

Pla de desplegament de **l'atenció integrada social i sanitària** a les persones que viuen a **residències de gent gran**



Generalitat
de Catalunya

Direcció i Coordinació:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut
Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Drets Socials
Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària
Direcció Estratègica d'Atenció Integrada
Direcció Operativa d'Atenció Intermèdia
Agència de Salut Pública de Catalunya
Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut
Direcció Assistencial de l'Institut Català de la Salut

Alguns drets reservats

© 2023, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Departament de Drets Socials.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edita:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut

1a Edició:

Barcelona, novembre de 2023.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: salutweb.gencat.cat/apic

Disseny de plantilla accessible 1.05:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

1. Introducció	5
2. Estat de situació	6
2.1 Característiques de les persones que viuen a les residències de gent gran (RGG) a Catalunya	6
2.2 Nombre i distribució de les RGG a Catalunya	6
2.3 L'atenció sanitària a les RGG en l'escenari post-pandèmic	7
3. Premisses i característiques del nou model integrat	9
3.1 Les RGG com a domicili de les persones que hi viuen	9
3.2 Els EAP com a garants de l'atenció sanitària integrada a les persones que viuen a les RGG	9
3.3 Els professionals de les RGG com a base de l'atenció integral a les persones que viuen a les RGG	9
3.4 La resposta sistèmica i de base territorial com a segona capa de l'atenció sanitària integrada	10
4. Elements clau per al desplegament	11
4.1 Desplegament dels EAP a les RGG	11
4.1.1 La cartera de serveis de l'APiC per a les persones que viuen en RGG	11
4.1.2 L'articulació de l'atenció presencial i telemàtica dels EAP a les persones que viuen a les RGG	12
4.1.3 Establir pràctiques integrades EAP/RGG	12
4.2 Articulació de la resposta sistèmica territorial per part dels diferents agents del sistema sanitari.	13
4.2.1 El rol de l'atenció intermèdia (AIM)	14
4.2.2 Resposta 7x24	15
4.2.3 Coordinació amb l'hospital d'aguts	15
4.2.4 Coordinació amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya	16
4.3 Definir el sistema de governança i els plans funcionals	17
4.3.1 Desplegament de les governances territorials	17
4.3.2 Elaboració dels plans funcionals per a l'operativa territorial del desplegament del model	18
4.4 Completar desplegament d'ECAP a les RGG i avançar en la integració dels sistemes d'informació	18
4.4.1 Completar desplegament de l'ECAP a les RGG	19
4.4.2 Avançar en la interoperabilitat entre SSII de Salut i de les RGG	19
4.4.3 Crear un repositori agregat integrat	19

4.5 Promoure la qualitat assistencial, avaluació i millora contínua en aquest àmbit	20
4.5.1 Quadre de comandament	20
4.5.2 Check-list per a l'avaluació dels elements clau de la integració de l'atenció	21
4.5.3 Modelització de la integració de l'atenció	22
5. Aspectes operatius del desplegament territorial	23
5.1 Cronograma del desplegament territorial	23
5.2 Què implica i què NO implica el desplegament del pla	23
5.2.1 El pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les RGG implica...	23
5.2.2 El pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les RGG NO implica...	24
5.3 Reforç dels EAP	24
5.4 Avaluació contínua i incentivació de bones pràctiques	27
6. Beneficis d'aquest pla	28
6.1 Beneficis per a les persones que viuen a les RGG	28
6.2 Beneficis per als professionals	28
6.3 Beneficis per al sistema	29
7. Annexos	30
7.1 Annex 1: Guió/fitxa per facilitar l'elaboració del document de pràctiques integrades EAP/RGG	30
7.2 Annex 2: Check-list per a l'avaluació del grau d'integració de l'atenció a l'àmbit residencial	33
7.3 Annex 3: Quadre de recomanacions per al desplegament de les governances	35

1. Introducció

Els darrers anys el Departament de Salut i el Departament de Drets Socials han treballat plegats per fer evolucionar l'atenció integrada social i sanitària de les persones que viuen en residències de gent gran (RGG) i garantir la millora contínua dels serveis.

Si bé és evident que les residències no deixen de ser el domicili de les persones que hi viuen, també és cert que les seves necessitats d'atenció sanitària molt sovint sobrepassen les de la resta de la població de la seva mateixa edat -donat els **alts nivells de multimorbiditat, fragilitat i complexitat** de les persones que viuen a l'àmbit residencial-.

En aquest context, la greu pandèmia de COVID-19 soferta els anys 2020 i 2021 va posar de manifest, la necessitat de reforçar el model d'atenció a la salut d'aquestes persones. En aquell moment ja va ser evident, més que mai, la **necessitat de treball integrat entre els professionals dels equips d'atenció primària (EAP) i els professionals de l'àmbit residencial**. L'esforç realitzat en aquell moment va ser extraordinari, i va marcar un abans i un després, constatant des d'aleshores un increment molt significatiu de les pràctiques col·laboratives.

El **sistema públic de salut** ha de garantir a les persones que viuen a les RGG la mateixa atenció de qualitat que la resta de població. Aquesta **atenció s'ha d'articular a partir dels EAP**, com a garants de la proximitat, de l'accessibilitat i de la vertebració del sistema de salut, essent els responsables de preveure les necessitats sanitàries dels residents i de respondre-hi al mateix centre residencial, conjuntament amb els professionals de la RGG.

Per altra banda, com també es va fer evident durant la pandèmia, la resposta a les necessitats sanitàries de les persones que viuen a residències **implica la coordinació/resposta integrada** i amb una mirada territorial de Atenció Primària i Comunitària (APiC) i dels professionals de la RGG amb la resta d'agents del sistema sanitari: atenció intermèdia, salut pública, vigilància epidemiològica, hospitals d'aguts, servei d'emergències mèdiques (SEM) i amb les estructures territorials de Salut i del Departament de Drets Socials.

Aquest document defineix les bases pel desplegament de la atenció integrada social i sanitària a les persones que viuen en RGG. Exposa les funcions i activitats que els EAP han de dur a terme a les RGG i les relacions funcionals que ha d'establir amb els diversos actors dels serveis socials i sanitaris per garantir una atenció completa i integrada.

2. Estat de situació

2.1 Característiques de les persones que viuen a les RGG a Catalunya

Algunes dades especialment rellevants sobre les característiques de les persones que viuen a les RGG a Catalunya són les següents:

- **Envelliment:** Al llarg del darrer decenni, la **mitjana d'edat** de les persones que viuen a les RGG ha **incrementat pràcticament 10 anys**: dels 77 anys de mitjana de l'any 2012 als 86 anys de mitjana l'any 2022 (88 anys en dones i 85 en homes).
- **Complexitat:** Gairebé el **89% de les persones** que viuen en residències presenten una situació d'alt risc o de **màxima complexitat clínica** (GMA 3-4). Aquesta dada és molt superior al 77% que representen les persones de més de 64 anys que viuen al seu domicili.
- **Multimorbiditat:** Les persones que viuen en RGG tenen una **mitjana de 9,2 malalties cròniques** que afecten una mitjana de cinc sistemes orgànics, -destacant una prevalença d'un 57% de demència, un 32 de malaltia cerebrovascular, un 30% d'insuficiència cardíaca o un 21% d'MPOC-. Aquest nombre és molt superior respecte a les persones de la mateixa edat que viuen al domicili.
- **Cronicitat avançada i final de vida:** La taxa de **mortalitat anual** de les persones que viuen en una residència és de **pràcticament del 20%**. Els estudis demostren que pràcticament la meitat de persones que viuen a les RGG podria estar en situació dels 2 darrers anys de la seva vida.
- **Dependència:** El **97% de les persones** que viuen a les RGG tenen reconegut un **alt grau de dependència**: el 50% el grau III i el 48%, el grau II).

Derivat d'aquestes característiques, aquestes persones requereixen d'un nivell d'**atenció sanitària** significativa:

- Presenten un **ús elevat de serveis sanitaris**: Anualment, el **48%** de les persones que viuen a les RGG **ingressen a l'hospital** -fet que implica uns 18.000 ingressos anuals a Catalunya i unes 65.000 estades-.
- La **despesa mitjana anual en farmàcia** per resident és de **més de 1.000 euros**. En la població no institucionalitzada equivalent, aquesta despesa es situa per sota els 750 euros.

2.2 Nombre i distribució de les RGG a Catalunya

Actualment a Catalunya hi ha **1042 centres residencials per a la gent gran (RGG)** - 951 residències i 91 llars-residència-, amb un total de **61.498 places**.

D'aquests 1042 centres residencials, 82,4% pertanyen a la Xarxa de Serveis Socials d'atenció pública de Catalunya (XSSAP). De les 61.498 places, un 81,6% pertanyen a la XSSAP.

Les RGG es distribueixen territorialment de la següent manera (taula 1):

REGIÓ SANITÀRIA	Número de Residències	Número de places residencials
Metropolitana Sud	162	9.707
Alt Pirineu I Aran	15	755
Barcelona Ciutat	243	14.254
Camp Tarragona	60	4318
Catalunya Central	96	5441
Girona	115	7.247
Lleida	78	4395
Metropolitana Nord	255	13.794
Terres de l'Ebre	18	1.587
TOTAL	1.042	61.498

Taula 1: Distribució territorial de les RGG i de les places residencials.
* Pendent actualització incorporant nova RS Penedès

Actualment dels 376 Equips d'Atenció Primària (**EAP**) de Catalunya, **317 (84,3%) tenen almenys una residència de gent gran (RGG)** assignada a la seva àrea d'influència

2.3 L'atenció sanitària a les RGG en l'escenari post-pandèmic

A Catalunya hi ha un abans i un després de la pandèmia de COVID-19 en relació a l'**atenció sanitària integrada a les RGG**, essent especialment destacable el rol dels Equips d'Atenció Primària (EAP). Així, per exemple:

- El **92%** de les persones que viuen a les RGG han estat visitades **presencialment per la seva infermera de l'EAP** en els darrers 12 mesos (amb un increment del 6% en els últims 6 mesos; amb una mitjana de 4 visites presencials i 6 contactes any per persona resident).
- i un **65%** de les persones que viuen a les RGG han estat visitades **presencialment pel seu metge de l'EAP** en els darrers 12 mesos (amb un increment del 3,5% en els últims 12 mesos; amb una mitjana de 3 visites presencials, 5 contactes any per persona resident).
- El **62,3% de tots els EAP** (195 equips) **ja estan treballant més coordinadament** amb les RGG de la seva àrea (correspon a 433 RGG, equivalent a un 45% del total).

Al llarg d'aquests darrers mesos/anys **s'han realitzat múltiples accions** i s'han assolit millores especialment destacables, que facilitaran l'atenció integrada social i sanitària a les persones que viuen en residències. Per exemple:

- El sistema sanitari, disposa d'un **cens específic de RGG i de residents**, fet que permet avaluar resultats de salut i de qualitat assistencial.
- S'ha incorporat l'**estació clínica de l'atenció primària de salut (e-cap)** en **752 RGG** (73,27% de les RGG), fet que permet que els professionals sanitaris de les residències, tinguin accés a la Història clínica Compartida (HC3), i per

tant, a la informació rellevant de la persona generada en processos d'hospitalització, consulta externa, consulta a urgències, o a la informació de proves diagnòstiques entre d'altres.

- S'ha **millorat la qualitat dels registres** d'Atenció Primària de les persones que viuen a les RGG. Per exemple:
 - **Identificació del pacient crònic complex (PCC)**: s'ha increment un 24% en els darrers 12 mesos (actualment hi ha identificades com a PCC el 56% de les persones que viuen a les RGG).
 - **Identificació de MACA**: s'ha increment un 26% en els darrers 12 mesos (actualment hi ha identificades com a MACA el 7,6% de les persones que viuen a les RGG).
 - **Registre de caigudes**: hi ha hagut un increment del 560% en 12 mesos del registre de caigudes (actualment 32,5%).
- S'ha desenvolupat un **quadre de comandament amb 44 indicadors específics, més 1 indicador sintètic** que permeten monitoritzar els resultats de l'atenció sanitària a les RGG.
- S'ha realitzat **formació conjunta a 15.532 professionals** de les RGG i EAP amb l'objectiu d'augmentar la capacitat dels professionals que atenen a les persones que viuen en l'àmbit residencial.
- S'ha realitzat un **mapatge de bones pràctiques** d'atenció integrada entre EAP i equips de les RGG, identificant els 34 EAP i les 61 RGG que tenen assignades amb treball conjunt i amb els millors resultats.

3. Premisses i característiques del nou model integrat

3.1 Les RGG com a domicili de les persones que hi viuen

- Les **residències de gent gran, són el domicili de les persones que hi viuen** i, per tant, s'ha de garantir la mateixa atenció de qualitat que la que es proporciona a la resta de la població per part de l'EAP i el conjunt del sistema sanitari públic.

3.2 Els EAP com a garants de l'atenció sanitària integrada a les persones que viuen a les RGG

- Els Equips d'Atenció Primària (EAP), han de **garantir una atenció de proximitat i qualitat**, essent els responsables de preveure les necessitats sanitàries de les persones que hi viuen, i de respondre-hi al mateix centre residencial, conjuntament amb els professionals de la RGG.
 - Els **metges de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC)** dels EAP han d'esdevenir els professionals mèdics de referència de les persones que viuen en RGG.
 - El rol de les **infermeres dels EAP** inclou tant l'atenció directa com la coordinació de l'EAP amb l'equip d'infermeria de les RGG. Les infermeres dels EAP i les infermeres pròpies de les RGG han d'articular intervencions complementàries i han d'establir pràctiques col·laboratives a nivell assistencial.
 - Els **administratius sanitaris** dels EAP, tenen la funció de liderar el suport administratiu a la resposta de l'EAP a l'àmbit residencial
- Els **treballadors socials sanitaris** dels EAP, treballen de manera col·laborativa en l'atenció social de les transicions entre el domicili i la RGG
- Un altre element clau, és la figura del **farmacèutic**, especialment en la gestió i control del medicament en col·laboració amb la resta de professionals dels EAP i de les RGG, garantint la millora dels resultats de salut de les persones amb aplicació de l'evidència científica disponible en el procés d'atenció farmacèutica.
- Els **nous perfils professionals** dels EAP: referents de benestar emocional, dietista - nutricionista o higienista dental, per exemple, s'incorporaran en algunes actuacions per millorar l'atenció integral a les persones que hi viuen.
- Els EAP conjuntament amb l'equip de professionals de la RGG, potenciaran la **formació/transferència de coneixement i la recerca** en l'àmbit residencial.

3.3 Els professionals de les RGG com a base de l'atenció integral a les persones que viuen a les RGG

- Els **professionals propis de les RGG** (infermeres, responsables higiènic-sanitaris, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, treballadors socials, educadors socials i gerocultors/es) són la **base de l'atenció** en el dia a dia de les persones que hi viuen.

- Aquest nou model preveu que tots ells **continuïn desplegant les funcions de cures i les vinculades al funcionament** del centre com fins a l'actualitat, i que treballin de manera col·laborativa i integrada amb els EAP i el conjunt del sistema de salut.
- En aquest treball col·laboratiu, és fonamental l'**actuació conjunta** de les infermeres i/o responsable higienicosanitari de la pròpia residència i l'EAP.

3.4 La resposta sistèmica i de base territorial com a segona capa de l'atenció sanitària integrada

La resposta a les necessitats sanitàries de les persones que viuen a residències implica la **coordinació/resposta integrada i amb una mirada territorial** de Atenció Primària i Comunitària (APiC) i del personal de la pròpia residència amb **la resta d'agents del sistema sanitari**:

- **Especialment per part de l'atenció intermèdia** com a equip de suport especialitzat en l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa i avançada, oferirà tant recursos d'hospitalització domiciliària i PADES, com recursos d'hospitalització als hospitals específics.
- **Però també per part** dels serveis d'atenció continuada d'Atenció Primària i dels hospitals d'aguts, serveis de Vigilància Epidemiològica, equips territorials de Salut Pública, serveis d'emergències mèdiques (SEM) i centres de salut mental, entre d'altres.

Això es garantirà amb els **Plans territorials d'integració de l'atenció / Ruta de complexitat (PCC/MACA) 2.0** -fent especial èmfasi en la resposta 7x24-.

4. Elements clau per al desplegament

4.1 Desplegament dels EAP a les RGG

4.1.1 La cartera de serveis de l'APiC per a les persones que viuen en RGG

La nova **Cartera de serveis de l'APiC** recull les activitats de promoció de la salut, educació per a la salut i prevenció de la malaltia així com les activitats assistencials, diagnòstiques, terapèutiques i de rehabilitació.

A continuació es detallen les activitats adreçades a les persones que viuen a les RGG (taula 2):

ACTIVITATS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ
<ul style="list-style-type: none">▪ Educació per a la salut▪ Campanyes de salut: vacunacions, cribatges, altres▪ Atenció proactiva a les necessitats de salut
ATENCIÓ A LA GENT GRAN DE RISC
<ul style="list-style-type: none">▪ Identificació de la fragilitat i/o complexitat: malaltia avançada crònica (MACA) /pacients crònics complexos(PCC). En aquests casos cal realitzar VGI i elaborar PIIC▪ Valoració geriàtrica integral (VGI), incloent valoració clínica, sociofamiliar i del grau de dependència per a les activitats de la vida diària▪ Elaboració del Pla terapèutic individual (PTI o PIAI)▪ Compartició del Pla individualitzat d'intervenció compartida (PIIC)▪ Prevenció i atenció de les síndromes geriàtriques▪ Estabilitat clínica: prevenció de descompensació i atenció de les malalties cròniques; prevenció proactiva, atenció directa, revisió i actualització periòdica de les situacions clíniques i dels plans de tractament, rehabilitació i nutrició.▪ Aplicació d'acords d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) inclosos en el pla de decisions anticipades o en el document de voluntats anticipades▪ Acompanyament familiar▪ Tractament del dolor agut i crònic▪ Elaboració i acompanyament l'estratègia de final de vida conjuntament a la persona i la família
REALITZACIÓ DE TÈCNIQUES I TRACTAMENTS AL CENTRE RESIDENCIAL
<ul style="list-style-type: none">▪ Control i gestió del tractament anticoagulant oral▪ Extracció de sang. Gestió de la mostra de sang de l'extracció▪ Electrocardiogrames▪ Radiologia simple: petició i valoració▪ Ecografia clínica▪ Valoració de la necessitat d'ajuda tècnica ortopèdica▪ Altres activitats i tècniques de la cartera que es puguin realitzar a les RG. Per exemple infiltracions, tractaments parenterals, etc.
ACTIVACIÓ I COORDINACIÓ AMB LA RESTA D'EQUIPS SANITARIS HOSPITALARIS, D'ATENCIÓ INTERMÈDIA O D'ALTRES RECURSOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Atenció intermèdia: Hospitalització domiciliària i Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES)▪ Hospitals d'aguts▪ Altres recursos

Taula 2: Cartera de serveis de l'APiC a les RGG

Amb aquesta cartera, les **funcions referides a la prevenció i promoció de la salut i a la valoració i seguiment clínic** queden també contemplades com a activitats de l'APiC, de forma coordinada amb els professionals de les RGG.

Les **funcions relacionades amb l'organització** de les RGG, els professionals de l'EAP hi poden participar puntualment. Tanmateix, el lideratge i la tasca principal d'organització pivota sobre la direcció del centre de la pròpia RGG i/o en aquells professionals que tenen definides certes funcions com a pròpies, com per exemple les Infermeres, el responsable higienicosanitari (RHS), o altres professionals

4.1.2 L'articulació de l'atenció presencial i telemàtica dels EAP a les persones que viuen a les RGG

Per l'articulació de l'atenció, cal tenir en compte:

- Els metges, les infermeres i els administratius referents de l'EAP disposin d'un **espai de la jornada dedicat al treball conjunt** amb els professionals de la RGG. Això inclou la programació d'**espais de treball d'atenció directe** a les persones de la RGG per part dels EAP, per donar resposta a les seves necessitats d'atenció sanitària. Això pot incloure la interacció amb d'altres professionals de l'equip de la RGG quan el cas ho requereixi, així com amb les famílies o cuidadors de la persona.
- Els professionals de les RGG i de l'EAP tinguin **accés telefònic i espais de consulta virtual/ telemàtica** mutus per a consultes sobrevingudes durant l'horari d'obertura del CAP tots els dies laborables. Les noves tecnologies ofereixen oportunitats de present i de futur per optimitzar aquesta interacció.
- Cal també que els professionals dels EAP i les RGG puguin fer **seguiment conjunt dels objectius de qualitat assistencial** del sistema públic de salut i social. Això implica planificar accions adreçades al seu assoliment, com ara formació, realització d'activitats protocol·litzades, revisió de plans de medicació, entre d'altres.

Per tal de facilitar la coordinació amb l'equip de cada RGG es recomana que, en el si de l'EAP, **les persones d'una mateixa RGG siguin assignades a un número reduït de professionals de l'EAP**. Paral·lelament, és imprescindible que les RGG identifiquin **un referent entre els professionals de la RGG** per a l'EAP (idealment el responsable higienicosanitari). Les RGG facilitaran **espais adequats** per tal de que l'EAP pugui dur a terme les seves actuacions.

4.1.3 Establir pràctiques integrades EAP/RGG

És necessari establir **canals de comunicació, pautes de pràctica clínica i circuits compartits** que facilitin dinàmiques de treball en equip, que caldrà explicitar en un **document de pràctiques integrades EAP/RGG**. Ha d'incloure:

- Les **dades identificatives** de les RGG, de l'EAP i dels seus professionals de referència.

- El **diagnòstic de situació** de pràctiques integrades, d'acord amb els indicadors del quadre de comandament i el Check-list específic de residències (*veure Annex 2*).
- Les **dinàmiques de treball compartit**: espais de treball conjunt, vies de comunicació i articulació de les visites presencials sistemàtiques i de les visites telemàtiques, d'acord a les necessitats de les persones que hi viuen.
- El **compromís de desplegament** de la cartera de serveis de l'APiC, de l'aplicació dels protocols i dels estàndards de l'EAP, de forma col·laborativa amb els professionals de les RGG.
- L'**encaix en el Pla territorial** d'integració de l'atenció / Ruta de complexitat (PCC/MACA) 2.0, especialment orientat a les respostes en cas de crisi.
- El **cronograma** de desplegament

A l'**annex 1** hi ha una proposta de **fitxa** que té per objectiu facilitar als professionals dels EAP i les RGG l'elaboració d'aquest document de pràctiques col·laboratives

4.2 Articulació de la resposta sistèmica territorial per part dels diferents agents del sistema sanitari.

Més enllà del rol vertebrador de l'APiC, la resposta a les necessitats d'atenció sanitària a les persones que viuen en RGG pot requerir també de **la participació d'altres agents el sistema sanitari**, com ara l'atenció intermèdia, els hospitals d'aguts, els serveis d'atenció continuada, els serveis de Vigilància Epidemiològica, els equips territorials de Salut Pública, els serveis d'emergències mèdiques (SEM), i els centres de salut mental, entre d'altres per tal d'oferir una resposta territorial integral i integrada a les necessitats de les persones que viuen en RGG.

Segons estudis prospectius realitzats en el nostre entorn, es calcula que aproximadament un 40-50% de la població residencial de gent gran té criteris de malaltia crònica avançada (**MACA**), essent bona part de la resta de població residencial tributària de ser identificada com a persona amb criteris de cronicitat complexa (**PCC**) -donades les dades de GMA comentades prèviament-.

És per aquest motiu que, en el context del desplegament dels **plans territorials d'integració de l'atenció / Ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA) 2.0** -veure figura 2-, s'aposta **per incloure les RGG com un àmbit preferent** on articular la resposta a les necessitats d'atenció sanitària des d'una perspectiva sistèmica -especialment en les situacions de crisi- a les persones que viuen en les RGG. Això implica, doncs, que cada territori natural haurà de tenir actualitzada aquest pla territorial/ruta.

“1 OBJECTIU, 2 ÀMBITS D'ACTUACIÓ, 7 PRIORITATS, 23 ACCIONS, 4 ELEMENTS FACILITADORS”

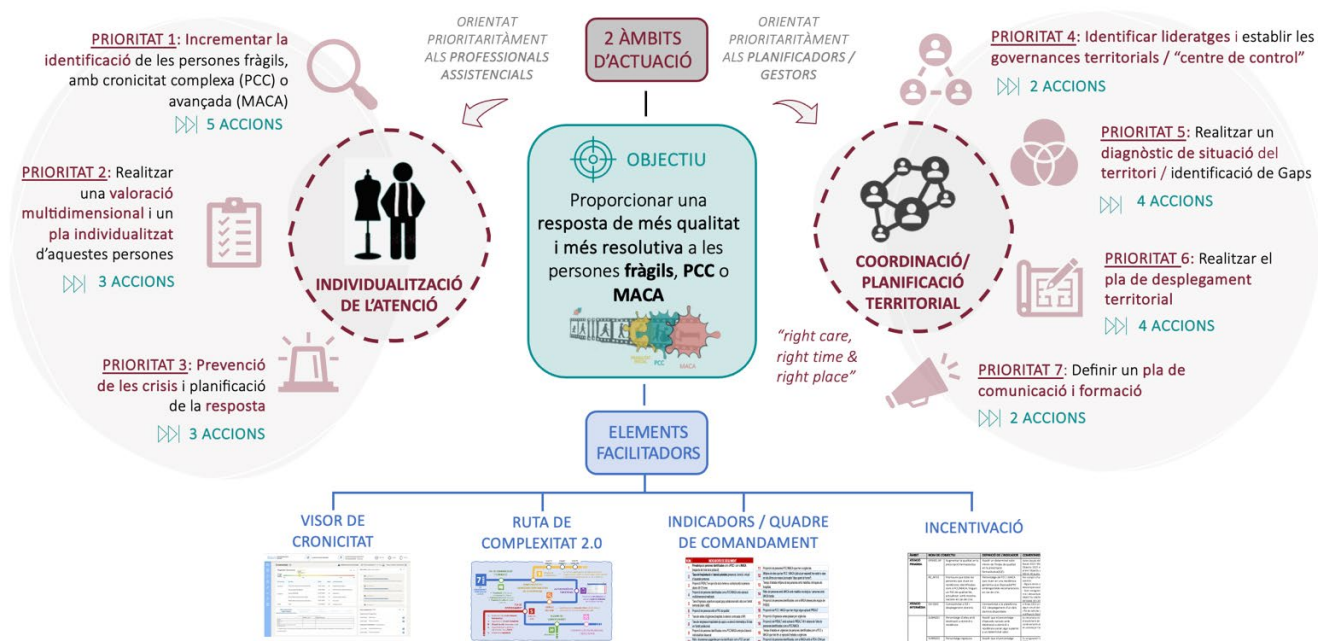


Figura 1: Resum visual del pla territorial d'integració de l'atenció / Ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA) 2.0

En aquest context, cal fer èmfasi en les especificitats d'alguns dispositius/serveis:

4.2.1 El rol de l'atenció intermèdia

Les situacions de complexitat que sovint presenten aquestes persones fa imprescindible una **col·laboració estreta dels professionals de l'APiC amb els professionals de l'Atenció Intermèdia**. Actualment l'Atenció Intermèdia està realitzant també un procés de transformació, amb l'objectiu de millorar l'accessibilitat des del domicili i residència.

El rol de l'Atenció Intermèdia és quàdruple:

- **Potenciar la resposta domiciliària des de l' Atenció Intermèdia com segon nivell d'intervenció** després de l'APiC, amb l'objectiu de facilitar que la persona pugui rebre les cures que necessita en el lloc on viu. Això pot incloure tant la intervenció dels equips de PADES com l'Hospitalització a domicili (HaD) de l'Atenció Intermèdia.
- Oferir **recursos d'internament d'Atenció Intermèdia**, amb especial èmfasi sobre ingressos amb derivacions directes per part dels EAP, ja siguin per descompensacions (Unitats de Subaguts), en cas de necessitats d'atenció pal·liativa especialitzada (Unitats de Cures Pal·liatives) o de Psicogeriatria.
- L' Atenció Intermèdia disposa també de **recursos ambulatoris**, com consultes externes (EAIA), tant de trastorns cognitius com de geriatria, o com hospitals de dia, que també estan a disposició de l'APiC i oberts a les persones que viuen a les RGG.

- Per últim, també cal considerar les **places residencials ubicades/vinculades als centres d'atenció intermèdia**, on majoritàriament són ateses pels equips propis d'atenció geriàtrica especialitzada. En aquest cas es proposa mantenir aquesta situació.

En el marc dels Plans territorials d'integració de l'atenció / Ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA) 2.0, **caldrà establir protocols** d'activació dels recursos d'Atenció Intermèdia (tant domiciliaris com d'internament) per part d'APiC.

4.2.2 Resposta 7x24

L'atenció sanitària a les persones que viuen en RGG per part del sistema públic de salut preveu una resposta continuada les 24 hores del dia els set dies de la setmana, de forma anàloga a les persones que viuen al domicili:

- L'EAP lidera l'atenció en el seu **horari de funcionament habitual (de 8:00 a 20:00 de dilluns a divendres)**. Cada EAP ha de definir el circuit d'atenció urgent a les persones de les RGG durant l'horari en que el CAP està obert, comptant amb la intervenció dels professionals referents de RGG i d'altres professionals de l'EAP. També ha de definir els criteris i circuits de d'atenció compartida i consulta amb els serveis i dispositius que intervenen en l'atenció continuada del territori -especialment amb l'Atenció Intermèdia-, de cara a garantir una atenció sanitària òptima 24 hores al dia els 7 dies de la setmana.
- **Fora de l'horari de funcionament de l'EAP**, es recomana el contacte directe de les RGG amb els dispositius d'APiC d'atenció continuada territorials (PAC, CUAP,...) per a la planificació de l'atenció de les persones de les RGG, dins d'un marc d'actuació definit que integri, a més dels criteris de derivació i consulta esmentats, la perspectiva de longitudinalitat assistencial. És necessari també integrar el SEM i la **taula de fragilitat**, en la definició dels criteris i circuits de derivació i consulta, donat que és l'agent que, principalment, activa tant els serveis d'APiC accessibles més enllà de l'horari habitual dels EAP, com els serveis d'atenció intermèdia i d'atenció d'urgències hospitalàries.

En context dels plans territorials d'integració de l'atenció de l'atenció / ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA) 2.0, és indispensable definir un marc de relació i coordinació entre tots ells i amb les RGG, per tal de garantir la continuïtat assistencial i alinear les actuacions en el procés assistencial establert per l'APiC.

4.2.3 Coordinació amb l'hospital d'aguts

Es definiran els criteris i circuits de derivació en el context dels plans territorials d'integració de l'atenció / ruta de complexitat (PCC/MACA) 2.0.

4.2.4 Coordinació amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya

L'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) fa anys que desenvolupa a l'entorn dels centres residencials activitats de formació i acompanyament per a professionals i també a usuaris enfocades a la promoció de la salut, com l'alimentació saludable i l'envelliment actiu. El nou model d'atenció sanitària cal que s'orienti a generalitzar aquestes activitats al conjunt de centres residencials de gent gran, atenent al seu valor a l'hora de millorar la salut i el benestar de les persones que hi viuen.

Amb l'objectiu de poder garantir la seguretat dels aliments elaborats en els centres residencials, es duen a terme activitats de control sanitari de les cuines amb una freqüència apropiada i proporcional a la naturalesa del risc de l'establiment.

En relació al circuit d'aigua sanitària s'efectuen visites de control d'instal·lacions amb risc de dispersió de legionel·la per verificar les condicions sanitàries i l'estat de les instal·lacions, la implementació dels autocontrols per part dels seus responsables i la qualitat de l'aigua d'aquestes instal·lacions.

Respecte la coordinació amb els **serveis de vigilància epidemiològica**, les funcions d'aquesta són:

- Donar resposta a les notificacions de malalties de declaració obligatòria i de brots per part dels professionals assistencials.
- Liderar i coordinar amb els agents implicats les mesures de control de les malalties transmissibles a l'àmbit residencial.
- Coordinar, supervisar i executar la investigació i el control dels brots epidèmics a l'àmbit residencial, des del punt de la investigació epidemiològica, microbiològica i toxicològica, d'acord als procediments establerts pel Departament de Salut.
- Participar en les activitats de formació sobre el control de infeccions del personal sanitari i de cura de les residències.
- Assessorar als responsables dels centres i professionals sanitaris sobre les actuacions de control de les malalties transmissibles.
- Elaborar i actualitzar de forma consensuada i conjunta els protocols i procediments per al control i per a la prevenció de les infeccions transmissibles en el conjunt de dispositius socials (residències, centres de dia, etc.), contemplant, si escau, l'articulació de comitès de resposta ràpida en el cas de l'aparició de brots de malalties que posin en perill la salut de les persones residents, tal com es realitzà durant la crisi provocada per la COVID-19.

4.3 Definir el sistema de governança i els plans funcionals

4.3.1 Desplegament de les governances territorials

Amb l'objectiu de facilitar el desplegament de l'atenció sanitària de les persones que viuen a les RGG es descriuen **3 nivells de governança** (figura 3) -deixant el plantejament efectiu de les governances a criteri de cada territori natural, d'acord amb les seves característiques-:

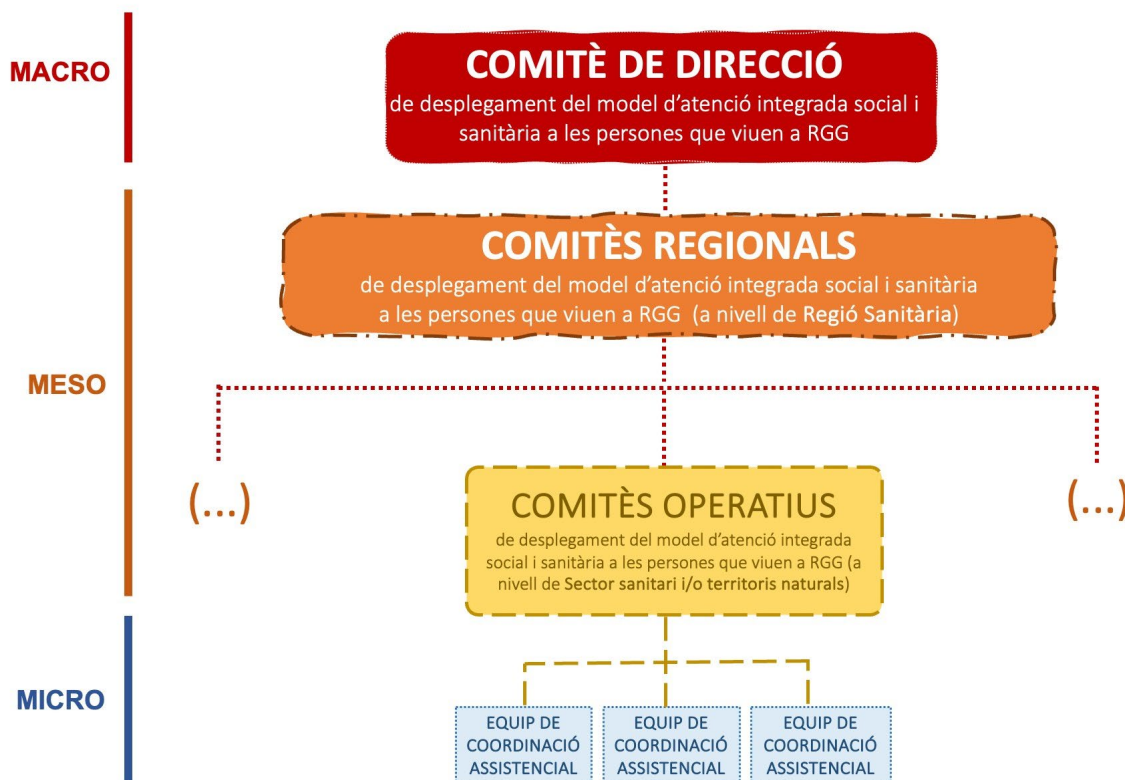


Figura 2. Proposta de governança en el desplegament de l'atenció sanitària a les RGG, en 3 nivells.

A nivell **MACRO** (departamental), el **COMITÈ DE DIRECCIÓ** inter-departamental / d'atenció integrada social i sanitària (AISS), que té com a principal objectiu definir l'estratègia i l'operativa global del desplegament -que es concretarà en els respectius plans funcionals per a l'operativa territorial del desplegament del model-, així com la seva monitorització i avaluació.

A nivell **MESO** (territorial), distingim:

- A nivell de **Regió Sanitària**, els **COMITÈS REGIONALS**, que tenen com a principal objectiu la gestió / prioritització de recursos i seguiment de resultats a nivell de Regió Sanitària. Per tal d'assolir aquests objectius en el marc de la governança, cada una de les Regions Sanitàries haurà d'elaborar un **pla funcional** per a l'operativa territorial.

- En cas que per dimensió o dispersió territorial es cregui oportú, a nivell de **Sectors Sanitaris i/o AGA i/o territoris naturals**, es proposa crear els **COMITÈS OPERATIUS**, que tenen com a principal objectiu el desplegament territorial efectiu del model. Aquests comitès es circumscriuran en molts cassos en les governances territorials establertes en el context del desplegament d'altres projectes d'atenció integrada social i sanitària.

A nivell **MICRO** (interrelació entre EAP i RGG), els **EQUIPS DE COORDINACIÓ ASSISTENCIAL**, que tenen com a principal objectiu vetllar per la gestió assistencial del dia a dia dels professionals, i que es concretarà en el **document de pràctiques integrades EAP/RGG**.

És imprescindible que les governances territorials s'emmarquin en el context d'altres governances territorials (desplegament de l'Atenció Integrada Social i Sanitària, Plans territorials d'integració de l'atenció/Ruta de complexitat,...) a fi de simplificar i optimitzar les dinàmiques.

A l'Annex 3 s'hi pot trobar un quadre amb una proposta més detallada de recomanacions per al desplegament de les governances territorials.

4.3.2 Elaboració dels plans funcionals per a l'operativa territorial del desplegament del model

Els plans funcionals territorials, elaborats per part de les regions sanitàries i socials en el marc dels respectius òrgans de governança, tenen com a **objectiu principal definir les pautes pràctiques per al desplegament del model als diferents territoris**, així com establir el seguiment de qualitat d'aquest procés.

Els **objectius específics** d'aquests plans són:

- **Disposar de la informació** relativa a totes les RGG, EAPs i unitats de referència, de cada territori.
- **Definir els criteris i el full de ruta** per al desplegament del pla funcional.
- **Establir les pautes per garantir la coordinació territorial** entre els dispositius, de la mà dels plans territorials d'integració de l'atenció / ruta de complexitat (PCC/MACA) 2.0.
- **Concretar la governança** a nivell territorial

Actualment **cada territori ja disposa d'aquest pla**, que caldrà anar actualitzant. Les Regions Socials i Sanitàries seran les responsables del seguiment i del seu manteniment.

4.4 Completar desplegament d'ECAP a les RGG i avançar en la integració dels sistemes d'informació

En un model d'atenció integrada el sistema d'informació constitueixen una palanca de canvi i transformació fonamental, amb implicacions jurídiques, tecnològiques, funcionals, ètiques i de ciberseguretat.

4.4.1 Completar desplegament de l'ECAP a les RGG amb funcionalitats plenes per als professionals sanitaris. Això implica:

- **Garantir punt d'accés d'ECAP a les RGG.** Actualment hi ha ECAP disponible a 752 RGG (73,27% del total), i s'ha consensuat un Circuit d'adhesions a l'ECAP i d'accés a l'HC3 dels Centres i Serveis de la XSSAP, que té per objectiu facilitar el desplegament a totes les RGG. Aquest circuit fixa el procediment per les adhesions (altes, baixes i modificacions) a HC3 i ECAP de centres de serveis socials que pertanyen a la XSSAP -que inclou les RGG-.
- **Incrementar les funcionalitats d'ECAP** per a les infermeres que treballen a l'àmbit residencial.
- **Garantir la formació** dels professionals per a la utilització d'ECAP.

4.4.2 Avançar en la interoperabilitat entre SSII de Salut i de les RGG

Més enllà d'incrementar les adhesions i la capacitat dels professionals per utilitzar l'ECAP, en el marc de l'AISS **es busca superar la duplictat de registres** i avançar cap a la integració dels sistemes d'informació socials i de salut. En aquest context cal destacar que:

- Respecte els aspectes funcionals, cal destacar el **consens** realitzat per part del grup de treball de residències de l'AISS sobre quines són les **dades a compartir/interoperar**; pel que fa a la vessant tecnològica i de ciberseguretat, s'està treballant per construir escenaris segurs d'informació compartida d'interès comú que ajudin als professionals de l'àmbit de salut i el residencial en el procés d'atenció.
- També cal destacar el treball que s'està realitzant per consensuar un **sistema de valoració i pla d'atenció únic** (com a síntesi entre el PIAI residències i el PIIC de Salut).

Mentre la interoperabilitat no sigui possible, es treballa en un escenari de visors, amb l'objectiu que els professionals almenys puguin tenir la informació d'ambdós sistemes.

4.4.3 Crear un repositori agregat integrat amb dades Salut i Serveis Socials (també en l'àmbit residencial) per a l'anàlisi poblacional, la planificació, l'avaluació per a la millora de qualitat assistencial.

4.5 Promoure la qualitat assistencial, avaluació i millora contínua en aquest àmbit

4.5.1 Quadre de comandament

Amb l'objectiu de promoure la qualitat assistencial, avaluació i millora contínua és imprescindible **disposar d'una informació i dades agregades de qualitat, provinents de salut i de l'àmbit residencial.**

En aquests moments es disposa **de 44 indicadors agrupats per dimensions** (taula 3). Aquests indicadors s'obtenen de la història clínica d'atenció primària dins de l'àmbit residencial, així com també de l'accés al CMBDs (Conjunt Mínim de Dades) d'hospitals, d'atenció intermèdia, d'urgències i mortalitat.

ACTIVITAT
% de residents visitats en els últims 12 mesos per Infermeria
% de residents visitats en l'últim mes per Infermeria
% de residents visitats presencialment per infermeria en els últims 12 mesos
% de residents visitats en els últims 12 mesos per MFiC
% de residents visitats en l'últim mes per MFiC
% de residents visitats presencialment per MFiC en els últims 12 mesos
DIAGNÒSTIC-DETECCIÓ
% de residents PCC identificats
% de residents MACA identificats
% de residents amb diagnòstic demència
% de residents amb diagnòstic d'incontinència urinària
Prevalença d'UPP
Prevalença d'UPP en pacients amb barthel <= 40
Prevalença de nafres venoses
PRESCRIPCIÓ INADEQUADA
Prescripció d'estatines en MACA
Tractament inadequat amb benzodiazepines per l'insomni en gent gran
FARMÀCIA- Seguretat
% de residents amb polifarmàcia >10 fàrmacs
% de residents amb polifarmàcia >8 fàrmacs
Duplictat d'antidepressius
Duplictat ansiolítics o hipnòtics
AINE en malaltia cardiovascular, renal crònica o insuficiència hepàtica
Prevenió Quaternària- Inadequació de tractament
FARMÀCIA- Eficiència
% de residents diagnosticats de demència en tractament amb IACE o Memantina
Import líquid d'AIU per incontinent
% de l'import líquid d'Absorbents per incontinència urinària(AIU) per residència
Nombre de bolquers per resident incontinent
% de l'import líquid d'AIU supernit per residència
Percentatge de l'import líquid d'apòsits per residència geriàtrica
FARMÀCIA - Exposició

% de residents diagnosticats de demència en tractament amb antipsicòtics >3 mesos
SEGUIMENT
% de residents amb Valoració Geriàtrica Integral en els últims 12 mesos
% de residents amb Barthel realitzat
% de residents amb Pfeiffer realitzat
% de residents amb el registre de caigudes
% de residents amb el test MNA realitzat
TRANSVERSALITAT
% de residents PCC amb PIIC
% de residents PCC amb PIIC amb registre de recomanacions
% de residents PCC amb PIIC amb decisions anticipades
% de residents MACA amb PIIC
% de residents MACA amb PIIC i registre de recomanacions en cas de crisi
% de residents MACA amb PIIC i registre del pla de decisions anticipades
RESULTATS
% de residents amb pèrdua pes > 10% o IMC<18,5 en 6 mesos
% de residents que han patit maltractament en algun moment
Taxa de mortalitat
Taxa de visites d'urgències hospitalàries o PAC o CUAP de pacient de Residència
Taxa d'ingressos hospitalaris per pacient en Residència

Taula 3. Relació d'indicadors del quadre de comandament de residències. Font: UGIS

S'ha elaborat també un **indicador sintètic** en base a la ponderació interna de les diferents dimensions i indicadors relacionats. Aquest es un exercici progressiu en el temps que anirà evolucionant conforme es disposin de nous indicadors que aportin valor. Aquest indicador sintètic, suposa disposar d'un valor relatiu que permet comparar diferents unitats d'anàlisi: ABS (Àrea Bàsica de Salut), AGA (Àrees de Gestió Assistencial) i Regions Sanitàries

Actualment aquest **Quadre de Comandament** està disponible tant en l'àmbit de Salut com del Departament de Drets Socials i en un futur es planteja que cada centre residencial pugui visualitzar els indicadors propis del seu centre comparats amb unitats d'anàlisi d'agregació superior a nivell territorial.

4.5.2 Check-list per a l'avaluació dels elements clau de la integració de l'atenció

El desplegament efectiu de l'atenció integrada social i sanitària en tots els àmbits requereix d'una sèrie d'**elements clau**. Com més elements clau s'incorporin, més gran serà la probabilitat de treballar integradament.

Amb aquest objectiu -com també s'ha realitzat en altre àmbits de l'Atenció Integrada Social i Sanitària (AISS)-, s'ha elaborat un check-list (annex 2) amb aquests elements clau, amb l'objectiu de:

- Valorar el grau d'integració entre els professionals de l'EAP i de la RGG

- Ajudar a crear el full de ruta compartit per tal de poder treballar més integradament / millorar les pràctiques integrades.

4.5.3 Modelització de la integració de l'atenció

S'ha realitzat un mapatge territorial d'identificació de bones pràctiques d'atenció integrada, amb l'objectiu d'incorporar aprenentatges i poder realitzar un procés de modelització. Aquesta identificació s'ha realitzat a partir d'una metodologia mixta quali-quantitativa a partir dels indicadors i el Check-list esmentats en els punts anteriors.

5. Aspectes operatius del desplegament territorial

5.1 Cronograma del desplegament territorial

El desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les persones que viuen a les RGG a Catalunya es realitzarà de forma progressiva **al llarg del proper any 2024**

Aquest **desplegament s'iniciarà** pels EAP que compleixin algun dels següents criteris:

- EAP amb **bones pràctiques d'atenció integrada** amb les RGG, identificades a partir del quadre de comandament i Check-list
- EAP amb **bones dinàmiques de coordinació de l'atenció** amb les RGG identificades a partir del quadre de comandament
- EAP **≤ 100 places residencials** de RGG en la seva zona d'influència
- EAP i RGG amb necessitats assistencials especials

5.2 Què implica i què **NO** implica el desplegament del pla

El desplegament d'aquest pla té una sèrie d'implicacions concretes -que es descriuen a continuació-:

5.2.1 El pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les RGG implica...

... que al llarg del proper any 2024 **caldrà garantir que:**

- Els **metges i les infermeres de l'APIC** assumeixin progressivament les seves funcions de desplegament.
- Els **metges de les RGG que formen part de la XSSAP deixin de regular-se per les hores/ràtios** contractades pel Departament de Drets Socials. Això requereix d'alguns canvis normatius i tindrà implicacions respecte els serveis d'inspeccions, que s'estan treballant.
- **L'import de la contractació de les ràtios de metges de RGG** per part d'aquestes es destini a millorar les condicions de treball dels professionals de les RGG i a la millora de la qualitat del servei en la cura de les persones que hi viuen. Actualment s'està treballant per concretar aquest procés.
- La resta dels **professionals que formen part de l'equip interdisciplinari de les RGG** (infermeres, fisioterapeutes, psicòlegs, treballadores socials, educadores socials, terapeutes ocupacionals i gerocultores), continuïn formant part dels recursos humans de les RGG i **desplegant les funcions d'atenció a les persones que hi viuen**, treballant de manera col·laborativa amb els EAP.

5.2.2 El pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les RGG NO implica:

- NO implica que la RGG, quan hi està obligada per la seva capacitat registral, pugui prescindir de la figura del metge dins el seu personal, fins que s'hagi concretat/enllestit el desplegament de l'APiC a la RGG. Durant el període de desplegament el metge de la RGG pot coexistir amb els metges de l'APiC, amb qui s'hauran de coordinar.
- Tampoc implica que la RGG pugui deixar de tenir en plantilla el nombre d'infermeres requerit en base a la capacitat registral del centre.

Les Regions Sanitàries, les Regions Socials i els RAISS, en el marc de la governança del desplegament, seran els encarregats de fer-ne el seguiment.

5.3 Reforç dels EAP

El desplegament d'aquest pla requereix d'una dotació de professionals suficient dels EAP. Atès que les característiques de les persones institucionalitzades en RGG deriven en unes necessitats assistencials més intenses, el nombre de persones que viuen en una RGG assignades a un mateix professional ha de ser sensiblement inferior al nombre de població assignada que viu a la comunitat, la qual cosa permet dimensionar adequadament els equips, tant a nivell de professionals de medicina com d'infermeria.

Amb l'objectiu de garantir, doncs, una atenció sanitària de qualitat i equitativa a les persones que viuen a les RGG, s'han analitzat les dotacions de personal dels EAP i el número de places i residències del seu àmbit d'influència, per tal d'identificar potencials mancances i establir els reforços necessaris. A les figures 4 i 5 es pot visualitzar la concentració de residents i RGG per EAP respectivament.

Pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les persones que viuen a les residències de gent gran a Catalunya

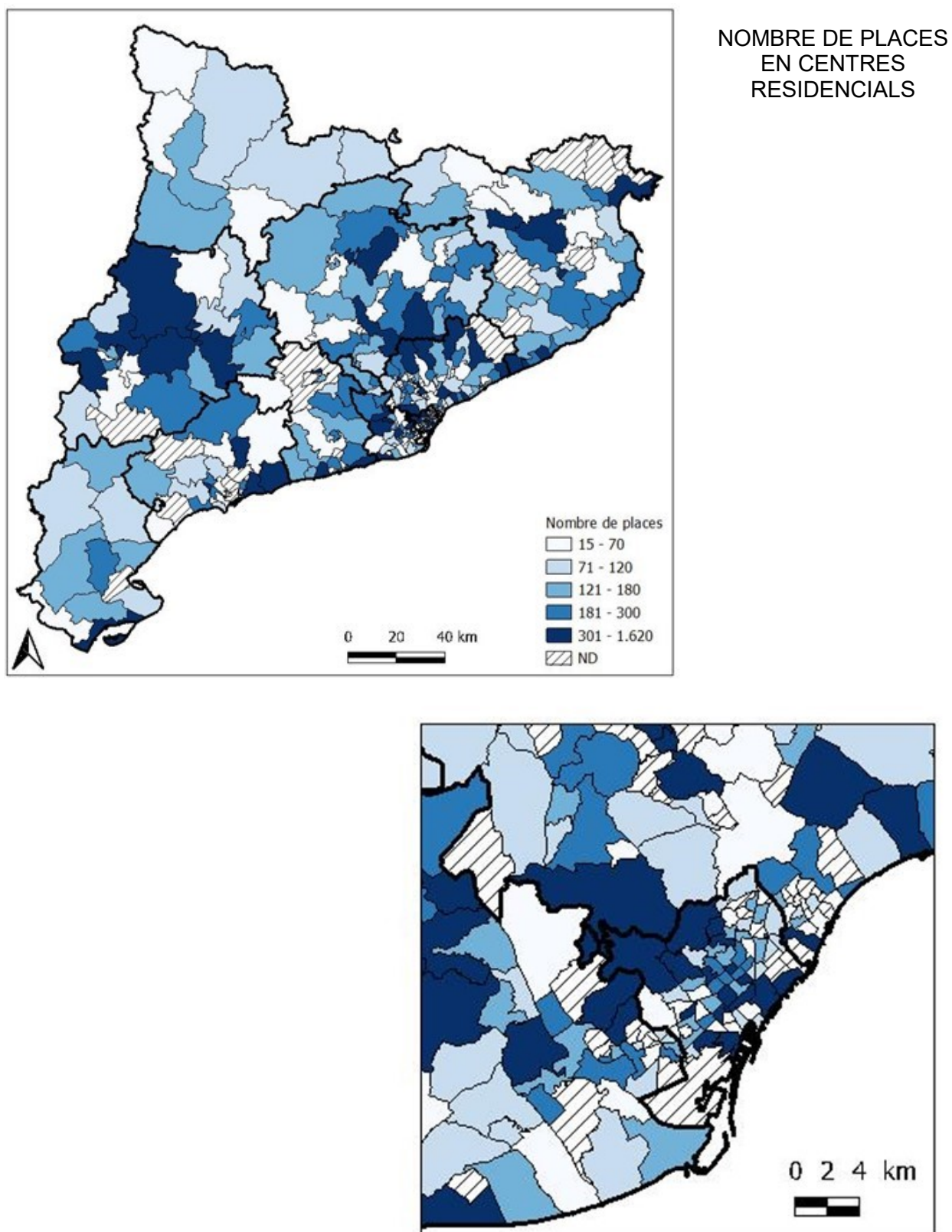


Figura 4. Mapa amb la distribució a Catalunya del nombre de places de RGG per EAP. ND: No disposa de RGG

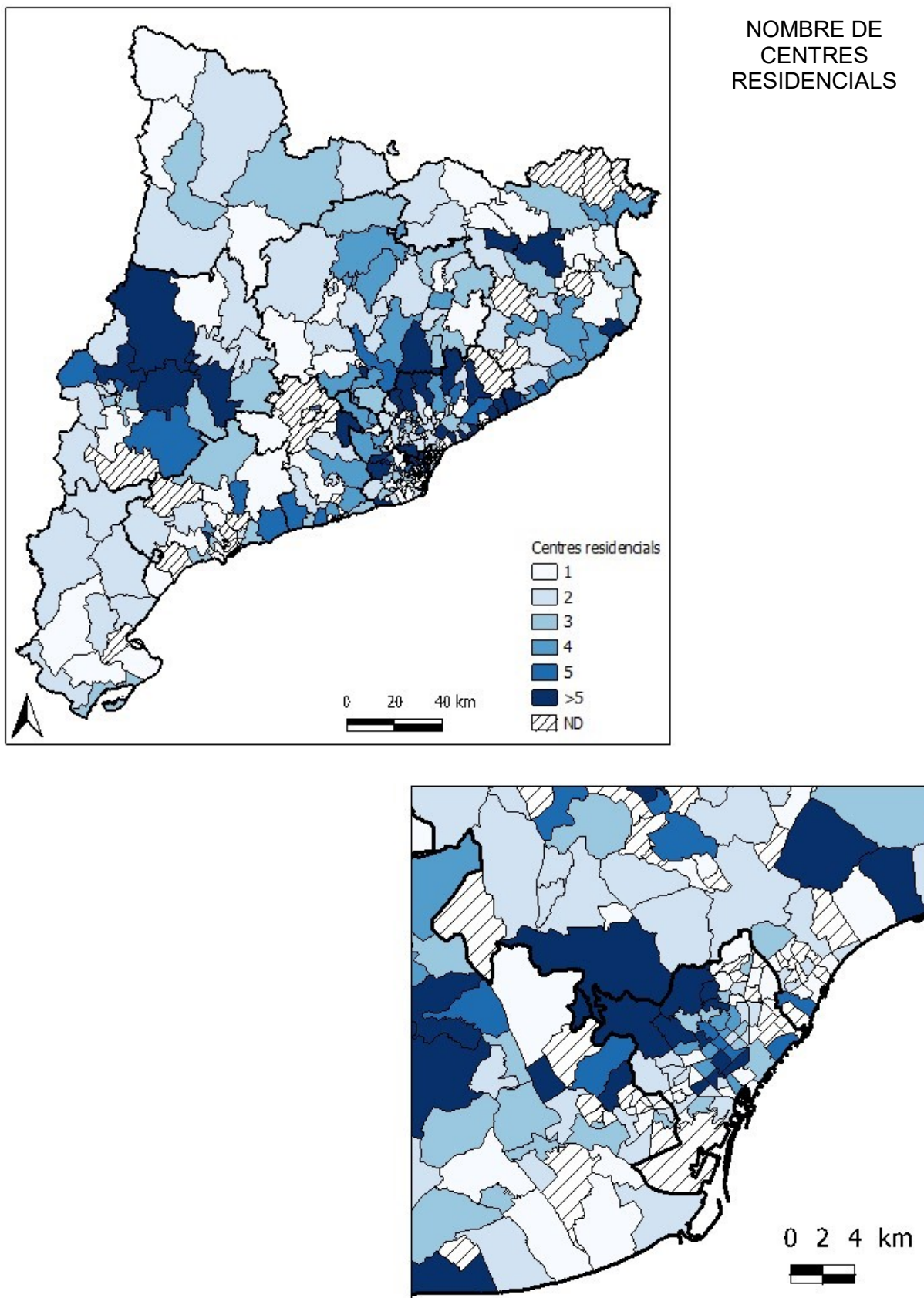


Figura 5. Mapa amb la distribució a Catalunya del nombre de RGG per EAP. ND: No disposa de RGG

En conclusió, dels 317 EAP que tenen alguna RGG en la seva àrea d'influència, un 33% tenen 100 o menys places. Un 62% tenen entre 101 i 500 places i un 5% tenen més de 500 places.

5.4 Avaluació contínua i incentivació de bones pràctiques

Més enllà del reforç dels EAP mencionats al punt previ, es considera necessari **incorporar sistemes d'incentivació de les bones pràctiques**, d'acord amb els resultats obtinguts. En el cas dels EAP, es concretarà amb un acord de gestió durant el 2024, dels objectius de la part variable del contracte programa, en relació als indicadors del quadre de comandament i al desplegament del territorial d'integració de l'atenció de l'atenció / Ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA) 2.0.

6. Beneficis d'aquest pla

El desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les persones que viuen a les RGG ofereix beneficis sobretot per les persones que hi viuen, però també pels professionals que les atenen i per el sistema en general.

6.1 Beneficis per a les persones que viuen a les RGG

Les persones que viuen a les RGG molt sovint presenten altes necessitats d'atenció sanitària. En aquest context, alguns beneficis del desplegament d'aquest pla per aquestes persones són:

- Passar d'una atenció reactiva i fragmentada entre els professionals de les RGG i els professionals del sistema sanitari, a una **resposta integrada, preventiva i proactiva**.
- De tenir diferents valoracions i plans d'atenció, a disposar d'**una valoració única i un pla d'atenció únic** i consensuat (com a síntesi entre el PIAI residències i el PIIC de Salut).
- Oferir, una **atenció equitativa** a nivell territorial, més coordinada i protocol·litzada
- Una millor **distribució del temps de professionals** que permetrà més dedicació i un treball en xarxa més eficient
- Tot això té implicacions respecte la **millora de resultats** en salut, benestar, seguretat i experiència d'atenció i de cures d'aquestes persones.

6.2 Beneficis per als professionals

També els professionals de les RGG, dels EAP i de la resta del sistema de salut també pateixen la fragmentació del sistema i de les dinàmiques poc harmonitzades entre ells. Alguns beneficis del desplegament d'aquest pla per els professionals són:

- **Compartir un model de valoració únic** (amb la utilització de les mateixes eines) i l'elaboració de **plans d'atencions únics**, ha de permetre compartir la visió, els objectius i les pràctiques integrades, disminuint la burocratització i permetent dedicar més temps de qualitat a les persones.
- Aquestes dinàmiques, conjuntament amb la formació conjunta, també **afavoreixen els aprenentatges compartits** de tots els professionals.
- La **resposta territorial harmonitzada i el treball col·laboratiu** afavoreixen les garanties d'atenció 7x24, incrementant tant la seguretat dels residents com dels professionals de les RGG. Compartir la informació i agilitzar els circuits ha d'afavorir també aquesta resposta.
- La distribució de professionals dedicats a atendre les persones que viuen a les RGG ha d'afavorir també la **qualitat de treball i el treball interdisciplinari**.
- Disposar d'un **quadre de comandament específic** de residències, amb indicadors d'interès que permetrà compartir informació i objectius de treball entre professionals dels EAP i de les RGG

6.3 Beneficis per al sistema

El desplegament d'aquest pla també ofereix oportunitats per als sistemes de salut i de drets socials. Alguns dels beneficis esperables són:

- **L'increment de la qualitat assistencial**, d'acord amb criteris d'avaluació, transparència i millora contínua.
- **L'eficiència i la sostenibilitat del sistema**, amb la disminució de la fragmentació i de les ineficiències / duplicitats, així com l'optimització de múltiples processos: harmonització de la prescripció i prestació farmacèutica, de la prevenció i atenció a les crisis, de la prevenció d'ingressos innecessaris, de la personalització de les intervencions,...
- **Increment del prestigi** de l'entorn residencial i de l'APiC.
- Definició de la governança i ordenació de la resposta territorial.

7. Annexos

7.1 Annex 1: Guió/Fitxa per facilitar l'elaboració del document de pràctiques integrades EAP/RGG

Aquesta és una fitxa orientativa que serveix de guia per a l'elaboració compartida del document de pràctiques Integrades entre EAP i RGG.

GUIÓ PER ELABORAR EL DOCUMENT DE PRÀCTIQUES INTEGRADES EAP/RGG	
Aquest és un document orientatiu que serveix de guia per a la recollida de pràctiques integrades entre l'equip d'atenció primària (EAP) i la residència de gent gran que té assignada (RGG).	
1. Dades del centre (RGG)	
Codi RESES del centre	Nom centre (RGG)
Telèfon de contacte	Dades de contacte del Director/a Tècnic/a
	Nom, cognoms i Mail
Dades de contacte RHS	Dades de contacte del Gerent del Centre
Nom, cognoms i Mail	(en el cas que sigui diferent al Director/a del centre)
2. Coordinació amb EAP de referència	
EAP de referència	Nom de l'EAP
Dades de contacte del/s metge/s de referència	Nom, cognoms i Mail
Dades de la infermera de referència	Nom, cognoms i Mail
Dades administratiu/iva de referència	Nom, cognoms i Mail
Centre d'atenció intermèdia de referència	
Hospital d'aguts de referència	
Dades de contacte atenció 7x24	Telèfon, Mail (quan és diferent de l'EAP de referència i fora del seu horari habitual)
Dades de contacte persona referent de Salut Pública i vigilància epidemiològica	Nom, cognoms, Mail i telèfon
3. Coordinació amb referents atenció integrada social i sanitària (RAISS)	

Dades de contacte RAISS de referència	Nom, cognoms, Mail i telèfon
4. Diagnòstic de situació de les pràctiques integrades	
Situació indicadors EAP i RGG. Punt de partida i/o revisió	Valoració i data revisió
Revisió document de maduresa (check-list). Punt de partida i/o revisió	Seguiment grau maduresa (bones pràctiques) i data de revisió
5. Dinàmiques de treball compartit	
<p>Definir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Canals de comunicació ▪ Espais específics de trobada presencial i freqüència ▪ Espais de trobades telemàtiques i freqüència ▪ Circuits de comunicacions i trobades per necessitats sobrevingudes no planificades ▪ Espais d'atenció a les famílies si es dona el cas 	
6. Desplegament i adaptació de la cartera de serveis de l'APIC de forma coordinada amb els processos de la RGG	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartir guies de pràctica clínica. ▪ Compartir protocols d'intervenció i consensuar els circuits i processos adaptats a la realitat de cada territori. ▪ Descriure i establir plans i propostes de formació compartits del personal segons detecció de necessitats formatives per part dels EAP o de la mateixa RGG. ▪ Descriure propostes de sessions informatives a persones usuàries i/o familiars. 	
7. Cronograma de desplegament	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descriure el punt de partida de la relació EAP/RGG. Cal preveure en el cas de metge propi de la RGG com es realitzarà en una primera fase aquesta col·laboració i posterior substitució del metge propi de la RGG al EAP. 	
8. Encaix de la RGG en el desplegament dels plans territorials d'integració de l'atenció/ Ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA) 2.0	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensuar circuits amb Atenció Intermèdia per necessitats de suport i activació per part EAP de PADES, Hospitalització a domicili, ingrés a subaguts. 	

- Definir la resposta 7 x 24 en clau territorial (incloure SEM, cobertura durant les nits i caps de setmana i festius, sobretot si el centre no disposa d'infermera en aquesta franja horària i circuit d'activació de recursos per part de l'EAP.
- Definir pla d'actuació davant la necessitat de suport de la persona usuària en final de vida.
- Consensuar circuits amb Hospital d'aguts de referència que assegurí una bona comunicació i coordinació amb EAP i el centre, prealta i alta.


7.2 Annex 2: Check-list per a l'avaluació del grau d'integració de l'atenció a l'àmbit residencial



El **desplegament efectiu** de les **experiències** d'atenció integrada social i sanitària requereix que aquestes pràctiques integrades EAP/RGG -així com en el territori on es desenvolupen-disposin d'una sèrie d'**elements clau**. Com més elements clau incorpori la pràctica integrada, més madura es podrà considerar aquesta, i més probabilitats hi hauran que siguin efectives.

QUINS SÓN AQUESTS ELEMENTS CLAU?

A continuació es descriuen 28 **elements clau**, així com els **indicadors traçadors** que n'ha de permetre la seva valoració. Alguns d'ells són **transversals (21)** -independentment de l'àmbit del projecte-, mentre que d'altres són **específics per l'atenció integrada a les residències (7)**:

ELEMENT CLAU		INDICADORS TRANSVERSALS
SELECCIÓ I PRIORITZACIÓ DE LES "POBLACIONS D'INTERÈS"	1	La pràctica integrada EAP/RGG està enfocada a una població diana d'especial interès, objecte del model AISS (atenció domiciliària integrada, atenció integrada en l'àmbit residencial o atenció integrada en salut mental)?
	2	S'ha consensuat un sistema d'identificació de les persones corresponents a aquestes poblacions diana (PCC, MACA,...)?
CONJUNT DE COMPONENTS MÍNIMS DE LA VALORACIÓ INTEGRAL	3	S'ha consensuat un model de valoració multidimensional bàsic i únic per a tots els professionals que atenen a les persones que viuen a la RGG?
	4	Es disposa d'una proposta de pla d'atenció únic, amb visió d'Atenció Centrada en la Persona (ACP), que incorpori la presa de decisions compartida entre les persones i els professionals que les atenen?
CREACIÓ I CONFIGURACIÓ d'"EQUIPS DE TREBALL" QUE FACILITIN LES PRÀCTIQUES COL·LABORATIVES	5	El projecte disposa d'un equip impulsor format per líders de l'àmbit de salut i àmbit social per dissenyar i implementar model AISS a la RGG?
	6	Els professionals de l'EAP i de la RGG disposen de temps i espais compartits?
	7	S'utilitza alguna metodologia per a la presa de decisions compartida per aquelles situacions més complexes?
PLA DE FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS	8	S'incorpora alguna activitat formativa relacionada amb el desplegament de l'atenció integrada a les RGG?
PARTICIPACIÓ DE VOLUNTARIAT	9	S'incorpora o s'ha previst la participació estructurada de persones voluntàries en el procés d'atenció?
IDENTIFICACIÓ DE RECURSOS I	10	S'han identificat els recursos assistencials del territori, que són d'especial interès per a l'atenció compartida a les

SERVEIS DEL TERRITORI i MODEL DE PRÀCTIQUES COL-LABORATIVES		persones que viuen a les residències (Atenció intermèdia-incloent PADES i HaD- hospital d'aguts,...)?
	11	S'ha establert una proposta de pràctiques col·laboratives entre aquestes diferents àmbits, en el marc del pla territorial d'integració de l'atenció / Ruta de complexitat (PCC/MACA) 2.0, fent especial èmfasi en les transicions entre àmbits assistencials ?
	12	La pràctica integrada EAP/RGG incorpora el model de PREALT electrònic ?
SISTEMA DE RESPOSTA AMB GARANTIES 7 X 24	13	S'ha consensuat una resposta amb garanties 7 x 24 sanitària per persones ateses en AISS amb capacitat de resposta i planificació atenció proactiva nits, caps de setmana i festius?
ARTICULACIÓ DE LA GOVERNANÇA	14	La pràctica integrada EAP/RGG està compartida amb el Comitè Operatiu, dins del marc d'una governança territorial
QUADRE COMANDAMENT DEL PROJECTE I AVALUACIÓ	15	Es disposa d'un quadre de Comandament amb indicadors i una proposta de resultats esperats en base a aquests indicadors?
	16	Es disposa d'una avaluació en els últims 12 mesos d'acord amb el quadre de comandament ?



ELEMENT CLAU

INDICADORS ESPECÍFICS DE L'ÀMBIT RESIDENCIAL

COMPARTICIÓ D'INFORMACIÓ	17	La pràctica integrada EAP/RGG contempla la incorporació d' adhesió ECAP i es fa un ús d'aquest habitual per part equip àmbit residencial?
GESTIÓ DE L'ATENCIÓ	18	Existeix un treball col·laboratiu entre professionals d'APS (infermeres d'APS, metges,...) i els professionals de l'àmbit residencial en l' atenció directa a les persones?
DISPONIBILITAT D'UN DOCUMENT DE PRÀCTIQUES INTEGRADES EAP/RGG	19	Es disposa d'un document de pràctiques integrades RGG/EAP (Annex 1)?
APODERAMENT I SUPORT A LES PERSONES I ALS SEUS FAMILIARS	20	S'inclou alguna activitat de formativa, d'apoderament a les persones -almenys d'aquelles sense deteriorament cognitiu-, ja sigui a nivell grupal o individual?
	21	Es disposa d'alguna activitat formativa grupal per a familiars de residents?
SUPORT A L'INGRÉS RESIDENCIAL	22	Es disposa d'un treball de suport i acompanyament conjunt , previ a l'ingrés de la persona a la Residència?
	23	Existeix un treball conjunt en relació a les transicions de la persona des de la comunitat a la RGG?

7.3 Annex 3: Quadre de recomanacions per al desplegament de les Governances

NIVELL DE GOVERNANÇA	MACRO	MESO		MICRO
DENOMINACIÓ	COMITÈ DE DIRECCIÓ	COMITÈ REGIONAL	COMITÈ OPERATIU	EQUIP DE COORDINACIÓ ASSISTENCIAL
ÀMBIT ACTUACIÓ	A nivell departamental / futura Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària	La unitat territorial funcional bàsica serà la regió sanitària (RS).	Sectors sanitaris (i/o territoris naturals)	Entre cada EAP (i/o equivalent) i el conjunt de les RGG que té assignades.
LÒGICA D'ACTUACIÓ	Definició de l'estratègia global del desplegament	Gestió / prioritització de recursos i seguiment de resultats.	Desplegament territorial efectiu del model i seguiment de resultats.	Coordinació entre els EAP i les RGG per al desplegament territorial efectiu del model i seguiment de resultats.
OBJECTIUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realitzar la planificació estratègica i operativa a nivell macro del pla de desplegament, que es materialitzarà en els Plans funcionals per a l'operativa territorial del desplegament del model ▪ Monitoritzar el desplegament i facilitar les eines 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificació dels diferents escenaris d'atenció sanitària per RS i les necessitats de cobertura de professionals. ▪ Seguiment del procés de desplegament ▪ Manteniment actualitzat el cens de les RGG i seguiment dels indicadors del quadre de comandament. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificació dels diferents escenaris d'atenció sanitària per sector i les necessitats de cobertura de professionals. ▪ Seguiment del procés de desplegament ▪ Promoure el desplegament de la ruta de complexitat 2.0 (PCC/MACA) ▪ Identificació d'àrees de millora en els circuits territorials entre EAP i RGG. Això inclou els 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensuar el document de pràctiques integrades EAP/RGG ▪ Informar sobre els canvis rellevants de professionals implicats. ▪ Comunicació / compartició d'objectius i informació (rutes assistencials, guies de pràctica clínica, protocols, etc... incloent les mesures preventives) ▪ Identificació d'àrees de millora en els circuits

NIVELL DE GOVERNANÇA	MACRO	MESO		MICRO
	<p>oportunes als territoris per facilitar-lo</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaluar el desplegament i realitzar propostes de millora 	<ul style="list-style-type: none"> Impulsar projectes de millora d'àmbit territorial. Abordatge de les incidències que sorgeixin. 	<p>circuits d'atenció d'urgències (7x24) en horaris d'obertura fora dels CAP.</p> <ul style="list-style-type: none"> Manteniment actualitzat el cens de les RGG i seguiment dels indicadors del quadre de comandament Impulsar projectes de millora d'àmbit territorial. Abordatge de les incidències que sorgeixin. 	<p>territorials entre EAP i RGG. Això inclou: circuits de derivació a altres dispositius assistencials, alternatives a l'hospitalització convencional,...</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar/ compartir els casos d'abordatge complex Seguiment dels indicadors Proposar projectes de millora d'atenció integrada en l'àmbit residencial Abordatge de les incidències que sorgeixin.
COMPOSICIÓ SUGGERDA	<ul style="list-style-type: none"> Representant/s de la Direcció General de Planificació i Recerca del Departament de Salut Representant/s de la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Drets Socials 	<ul style="list-style-type: none"> Gerent /directors de Sector CatSalut Director Serveis Territorials o coordinador àmbit social Referents d'Atenció Integrada Social i Sanitària (RAISS)* 	<ul style="list-style-type: none"> Directors de Sector CatSalut Director Serveis Territorials o coordinador àmbit social RAISS* Salut pública Directors de DAP/SAP o similar. Directors d'altres actors territorials que es considerin importants pel 	<ul style="list-style-type: none"> Persones referents dels EAP (infermera gestora /referent de RGG i almenys un dels metges). La infermera gestora/referent és la responsable de promoure aquestes reunions. Responsables de les RGG Altres actors territorials

NIVELL DE GOVERNANÇA	MACRO	MESO		MICRO
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Representant/s de l Servei Català de la Salut ▪ Representants d'Atenció Integrada Social i Sanitària (AISS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerents de proveïdors d'APiC, Directors de DAP/SAP o similar. ▪ Salut pública ▪ Equip motor de l'AISS (ocasionalment, segons necessitat de suport) 	<p>desplegament (Representants de Residències, Atenció intermèdia, SEM,...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7-8 professionals* de perfil predominantment tècnic/ assistencial, pertanyents als equips de coordinació assistencial* ▪ A valorar incloure representants de la ciutadania 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RAISS (ocasionalment, segons necessitat de suport)

* La figura del **Referent d'atenció integrada social i sanitària (RAISS)** exerceix el paper de lideratge i coordinació del desplegament a cada Regió Sanitària. Les seves funcions en aquest context són:

- Comunicar el pla de desplegament als professionals implicats de la Regió Sanitària.
- Planificar les accions oportunes per dur-lo a terme: reunions, sessions de treball, etc.
- Preparar i dinamitzar les reunions de treball a partir de la informació sobre indicadors de la regió sanitària.
- Elaborar plans de millora en base a la informació recollida.
- Compartir informació rellevant amb el nivell macro i el nivell micro
- Responsabilitzar-se del Pla Funcional de cada RG i mantenir-lo actualitzat