group on Home & Community Care [Internet]. Toronto; 2015. Disponible a: [http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/hcc\\_report.pdf](http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/hcc_report.pdf)
  9. Ríos-Jiménez A. Informe models ATDOM 2016. febrer 2017.
  10. Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. Versió 1. [s. l.]: Institut Català de la Salut; 2010.
  11. Amil P, Bullich I, Cabanes C, Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població adulta amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida. 1a edició. Barcelona: Departament de Salut; 2017. [Esborrany en evolució.]
  12. Pera PI, Pilar. El cuidador familiar: una revisió sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cult los Cuid. [Internet]. 2000 [citad 14 Nov 2017];187-94. Disponible a: [https://www.mendeley.com/research-papers/el-cuidador-familiar-una-revisió-sobre-la-necesidad-del-cuidado-doméstico-y-sus-repercusiones-en-la-3/?utm\\_source=desktop&utm\\_medium=1.17.11&utm\\_campaign=open\\_catalog&userDocumentId=%7Bea2f61eb-8970-47ba-8c67-41cb](https://www.mendeley.com/research-papers/el-cuidador-familiar-una-revisió-sobre-la-necesidad-del-cuidado-doméstico-y-sus-repercusiones-en-la-3/?utm_source=desktop&utm_medium=1.17.11&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bea2f61eb-8970-47ba-8c67-41cb)
  13. Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2017. Ed: Servei Català de la Salut.
  14. Van Rensburg AJ, Rau A, Fourie P, Bracke P. Power and Integrated Health Care: Shifting from Governance to Governmentality. Int J Integr Care [Internet]. 2016;16(3):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350653/pdf/ijic-16-3-2480.pdf>



**Generalitat  
de Catalunya**

