

Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

Elements claus de futur per al canvi de model



Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

Elements clau de futur per al canvi de model

Alguns drets reservats

© 2023, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No Comercial-Sense Obres Derivades 4.0 Internacional.

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

Unitat promotora:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

1a. edició:

Barcelona, març de 2023.

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

Pla editorial 2023:

Núm. de registre 3423

Direcció:

- Sebastià J Santaeugènia. Director del Pla director sociosanitari. Direcció General de Planificació. Departament de Salut.
- Eva M Melendo. Pla director sociosanitari. Direcció General de Planificació. Departament de Salut.
- Sònia Mariscal. Pla director sociosanitari. Direcció General de Planificació. Departament de Salut.
- Jordi Roca – President del Consell Assessor del Pla director sociosanitari. Consorci Hospitalari de Vic.

Han participat en la revisió d'aquest document:

- Direcció estratègica d'atenció primària i comunitària.
- Direcció estratègica d'atenció integrada social i sanitària.
- Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Unió Catalana d'Hospitals.
- Associació Catalana d'Entitats de Salut.
- Institut Català de la Salut.
- Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia.
- Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives.

Índex

1. Introducció.....	6
1.1 Punt de partida.....	6
1.2 El model assistencial d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada del s. XXI...	6
2. Elements clau de futur per al canvi de model.....	8
2.1 Reorganitzar l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a Catalunya.....	9
2.2 Creació dels serveis o unitats funcionals territorials de geriatria i/o cures pal·liatives.....	12
2.2.1 Principis generals i elements comuns de tots els serveis territorials o unitats funcionals de geriatria i/o cures pal·liatives de Catalunya	16
2.2.2 Especificitats territorials a tenir en compte en la creació dels serveis territorials de geriatria i/o cures pal·liatives	22
2.3 De l'atenció sociosanitària a l'atenció intermèdia	24
2.3.1 Concepte d'atenció intermèdia.....	24
2.3.2 Elements clau del model assistencial de l'atenció intermèdia.....	26
2.3.2.1 Reordenació dels recursos d'atenció intermèdia a Catalunya	27
2.3.2.2 Reordenació de fluxos territorials cap a l'atenció intermèdia.....	29
2.3.2.3 Nova cartera de serveis de l'atenció intermèdia	32
2.4 Transició cap a un únic àmbit d'hospitalització.....	34
2.4.1 Justificació de la transició cap a un únic àmbit d'hospitalització	34
2.4.2 De l'àmbit sociosanitari a l'àmbit d'hospitalització amb cartera de serveis d'atenció intermèdia.....	36
2.5 Millorar l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada en hospital d'aguts.....	38
2.6 Participació en el redisseny de l'atenció de llarga durada a Catalunya	41
2.6.1 Antecedents: el paper del Pla Director Sociosanitari en el sector d'atenció de llarga durada a Catalunya.....	41
2.6.2 El futur del sector d'atenció de llarga durada a Catalunya.....	42
2.6.3 El rol de les unitats funcionals territorials especialitzades de geriatria i cures pal·liatives en l'atenció de llarga durada.....	43
2.6.3.1 Reordenació inicial de la xarxa d'unitats de llarga estada sociosanitària cap a centres d'atenció de llarga durada	43
2.6.3.2 El rol de les unitats funcionals territorials de geriatria i cures pal·liatives especialitzada en l'atenció domiciliària i residencial	44
2.7 Redefinició dels dispositius d'atenció geriàtrica i/o pal·liativa especialitzada....	45
3. Bibliografia.....	56

1. Introducció

1.1 Punt de partida

Ara fa una trentena d'anys es van esdevenir dos fets extraordinaris que tenien com a objectiu millorar l'atenció a les “persones grans malaltes, malalts crònics i persones en situació terminal”: per una banda, el llavors Departament de Sanitat i Seguretat Social va impulsar el **programa Vida als anys** i desenvolupar l'**àmbit sociosanitari**; paral·lelament, va crear els primers **serveis de geriatria i serveis de cures pal·liatives**.

Des d'aleshores, la implementació de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a Catalunya ha estat especialment exitosa: en primer lloc, en el procés de reconversió d'alguns centres hospitalaris en centres sociosanitaris i, posteriorment, en la creació de nous dispositius o centres en resposta a la demanda creixent. Aquesta **xarxa sociosanitària** ha romàs un àmbit clarament diferenciat de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària d'aguts, fet que ha ajudat a desenvolupar un model d'atenció específic, diferenciat de l'hospital d'aguts i alineat amb les necessitats o prioritats dictades pel Departament de Salut a través del Pla director sociosanitari.

1.2 El model assistencial d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada del segle XXI.

Trenta anys després, doncs, ha arribat el moment de fer un **pas endavant**. Tant el nivell de maduresa de l'àmbit sociosanitari a Catalunya, com les característiques de les persones ateses pels serveis de geriatria i de cures pal·liatives, així com l'actualització de l'activitat que ofereixen els diferents dispositius geriàtrics i pal·liatius especialitzats i l'exigent adaptació als estàndards assistencials, impliquen una reflexió sobre cap on han d'evolucionar. S'imposa, doncs, la necessitat d'una **reflexió** (i replantejament, si escau) d'aquest àmbit d'atenció; i en coherència, una reformulació de la nomenclatura utilitzada fins a aquest moment, tant en relació als centres, com les unitats i els serveis¹⁻⁵. També les necessitats d'atenció a les persones de perfil geriàtric, fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) i amb necessitats pal·liatives en l'àmbit de l'atenció primària i en l'àmbit hospitalari, fan igualment necessari un plantejament de futur en el que es reforci la coordinació amb aquests àmbits de treball, a fi de donar una millor resposta a aquesta realitat.

Aquest replantejament ha d'estar orientat a donar resposta fonamentalment a **dos reptes**:

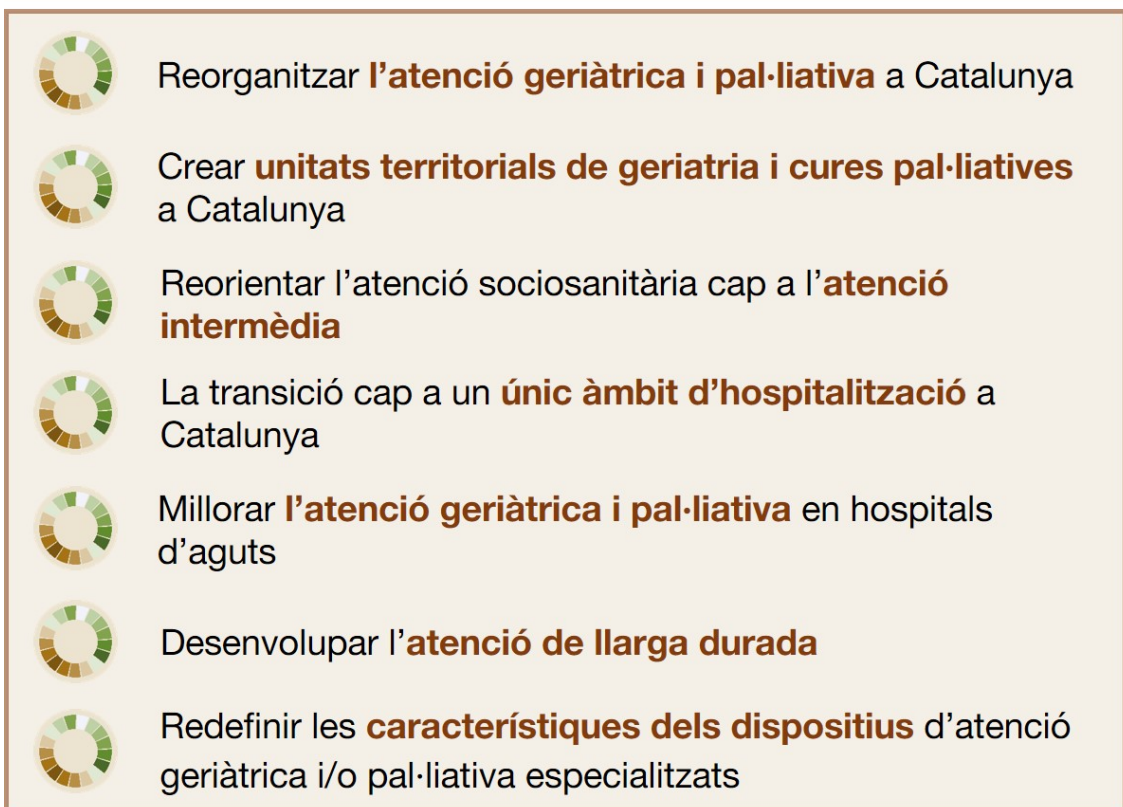
- **Quantitatiu:** l'increment de la demanda d'atenció a les persones grans en l'entorn hospitalari d'aguts i, de retruc, sobre la utilització dels recursos socio-sanitaris en segona instància. Això contrasta sovint amb l'accessibilitat a la demanda des de l'atenció primària de salut, molt heterogènia, que podria evitar en ocasions el pas per l'hospital en poblacions seleccionades.
- **Qualitatiu:** la necessitat que tenen les persones grans i/o amb necessitats pal·liatives de rebre una atenció diferenciada, d'acord amb les bones pràctiques i l'evidència disponible de l'atenció geriàtrica i pal·liativa. Això requereix també el reforçament del model d'atenció geriàtrica integral i integrat arreu del sistema sanitari.

2. Elements clau de futur per al canvi de model

D'acord amb l'establert al documents Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada, a l'hora de traslladar-ho a l'operativa territorial és necessari tenir clar quins són els elements clau per poder portar a terme la transformació de l'atenció sociosanitària actual. Així, aquest document fa èmfasi en **set elements clau** que tot proveïdor i territori ha de portar a terme per garantir una transformació harmònica i adaptada a la realitat territorial diversa de Catalunya. Aquestes propostes clau són:

Figura 1. Elements clau de futur per al canvi de model d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

7 ELEMENTS CLAU



2.1 Reorganitzar l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a Catalunya

Tal com recullen els documents dels plans estratègics de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada, en aquests pròxims anys l'atenció dels equips especialitzats ha de donar resposta als punts següents:

- **Orientació a la població que més es pugui beneficiar de la intervenció per part d'aquests equips.** Tot i que potencialment totes les persones grans, fràgils i/o amb patologies cròniques avançades es poden beneficiar dels recursos geriàtrics i pal·liatius especialitzats, cal focalitzar-se sobretot en:
 - ✓ **Persones grans i/o fràgils susceptibles de recuperar capacitat funcional (especialment durant i després d'una crisi o agudització d'una malaltia crònica)** a través del suport i de la rehabilitació proveïdes pels equips especialitzats, ja sigui en modalitats d'internament o a domicili, donant suport a l'AP.
 - ✓ **Persones amb síndromes geriàtriques de difícil maneig per part dels seus professionals de referència habituals**, i que requereixen la intervenció de suport de l'atenció geriàtrica especialitzada (ja sigui en hospital d'aguts o a domicili).
 - ✓ Persones amb **perfil de cronicitat complexa (PCC/MACA)** que acudeixen a urgències hospitalàries, ingressen en un hospital d'aguts o necessiten una intervenció que permeti l'alta precoç per evitar estades innecessàries, que els causarien danys derivats de l'hospitalització (vegeu **Prevenició de complicacions associades a l'hospitalització de la gent gran**).
 - ✓ Persones **MACA o en situació de final de vida**, amb necessitat de suport per al control de símptomes o altres situacions de complexitat en l'atenció, que requereixin intervenció de l'atenció pal·liativa especialitzada, ja sigui en l'entorn hospitalari d'aguts o donant suport a l'APiC.
- **Accessibilitat:** és convenient establir temps mínims d'accés als diferents recursos, especialment per a aquells que tenen com a objectiu donar resposta a una situació de crisi en l'entorn domiciliari / residencial.

- **Ubicació al recurs adequat** d'acord amb els objectius, necessitats de la persona i característiques del recurs, amb la finalitat que cada persona rebi l'atenció més adequada en el moment, el lloc i pels professionals més idonis.⁶
- **Model d'atenció individualitzat.** Aquest model d'atenció és el que **ha fet singular l'àmbit sociosanitari al llarg dels darrers 35 anys i, per tant, és l'element cabdal a mantenir i potenciar de cara al futur.** El model d'atenció individualitzat requereix un diagnòstic situacional acurat (en base a la valoració geriàtrica integral (VGI) / valoració multidimensional) i un pla d'atenció individualitzat. Aquest pla ha d'incloure tant els objectius assistencials generals –que han de ser acordats amb la persona i/o el seu entorn cuidador– com els específics –d'acord amb la llista de problemes i necessitats detectades des d'una perspectiva integral i interdisciplinària–.⁷⁻⁹
 - ✓ Les valoracions i el pla d'atenció que es facin per un dels equips especialitzats seran assumides per la resta de serveis d'AI/del servei territorial de geriatria i/o cures pal·liatives.
 - ✓ Cal revisar el pla d'atenció regularment d'acord amb l'evolució de la persona.
 - ✓ En el cas de les persones de perfil PCC o MACA no identificades prèviament, els equips poden suggerir-ne la identificació als equips d'atenció primària a través dels sistemes d'informació. De la mateixa manera, poden realitzar propostes relacionades amb el pla d'atenció i/o liderar o participar en dinàmiques per al consens interprofessional de plans d'atenció (utilitzant, per exemple, metodologies com la conferència de cas).
 - ✓ En el cas d'atenció domiciliària, en el pla cal incloure-hi recomanacions relacionades amb l'evitació de riscos (aspectes relacionats amb l'adherència als medicaments, alimentació insuficient o risc de caigudes, incorporant el rol dels familiars i/o l'entorn cuidador); també es recomana fomentar mesures relacionades amb l'empoderament i l'autocura.
- **Interdisciplinarietat:** els equips d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada han d'estar formats per professionals de diferents disciplines en nombre suficient i amb competències avançades per poder fer una VGI/valoració multidimensional i aplicar el pla d'atenció individualitzat d'acord amb els objectius i característiques del recurs i les necessitats de la persona.

- **Avaluació de resultats:** partint dels principis de l'atenció centrada en la persona (ACP),¹⁰ cal incorporar progressivament mètriques des de la perspectiva quàdruple AIM¹¹(resultats d'eficiència, de millora de la salut i benestar, i d'experiència de la persona i dels professionals), idealment centrats en els “resultats que importen a les persones (*PROMs* i *PREMs*).¹² Aquests resultats han de permetre tant monitoritzar els resultats individuals de l'atenció a cada persona com avaluar globalment els equips, serveis i dispositius.
- **Planificació precoç de l'alta i gestió de les transicions.** Una situació paradigmàtica d'interacció entre diferents àmbits assistencials –i especialment sensible– són les transicions de les persones entre diferents equips. La planificació precoç i progressiva de l'alta, incorporant-hi tant els professionals de l'equip, la mateixa persona i la seva família i –si escau– interlocutors d'altres àmbits assistencials, és un element clau per garantir una bona transició al domicili.
- **Pràctiques col·laboratives i integració de l'atenció:** és imprescindible entendre el paper dels equips d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada des d'una perspectiva sistèmica i territorial. En aquest sentit, el rol dels serveis o unitats funcionals territorials de geriatria i/o cures pal·liatives han de tenir un paper fonamental en les dinàmiques territorials d'integració de l'atenció, tant vertical com horitzontal.

Per tal de garantir una equitat territorial d'accés i homogeneïtat del model de treball, basat en els elements anteriorment esmentats, l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada es desplega de forma transversal en el sistema sanitari. Això estableix una cartera específica per a l'hospital d'aguts i un canvi en el model d'atenció socio sanitària cap a l'atenció intermèdia, amb intervencions basades en llits o amb assistència domiciliària.

2.2 Creació de les unitats funcionals territorials de geriatria i/o cures pal·liatives

La visió estratègica sobre el sistema de salut i sobre l'orientació dels serveis amb una perspectiva de futur marquen una sèrie d'escenaris a tenir en compte en la planificació de com ha de ser la provisió de serveis al col·lectiu de persones grans amb cronicitat complexa i en situació de final de vida.

El marc de referència ha de tenir en compte els aspectes següents:

- ✓ **Cal un procés d'adaptació a les necessitats actuals de la població:** estem davant de l'eclosió epidemiològica d'un grup de persones grans amb multimorbiditat – moltes de les quals, amb malalties i condicions cròniques avançades– i necessitats d'atenció complexes. Al llarg dels pròxims anys, aquest fet suposarà un dels reptes més importants per als sistemes de salut: tant per a les organitzacions i les polítiques sanitàries i socials –que hauran de fer front al desafiament de la complexitat derivada de la dificultat per donar resposta a les necessitats assistencials i els costos d'atenció que d'això es deriven–, com també per als professionals de la salut, que hauran d'excel·lir en l'abordatge de la complexitat derivada de la dificultat en la presa de decisions amb aquestes persones. Per altra banda, aquesta realitat pot esdevenir també una oportunitat de millora per als sistemes socials i sanitaris, que, necessàriament, s'hauran de vertebrar per aportar pràctiques de valor compartides enfocades a garantir una autèntica atenció integrada i centrada en la persona.
- ✓ **Davant d'aquesta problemàtica, la resposta ha de ser l'atenció integrada,** tal com recullen el Pla de salut de Catalunya i el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Per avançar en l'atenció integrada es necessita començar seleccionant una població per a la qual es té preparat un conjunt d'intervencions que aconseguiran resultats que són importants per al territori i en el marc temporal en què les volem assolir.
- ✓ En concret, ens referim a les persones amb necessitats complexes d'atenció de salut, que sovint tenen múltiples condicions cròniques de salut física o de comportament, juntament amb limitacions funcionals i necessitats socials insatisfetes. Sabem que quan aquestes necessitats no s'aborden, aquest grup de població és més

propens a incórrer i mantenir una alta despesa en atenció sanitària. Com a resultat, un petit percentatge de pacients sovint absorbeix un gran percentatge de la despesa en atenció sanitària (high needs/high cost).

Fins ara, el nivell d'integració del sector sanitari per atendre aquesta població ha estat bàsicament a nivell micro, amb el desplegament de les rutes d'atenció a la complexitat i de diferents formes i models de coordinació assistencial. Cal **avançar a un nivell d'integració meso per a aquesta població amb necessitats complexes i alts costos**, per a la qual hi ha evidència de bons resultats (disminució de l'ingrés hospitalari, millora funcional i de qualitat de vida i alt nivell de satisfacció). **Si a més es donen les condicions addicionals com ara una xarxa organitzada de proveïdors i un paraigües organitzacional, permet avançar en la integració clínica i de serveis, a més de disposar d'incentius financers que la promoguin.**

La integració clínica i de serveis té per finalitat:

- I. Millorar els resultats assistencials compartint el model d'atenció i implicant els professionals, ja que "elimina" la discontinuïtat entre els pacients a la comunitat i els hospitalitzats i evita/simplifica els processos/estructures de coordinació i transició. Promou el sentiment de pertinença i responsabilitat amb resultats de territori.
- II. Implementar sistemes de treball i pràctiques col·laboratives de xarxes, afavorint el reconeixement recíproc dels àmbits d'acció.
- III. Millorar l'experiència dels pacients i cuidadors.
- IV. Millorar l'eficiència global de territori.
- V. Potenciar la línia de coneixement –innovació, docència i recerca– i el desenvolupament de les persones (competències de coneixement i actitudinals).
- VI. Poder assajar nous models de provisió en grups poblacionals.

Amb la **integració clínica en forma de serveis o unitats funcionals territorials** es pretén, doncs, integrar el procés assistencial de manera que hi hagi un procés homogeni per atendre aquesta població. Com és conegut, es pot distingir entre integració horitzontal i vertical.

- ✓ La integració horitzontal es produeix quan **dues o més organitzacions o serveis que presten atenció en un nivell similar s'integren d'alguna manera**. La fórmula pot ser diferent segons els

territoris, des d'un servei territorial de geriatria que agrupa els diferents dispositius/recursos específics per a l'atenció d'atenció especialitzada/específica a les persones grans i aquelles amb malalties cròniques avançades o bé a través d'aliances estratègiques entre proveïdors amb una direcció clínica reconeguda.

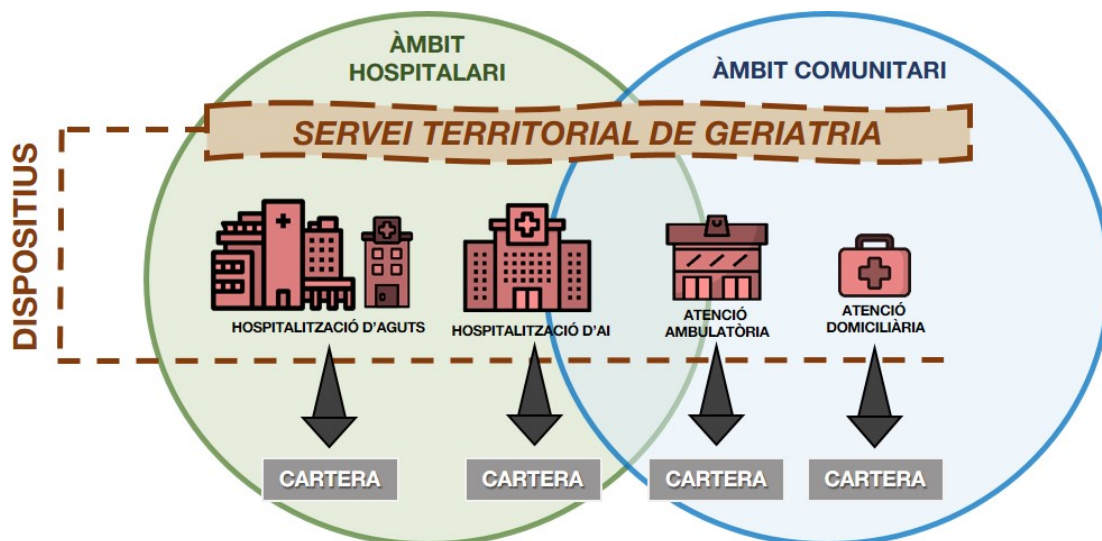
- ✓ La integració vertical es produeix quan **dues o més organitzacions o serveis que presten atenció en diferents nivells treballen de forma integrada per a aquest col·lectiu de pacients** en un mateix territori o població a atendre.

Es poden començar a fer determinades intervencions en un territori o entre territoris, per avançar en aquesta línia, i més en territoris amb poblacions limitades, avançant cap a un model organitzatiu en xarxa que, sens dubte, aporta molt valor al sistema i que pot estructurar-se en xarxes formals o aliances i altres formes virtuals d'integració amb la creació d'unitats territorials funcionals amb una direcció única, que permet avançar en la integració vertical en un territori i, si és el cas, també en l'horitzontal.

Si els antecedents de col·laboració entre institucions sanitàries que ja tenen convenis de col·laboració establerts i exemples de compartir serveis i professionals generen un context idoni, poden plantejar-se avançar cap a la creació d'un servei territorial de geriatria i/o cures pal·liatives que integri els dispositius/recursos d'atenció geriàtrica i/o pal·liativa especialitzada d'un territori.

Les unitats territorials de geriatria i/o cures pal·liatives (UTG/CP), doncs, són les organitzacions **responsables de la cartera de serveis i dispositius/recursos d'atenció geriàtrica i/o pal·liativa especialitzada d'un territori**: això inclou tant l'atenció especialitzada de geriatria i/o cures pal·liatives d'aguts, com els recursos d'atenció intermèdia –ja siguin d'internament o ambulatoris/domiciliaris– com l'atenció als centres d'atenció de llarga durada que hi hagi en un mateix territori (figura 9).

Figura 2. Unitat funcional territorial de geriatria



Font: elaboració pròpia

Un dels principals objectius de la creació d'aquestes UTG/CP és homogeneïtzar l'atenció especialitzada a escala territorial, vetllant per l'**equitat i qualitat de l'atenció en tots els recursos o dispositius existents en un mateix territori de gestió.**



Aquestes UTG/CP– i els dispositius on presten atenció a les persones– ocupen un **lloc de frontissa** entre l'atenció hospitalària i comunitària– des de la perspectiva d'integració de l'atenció primària i comunitària– i entre l'atenció sanitària i la social– des d'una perspectiva d'integració horitzontal– (figura 1).

Finalment, cal tenir en compte algunes **especificitats**:

- Depenent del context territorial, la UTG/CP pot comptar amb **diferents dispositius o recursos**. Si bé no a tots els territoris hi ha d'haver els mateixos dispositius, a tots els territoris hi ha d'haver els recursos especialitzats geriàtrics i pal·liatius necessaris per garantir una atenció de qualitat a la població diana establerta i definida en el document del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada.
- Depenent de les característiques de cada territori, cal plantejar la creació de serveis territorials específics de **geriatria**, de serveis específics de **cures pal·liatives**, o bé serveis de **geriatria i cures pal·liatives**.
- Aquests serveis territorials poden implicar (o no) més d'un **proveïdor**, depenent sobretot de l'organització prèvia dels dispositius i serveis de geriatria i/o cures pal·liatives en aquell territori.

2.2.1 Principis generals i elements comuns de tots els serveis territorials o unitats funcionals de geriatria i/o cures pal·liatives de Catalunya

Més enllà de les especificitats territorials, les UTG/CP de Catalunya han de compartir una sèrie de **principis generals**, que estan estretament relacionats entre si i que tenen com a objectiu tant garantir la qualitat assistencial com l'equitat interterritorial. Aquests principis són:

- **Expertesa**
- **Modelització:** model d'atenció i model assistencial
- **Territorialitat:** pràctiques col·laboratives i atenció integrada
- **Proactivitat:** promoció d'intervencions precoces i mirada comunitària
- **Sistematització:** definició de criteris i nivells d'intervenció
- **Flexibilitat:** adaptació a les necessitats de les persones
- **Cobertura:** atenció planificada, continuada i urgent

• **Expertesa**

Les UTG/CP s'han de distingir pel valor que aporten en l'atenció a les persones de perfil geriàtric i/o amb necessitats pal·liatives. Això requereix disposar de professionals experts a cada un dels recursos assistencials, d'acord amb els estàndards assistencials establerts en el document específic pertinent.

• **Modelització**

La modelització té com a objectiu facilitar, de forma equitativa i universal, la narrativa, l'evidència i les eines necessàries a tots les UTG/CP. Això implica tant el model d'atenció com el model assistencial:

Model d'atenció, entès com a proposta estructurada d'atenció amb un enfocament centrat en la persona des d'una perspectiva multidimensional (**valoració geriàtrica integral / valoració multidimensional i de necessitats**), que ha de ser l'eix vertebrador sobre el qual han de pivotar les respostes assistencials.

Les organitzacions, equips i professionals de les UTG/CP comparteixen un model d'atenció similar, basat en la valoració multidimensional, la personalització del pla d'atenció i el treball interdisciplinari.



Cal, doncs, que els serveis territorials respectius incorporin i s'alineïn amb les directrius sobre el model d'atenció desenvolupades tant en el document de Pla estratègic d'atenció geriàtrica especialitzada i d'atenció pal·liativa especialitzada com el document transversal per a tot el sistema de salut **Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA).**

Model assistencial, en referència a la proposta estratègica, operativa i de prestació de serveis que han de donar una resposta estructurada a les persones, en base al model d'atenció consensuat. Això requereix de:

- **Professionals** experts i de **treball interdisciplinari**
- **Dispositius específics**, amb una definició clara de rols, competències i responsabilitats (veg. l'apartat 2.5). Aquests dispositius han de ser organitzativament flexibles i adaptables, donades les necessitats dinàmiques de la persona i les diferents especificitats territorials entre els diversos sectors sanitaris a Catalunya.
- Desenvolupament de **pràctiques col·laboratives / integrades territorials** entre aquests i altres professionals i dispositius, per tal de garantir una resposta integral i integrada, especialment per a aquelles persones amb necessitats complexes d'atenció (PCC) i/o amb cronicitat avançada (MACA). Amb lideratge del Servei Català de la Salut, i de la mà de les UTG/CP i de la resta d'actors territorials, cada sector sanitari ha d'establir formalment aquests sistemes de cooperació.

Aquest model assistencial hauria de garantir, doncs, que les persones de perfil geriàtric i/o amb necessitats pal·liatives poguessin ser ateses en el moment adequat, al lloc adequat i per part de l'equip idoni.

- **Territorialitat: pràctiques col·laboratives i integració de l'atenció**

Les UTG/CP han de combinar mesures d'implementació territorial dels serveis específics amb l'establiment de mesures de millora de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de suport a la resta de proveïdors / serveis / equips / professionals (atenció primària, hospitals d'aguts, serveis d'urgències, altres serveis socials i sociosanitaris comunitaris

com les residències i els centres socio-sanitaris de llarga estada...). Aquest **treball col·laboratiu** ha de contribuir a millorar l'atenció a les persones de perfil geriàtric, amb necessitats complexes d'atenció i malalties cròniques avançades/necessitats pal·liatives, treballant de forma territorial conjunta els criteris d'intervenció dels nivells, sistemes d'atenció continuada i urgent, i coordinació i accions integrades.

Els **objectius** són:

- Garantir que les estructures d'internament d'atenció intermèdia siguin accessibles no només als hospitals d'aguts, sinó també a l'atenció primària de salut.
- Millorar l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada als hospitals d'aguts, tant desenvolupant equips i estructures d'atenció especialitzada geriàtrica i/o pal·liativa, com col·laborant amb la resta de serveis que atenen persones de perfil geriàtric i/o amb necessitats pal·liatives.
- Co-liderar les iniciatives territorials d'implementació de propostes d'atenció integrada per a grups poblacionals diana (persones grans fràgils, PCC, MACA...), per exemple: rutes de complexitat, demència...



Alguns indicadors que podrien ajudar a monitoritzar l'assoliment d'aquests objectius són:

- La prevalença de malalts amb necessitats complexes (PCC), amb malalties avançades o terminals (MACA i V66.7), fràgils, i/o proporció quantitativa.
 - La disponibilitat de recursos (oferta) d'atenció intermèdia i hospitalària d'aguts i la seva ràtio poblacional conforme a les recomanacions establertes pel Pla director socio-sanitari.
 - Les característiques geogràfiques i de tipus poblacional del sector per al qual han de ser referents.
 - El nombre d'STG/CP disponibles al sector territorial de treball (en un sector sanitari es pot establir més d'un STG/CP).
- **Proactivitat: promoció d'intervencions precoces i mirada comunitària**

Un dels àmbits de millora del model socio-sanitari tradicional a Catalunya és la intervenció tardana (ja sigui en context de situacions de fragilitat o

de malaltia avançada), dicotòmica (compleix el criteri o no, ja sigui clínic o de contractació, etc.) i rígida (molt influenciada pels objectius del contracte-programa). Aquest fet s'explica en bona mesura per la relació passiva de l'àmbit sociosanitari respecte dels altres àmbits, esdevenint moltes vegades un mer receptor de sol·licituds d'ingrés (essencialment enfocat a facilitar la gestió del recurs d'altres àmbits). Per altra banda, el paper dels equips de suport d'atenció pal·liativa especialitzada ha viscut una realitat molt diversa—des de suport puntual a substitució de la tasca dels equips d'atenció primària— en una relació territorial de treball poc integrada i molt poc equitativa.



Un dels objectius de la creació de les UTG/CP és induir lideratges territorials col·laboratius i integrats, fomentant respostes més precoces, flexibles i compartides amb els serveis no específics dels diferents àmbits assistencials. Aquestes respostes s'han d'orientar a les necessitats de les persones, on aquestes puguin ser ateses en el moment adequat, per part dels equips adequats i al lloc adequat – fet que implica el desenvolupament de recursos *bed-based i home based*

Els requisits per poder dur-ho a terme són: l'actitud cooperativa, el respecte entre els serveis i professionals, la flexibilització de l'oferta d'intervencions i dispositius, la promoció de l'accessibilitat mitjançant la capacitat d'indicació de recursos de tot tipus de professionals, especialment infermeres, la protocol·lització de situacions paradigmàtiques, i la visió centrada en les necessitats de pacients i famílies.

- **Sistematització: definició de criteris i nivells d'intervenció**

Per garantir l'adequació en l'ús de recursos, resulta indispensable definir clarament els **criteris d'intervenció** (tals com protocols, rutes...) i els **mecanismes d'accessibilitat** (informació sobre els serveis) des dels diferents nivells o àmbits, establint alguns paràmetres operatius de la interrelació entre equips. Per exemple:

- Identificant i protocol·litzant les situacions tipus
- Protocol·litzant les intervencions, els rols i les responsabilitats dels equips
- Distingint entre avaluació i seguiment dels equips específics
- Establint mecanismes concrets de coordinació entre ells

- Definir clarament la resposta a situacions de necessitats i demanda d'atenció continuada i urgent, especialment en caps de setmana i fora de l'horari convencional



Cal, doncs, poder desenvolupar, en el marc del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada, una proposta de nivells o tipus d'intervenció per part dels equips específics depenent dels objectius assistencials i la complexitat clínica, i associats a les activitats i la intensitat de la intervenció.

- **Flexibilitat: adaptació a les necessitats de les persones**

La definició de criteris d'intervenció no hauria d'implicar decisions rígides; simplement, han de servir de guia per orientar els equips especialitzats d'atenció geriàtrica i/o de cures pal·liatives a aquelles poblacions que més se'n puguin beneficiar i on puguin **aportar més valor**.

És més: partint d'aquesta necessària definició de criteris, cal **promoure la flexibilitat dels equips** (garantint-ne també l'adequada dotació de professionals), per tal que puguin donar resposta a les necessitats dinàmiques de les persones – sovint molt condicionades per descompensacions—.



La flexibilització de l'accés als equips especialitzats de geriatria i/o cures pal·liatives pot requerir moltes de les accions següents:

- Potenciar l'actitud cooperativa amb altres serveis i àmbits assistencials
- Consensuar i protocol·litzar situacions que requereixin intervencions d'equips específics
- Establir mecanismes flexibles de generació de demanda d'intervenció:
 - Des de qualsevol professional, especialment per part del personal d'infermeria
 - Facilitar informació i accés a malalts i familiars
- Promoure les funcions del personal d'infermeria gestora de cas / de pràctica avançada
- Promoure espais de treball compartits: impuls de sessions específiques de discussió sobre malalts, utilització de metodologia de conferència de cas per a la discussió de les situacions de més complexitat, activitats formatives conjuntes...

- Implementar dispositius que afavoreixin la intervenció precoç i flexible: consultes externes, hospitals de dia...
- Fomentar la presència de professionals de cures pal·liatives en àrees d'elevada prevalença (hospitals de dia, comitès d'oncologia...)

- **Cobertura: atenció planificada, continuada i urgent**

L'avaluació qualitativa del PDSS va identificar l'atenció continuada i urgent com un dels aspectes més rellevants a millorar del sistema d'atenció socio sanitària de Catalunya.⁷² Hi ha evidència clara que els malalts tributaris d'atenció per part de les UTG/CP territorials tenen una alta demanda sanitària i social i utilitzen sovint els serveis d'urgències amb elevades freqüències en absència d'un sistema de suport continuat, més encara coneixent l'efectivitat i l'eficiència dels sistemes d'atenció continuada i urgent.

La proporció d'atenció programada vs. urgent i l'ús apropiat de serveis urgents és un dels indicadors quali-quantitatius més rellevants per mesurar l'accessibilitat i eficiència dels sistemes d'atenció geriàtrica i de cures pal·liatives, especialment comparats amb sistemes convencionals.⁷³



Es proposa, per tant, que les UTG/CP promoguin un replantejament progressiu de l'atenció continuada i urgent a tots els àmbits del sistema assistencial des d'una perspectiva sistèmica / territorial, i enfocada a les persones a qui puguin aportar més valor.

A **escala comunitària**, l'objectiu no ha de ser crear una nova xarxa d'atenció urgent a partir de les UTG/CP, sinó establir de forma col·laborativa (especialment amb l'atenció primària de salut) un sistema de resposta ràpida urgent que permeti donar territorialment resposta 7x24 a les necessitats d'aquelles persones que es puguin beneficiar de la intervenció d'equips especialitzats de geriatría i/o cures pal·liatives – especialment de perfil PCC i MACA–. En aquest sentit, pot ser d'utilitat treballar territorialment amb l'atenció continuada domiciliària de l'atenció primària per establir mecanismes de suport a la presa de decisions, ingressos urgents 7x24 en dispositius d'internament i de consultoria especialitzada (ja sigui de forma presencial o no).

Als **hospitals d'aguts**, les UTG/CP haurien de dissenyar un pla d'atenció 7x24 intrahospitalari específic – com la resta de serveis mèdics o quirúrgics–, amb especial atenció a les persones ingressades al seu

càrrec (**veg. el document específic d'estàndards de qualitat de la UTG/CP**). Això implica treballar dos aspectes on encara hi ha marge de millora:

- La intervenció proactiva en l'àmbit d'urgències hospitalàries (ja sigui per part de la UFISS—com a equip funcional de suport— o per part d'equips específics d'atenció directa)
- La detecció de persones grans i amb malalties cròniques avançades tributàries d'estratègies d'alta precoç a hospitals d'atenció intermèdia o a equips de suport domiciliari, evitant temps de demores innecessàries de resposta de les UTG/CP)

Finalment, la UTG/CP té la responsabilitat de l'atenció 7x24 de les persones ingressades als **hospitals d'atenció intermèdia**. En aquest sector, es constata encara una alta heterogeneïtat de resposta i d'intensitat en l'atenció (passant de centres sense presència mèdica 7x24 o plantilles molt reduïdes en caps de setmana o torns de nit) que dificulta donar una resposta d'intensitat adequada a les necessitats de les persones i encara més especialment, en el nou rol proposat per a l'atenció intermèdia—.

2.2.2 Especificitats territorials a tenir en compte en la creació dels serveis territorials de geriatría i/o cures pal·liatives

La realitat territorial de Catalunya és **heterogènia** i, evidentment, el desenvolupament de les UTG/CP s'ha d'adaptar tant a les característiques demogràfiques i geogràfiques, com a les dinàmiques i aliances prèvies de cada zona.

A cada territori, esdevé fonamental identificar necessitats (tipologies de malalts i de complexitat), combinar els recursos específics, les mesures en serveis convencionals, i també les mesures de coordinació, mecanismes de cooperació i atenció continuada i integrada, que, en conjunt, donen resposta a les necessitats de les persones i el seu entorn cuidador, i que facilitin disposar de professionals ben formats i amb experiència adequada a tot el territori per ajudar a implementar una atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada, de qualitat i equitativa.

L'any 2008 es van establir criteris de planificació de l'àmbit sociosanitari (veg. la taula 3) en el document **Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública**, que van estar vigents fins fa ben pocs anys. De manera progressiva, aquests criteris

han anat evolucionat cap a unes demandes poblacionals més exigents associades al progressiu envelliment de la població catalana. És necessari, doncs, que des del Departament de Salut es faci una nova actualització dels criteris de cara als pròxims anys, quan encara aquest envelliment serà més notable, d'acord amb els escenaris internacionals, i amb l'ajuda de la millor evidència científica, i que seran abordats en el nou mapa sanitari.

Taula 1. Criteris de planificació de recursos socio-sanitaris recollits al mapa sanitari de 2008

Unitat	Ratis o criteri poblacional	
	Mapa sanitari 2008	Planificació 2022
Mitjana estada	Subaguts. Línia assistencial que no existia al mapa sanitari el 2008	1,3-1,4 altes per 1000 habitants
	Convalescència 1,8 llits per 1.000 habitants > 64 anys	2,5-3 llits per 1.000 habitants > 64 anys
	Cures pal·liatives 8-10 llits per 10.000 habitants	
	Unitats polivalents 2,3 llits per 1.000 habitants > 64 anys	3,2 llits per 1.000 habitants > 64 anys
Llarga estada	5 llits per 1.000 habitants > 64 anys	3-2,5 llits per 1.000 habitants > 64 anys
Hospital de dia	1,5 places per 1.000 habitants > 64 anys	
CEI	Almenys 1 Consulta Externa Interdisciplinari per GTS	
PADES	1 equip per a cada 100.000 habitants	
ESH	1 Equip de Suport Hospitalari per a cada hospital d'aguts com a mínim	



Així, doncs, cal establir nous criteris de planificació poblacional de recursos i recomanacions específiques per a la planificació equitativa territorial (per exemple, associada al tipus de territori o a la disponibilitat de recursos d'aguts, entre d'altres) de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a Catalunya per als pròxims anys.

2.3 De l'atenció sociosanitària a l'atenció intermèdia

La tercera proposta estratègica és el pas de l'atenció sociosanitària clàssica a l'**atenció intermèdia (AI)**, entesa com la sèrie de serveis integrats –que inclouen la major part dels serveis o recursos sociosanitaris actuals– i que tenen com a **objectius**:

1. promoure la ràpida recuperació després d'una malaltia;
2. prevenir ingressos innecessaris a l'hospital d'aguts o estades inadequades;
3. evitar ingressos prematurs en un recurs d'atenció de llarga durada o institucionalització de la persona;
4. prestació suport a l'alta d'un hospital;
5. maximitzar les capacitats funcional i intrínseca de les persones o la qualitat de vida i el control simptomàtic; i
6. intervenir limitadament en el temps (oscil·len des de dies fins a sis setmanes de mitjana)³⁰

A.P. social i sanitària	A. intermèdia	H. aguts
-------------------------	---------------	----------

L'AI estarà integrada en l'**àmbit d'atenció hospitalària** (veg. l'apartat 2.6), i l'organització assistencial recau en els **serveis territorials de geriatria i/o cures pal·liatives**, segons el territori (veg. l'apartat 2.7). L'atenció per part dels equips d'aquest servei es pot prestar en un **recurs hospitalari** o en l'**àmbit comunitari** (present apartat) per un període limitat de temps.

2.3.1 Concepte d'atenció intermèdia

Malgrat que anteriorment ja s'havia utilitzat de manera menys precisa, el concepte **Intermediate Care** va ser desenvolupat l'any 2001 pel Departament de Salut del Regne Unit (National Health Service), que el va implementar al Regne Unit a través del National Service Framework for Older People.³¹ Amb el concepte d'*Intermediate Care* es volia desplegar un ventall de recursos entre l'hospital i el domicili per ajudar la persona a recuperar la seva independència de la forma més ràpida possible, proporcionant una transició més segura i evitant l'admissió innecessària en residències i consegüentment alliberar llits en hospitals d'aguts de persones que ja no es beneficien d'aquest recurs (els anomenats *Bed Blockers*).³² L'atenció intermèdia britànica **inclou recursos**

d'internament, ambulatoris, domiciliaris i equips de resposta ràpida davant les crisis.³³ L'atenció intermèdia ha sortit del sistema nacional de salut britànic: a Nova Zelanda ha mostrat un alt impacte amb una disminució de més del 30% de mortalitat i institucionalització (respecte a l'atenció habitual).³⁴ Com a exemple d'entorn proper on s'ha produït un procés similar tenim França, on, inclús prèviament a l'experiència britànica, ja es va iniciar un procés de transformació de les unitats de *Convalescence* en unitats de *Moyen Séjour Gériatriques*, unitats de *Reeducation Fonctionnel* o, darrerament, *Unités Soins de Suite et de Réadaptation*.

Després de quinze anys de funcionament, hi ha diferents experiències d'**avaluació** en aquest àmbit: Hutchinson *et al.*³⁵, l'any 2011, desenvolupà una primera prova pilot per a la posterior auditoria del sistema d'atenció intermèdia britànic. Aquesta prova va mostrar que el model havia tingut un ràpid creixement i tenia un paper important en la provisió del sistema de salut del NHS, constatant que era apropiat per al 87% dels pacients remesos. Anualment es fa una avaluació i *benchmarking* de l'atenció intermèdia entre centres al Regne Unit. En l'auditoria de 2018³⁶ destaca que:

- És un **sistema heterogeni**: la implicació de diferents proveïdors del NHS no dona lloc a un model únic d'atenció intermèdia, fet que pot restar força als resultats obtinguts.
- Els **resultats** suggereixen, en general, satisfacció dels usuaris i resultats clínics positius.
- Un sistema cada vegada **més integrat**: la planificació de la provisió del servei (entre el govern local i el departament de salut) es realitza en el 90% dels participants de l'auditoria.
- La provisió de serveis és de forma **multi-proveïdor**: constitueix un repte poder garantir la qualitat de tots i cadascun dels serveis, i planteja també un risc la fragmentació d'aquests i l'aplicabilitat de les rutes dissenyades.
- Es detecta encara un cert **retard en l'accessibilitat** dels hospitals d'aguts als serveis d'atenció intermèdia. Cal desenvolupar vincles més estrets entre ambdues estructures de forma bidireccional, que facilitin la comunicació entre tots dos.

Més enllà dels resultats en salut (reducció d'ingressos hospitalaris inadequats, estalvi econòmic...) s'objectivà que l'experiència de les cures que percep el pacient –un terme que va molt més enllà de la pròpia satisfacció del pacient– és favorable per a més del 95% dels usuaris.

En la mateixa línia, a Catalunya, l'AQuAS ha promogut de forma conjunta amb el CatSalut i el PDSS la **Central de resultats** de l'àmbit sociosanitari a mode de *benchmarking* entre centres sociosanitaris, que permeten comparar certs resultats del nostre model al del model d'atenció intermèdia britànic.

2.3.2 Elements clau del model assistencial de l'atenció intermèdia

Els recursos d'AI han d'incorporar els elements clau del model assistencial de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada (veg. el document Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa de Catalunya). Per això requereix una reorganització dels recursos i dels fluxos territorials i el desenvolupament d'una cartera específica, com es veurà en els apartats següents.

Taula 2. Elements diferenciadors del sistema sociosanitari i el d'atenció intermèdia

Sociosanitari	Atenció intermèdia
Atenció fragmentada	Atenció integrada i compartida
Recursos basat en llit d'hospitalització majoritàriament	Intervenció flexible amb increment d'intervenció ambulatoria i domiciliària
Centres facilitadors d'alta precoç del hospitals d'aguts com a principal activitat	Increment de l'evitació d'ingressos innecessaris i d'aproximació a la comunitat potenciant els recursos ambulatoris i de suport
Gestió de fluxos passiva	Gestió de fluxos activa sobre població complexa
Resultats més centrats en els recurs i el centre	Resultats més centrat en la població i el territori
Cartera de serveis genèrica i amplia	Cartera de serveis més específica a determinada població diana
Actuació reactiva	Referents territorials i gestió de la xarxa
Xarxa de proveïdors molt heterogènia amb poca relació. Alguns amb més basats en l'atenció de necessitats socials	Proveïdors amb cultura de xarxa territorial i gestió professional

2.3.2.1 Reordenació dels recursos d'atenció intermèdia a Catalunya

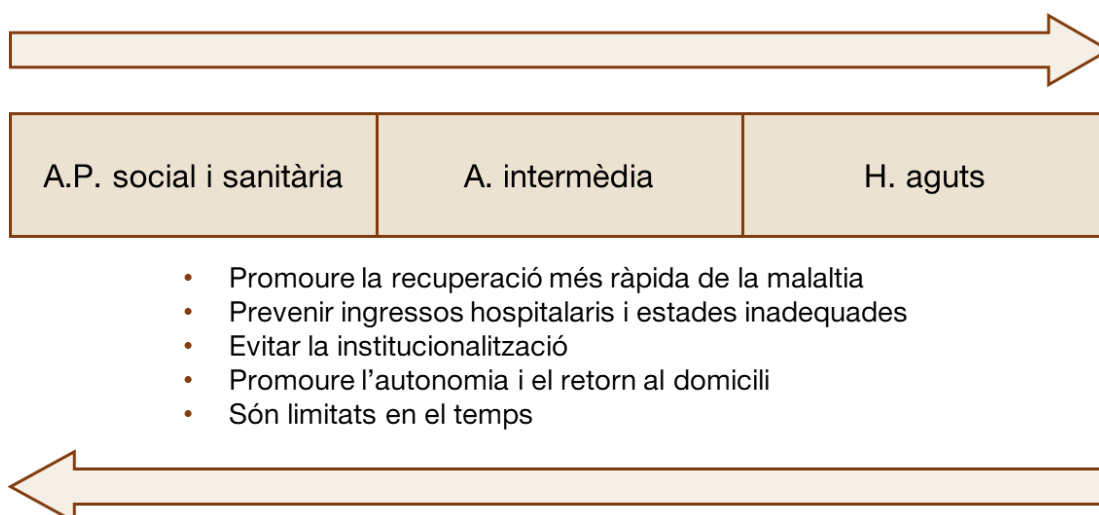


Cal que el sector / àmbit sociosanitari evolucioni cap al nou paradigma de l'atenció intermèdia, definit per un ventall de serveis integrats que tenen per objectiu promoure una recuperació més ràpida de la malaltia i maximitzar l'autonomia i/o el benestar i qualitat de vida de les persones ateses, prevenir-ne l'ingrés innecessari a l'hospital d'aguts (estratègia d'evitació d'ingrés) o facilitar-ne l'alta hospitalària (estratègia d'alta precoç) i evitar l'internament prematur de llarga durada.

Aquests serveis integrats tenen, doncs, alguns elements en comú (**figura 2**):

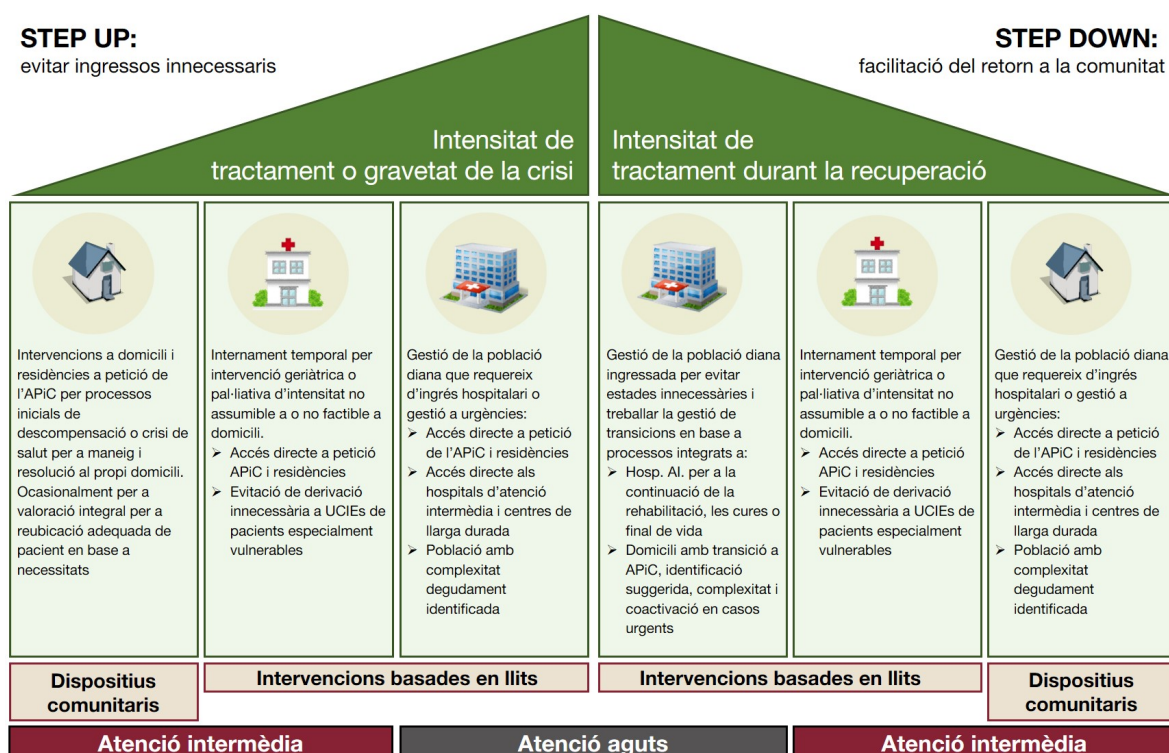
- Estan adreçats a persones que, d'una altra manera, haurien d'afrontar innecessàriament estades hospitalàries prolongades o un ingrés inadequat a l'atenció hospitalària aguda i de llarg termini.
- Es proporcionen sobre la base d'una avaluació exhaustiva, la qual té com a resultat un pla individual d'atenció estructurat que consisteix en una teràpia activa, el tractament o l'oportunitat per a la recuperació.
- Tenen un resultat planificat de maximitzar l'autonomia i el benestar, en general, o en cas de malalties cròniques avançades, una atenció pal·liativa que millori la qualitat de vida, el confort i el control simptomàtic de la malaltia, que permeti que els pacients i usuaris de serveis reprenguin l'estada a casa

Figura 3. Conceptualització de l'atenció intermèdia.



Aquests serveis o prestacions d'atenció intermèdia es poden oferir com a intervencions en un entorn d'**internament** o en un entorn **domiciliari**, a mode de resposta piramidal on la intensitat d'atenció i complexitat de maneig (en funció dels recursos disponibles i les característiques del territori) estableix on pot ser millor atesa una persona gran amb necessitats d'atenció geriàtrica i/o pal·liativa especialitzada (**figura 3**).

Figura 4. Reordenació dels fluxos de pacients basats en el paper de l'atenció intermèdia a territori



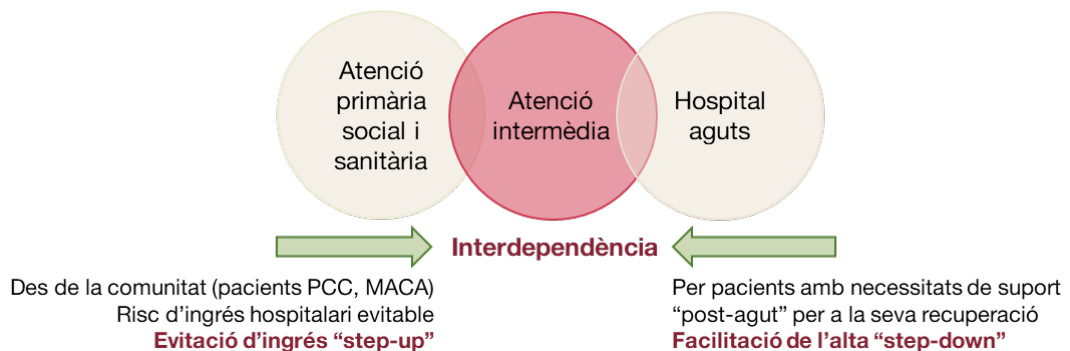
Donada la tendència progressiva a fer de l'entorn domiciliari el centre de gravetat de l'atenció a les persones -especialment d'aquelles més fràgils-, els serveis de geriatría i/o cures pal·liatives han de tenir un rol rellevant en la **transformació cap a un model d'atenció més comunitari**:

- en forma de suport a l'APiC en el propi domicili (incloent residències)
- treballant-hi territorialment de forma col·laborativa per al suport mitjançant CEI i hospital de dia en els processos diagnòstics multidisciplinaris a les persones que ho necessitin, i
- en la reordenació de fluxos cap a l'internament en AI de persones grans fràgils, en situació de complexitat o de malaltia avançada que no puguin ser gestionades en l'entorn habitual propi.

2.3.2.2 Reordenació de fluxos territorials cap a l'atenció intermèdia

L'AI té un paper clau territorial interdependent de l'acció de l'atenció hospitalària d'aguts i de l'APIC. En aquest sentit, les dues estratègies en què es basa l'AI (STEP-Up i STEP-Down) requereixen el treball d'atenció integrada (vertical i horitzontal) amb visió poblacional i territorial.

Figura 5. La relació de l'atenció intermèdia i els dos àmbits assistencials



En aquest sentit, apuntem una sèrie d'elements imprescindibles per desenvolupar de forma conjunta:

Elements comuns necessaris per a la gestió de fluxos STEP-UP i STEP-DOWN

- Sistemes d'informació comuns: és necessari que el flux de peticions als centres sigui a través dels sistemes informatitzats (ex. IS3) que garanteixi la major transparència, permeti objectivar l'accessibilitat i les demandes territorials d'ingrés a la totalitat de la xarxa, i tenir periòdicament un mapa de disponibilitat de llits lliures.
- Transicions excel·lents: donada la fragilitat de les persones sol·licitants de l'atenció intermèdia, les transicions han de tornar-se un element clau tan important com l'atenció durant l'ingrés i és cabdal que el sistema nou de prealta dissenyat des de la Direcció Estratègica d'AP del Departament de Salut estigui implementat de forma ràpida en la totalitat de centres.

- Treball col·laboratiu al voltant de població diana conjunta amb APiC: tal com s'ha definit en el punt clau número 1 d'aquest document, una gran part de la població diana que es beneficia de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada és aquella amb necessitats complexes (PCC i MACA), la identificació de la qual, d'acord amb el document **Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)**, està liderada per l'AP. Al llarg de l'any, moltes de les persones ingressades als centres d'atenció intermèdia compleixen criteris d'identificació com a persones amb necessitats complexes i per això **la identificació suggerida de persones amb complexitat** ha de poder estar disponible en la totalitat de dispositius d'AI de Catalunya per poder donar resposta integrada a les seves necessitats i millorar el treball col·laboratiu i l'accessibilitat d'aquests pacients des de l'APiC.

Fluxos territorials STEP-UP prioritaris per desenvolupar amb APiC:

- Sistemes d'informació comuns dels equips de suport domiciliari amb APiC: els equips PADES han de poder desenvolupar la seva tasca de suport a l'APiC de la forma més eficient possible. En aquest sentit, és clau poder emprar el mateix sistema d'informació, tot desenvolupant un registre específic que doni resposta a les necessitats assistencials d'aquests equips per poder integrar els fluxos de treball amb APiC i facilitar un treball col·laboratiu comú que eviti duplicitats innecessàries en el registre d'informació de la situació de la persona i el seu entorn a la història clínica.
- **Encàrrecs territorials clars als hospitals d'AI:** aquests dispositius han de tenir una responsabilitat clara de cobertura territorial. Per això és necessari que tot equip d'APiC i hospital d'aguts sàpiguen quin es el seu HAI de referència. A la vegada, els HAI han de treballar amb visió més orientada a resultats poblacionals del territori assignat, i no només amb visió centrada en resultats de les seves unitats. Aquest encàrrec territorial facilita desenvolupar treballs integrats de fluxos territorials i treballs conjunts al voltant de l'atenció a les persones de la població diana de forma conjunta amb APiC i AH.

- **Desenvolupament de processos integrats (*integrated care pathways*) o rutes d'atenció a la complexitat des del lideratge de l'APiC**, on els HAI es comprometen a donar suport en situació de crisi ja sigui a nivell domiciliari (PADES o HaD) o mitjançant l'accessibilitat directa a les unitats d'internament d'AI (veg. la cartera) a petició d'aquesta, prioritàriament des dels serveis d'urgències d'APiC (CUAPS o PACS) i en persones conegudes amb PIICS treballats de forma conjunta entre AI i APS a través de les gestores de cas (incloent-hi les persones que viuen en centres residencials).
- **Desenvolupar l'hospital de dia d'AI com a eina de proximitat**: per a l'atenció proactiva a demanda d'APiC, a l'inici de la descompensació de persones amb necessitats complexes que requereixen atenció interdisciplinària ràpida i proves complementàries bàsiques en clau territorial. Els HAI han de treballar amb APiC, criteris, programes i circuits de derivació ràpida per donar suport a la decisió i intervenció amb persones especialment vulnerables, facilitant espais alternatius a les urgències convencionals per a la valoració integral de necessitats i l'establiment de plans conjunts d'atenció.
- **Millorar l'accessibilitat a les CEI dels HAI a APiC**: les CE dels hospitals d'AI han de ser accessibles a l'APiC per a aquesta població diana. Cal el treball proactiu en clau territorial de processos especialment rellevants, com l'atenció al deteriorament cognitiu (veg. PLADEMCAT), l'avaluació geriàtrica integral, l'atenció a la fragilitat i l'atenció al final de vida.

Fluxos territorials STEP-Down prioritaris per desenvolupar amb APiC:

- **Reorientació dels equips de suport hospitalaris (antigues UFISS)**: això obliga a treballar de forma territorial amb els hospitals d'aguts els processos integrats d'alta precoç dels problemes més prevalents amb demanda d'atenció postaguda (processos orto-geriàtrics, neurorehabilitadors, medicoquirúrgics i pal·liatius). Els hospitals d'aguts han de tenir clars els seus hospitals d'atenció intermèdia referents territorials, tot garantint una atenció de màxima resolució propera al domicili de la persona. Aquesta tasca, una vegada definida en el territori, es pot vehicular a través de les gestores de cas o d'enllaç dels centres hospitalaris d'aguts.

- **Activació conjunta APiC-AI en situacions de resposta ràpida:** la derivació des d'hospitals d'aguts a dispositius d'AI d'atenció domiciliària (PADES i HaD) només estarà justificada en els casos de persones en els últims dies de vida en que calgui una ràpida intervenció. Aquesta haurà d'anar sempre vinculada, a la coactivació de l'equip d'APiC. (casos d'HaD i final de vida en els últims dies o hores). En cas de previsió d'atenció no urgent, cal fer la comunicació a l'APiC que valorarà si cal una intervenció de suport per part de l'AI.
- **Transicions amb prealt des de l'AI:** els pacients donats d'alta de les unitats de subaguts dels hospitals d'AI sempre han d'anar acompanyats de l'avís de prealt a APS 24-48 h prèvies a l'alta per tal de garantir una transició al més segura possible entre àmbits. En el cas de pacients d'unitats de postaguts (recuperació funcional o cures), el prealt a APS s'ha de poder gestionar en funció de les necessitats d'atenció de la persona, tot garantint la millor transició possible.

2.3.2.3 Nova cartera de serveis de l'atenció intermèdia

La definició i l'abast de la nova cartera de serveis s'aborda en un document específic. Més enllà de la mateixa definició de la cartera, hi ha tres aspectes rellevants lligats a la definició del nou model que ha de complir la nova cartera:

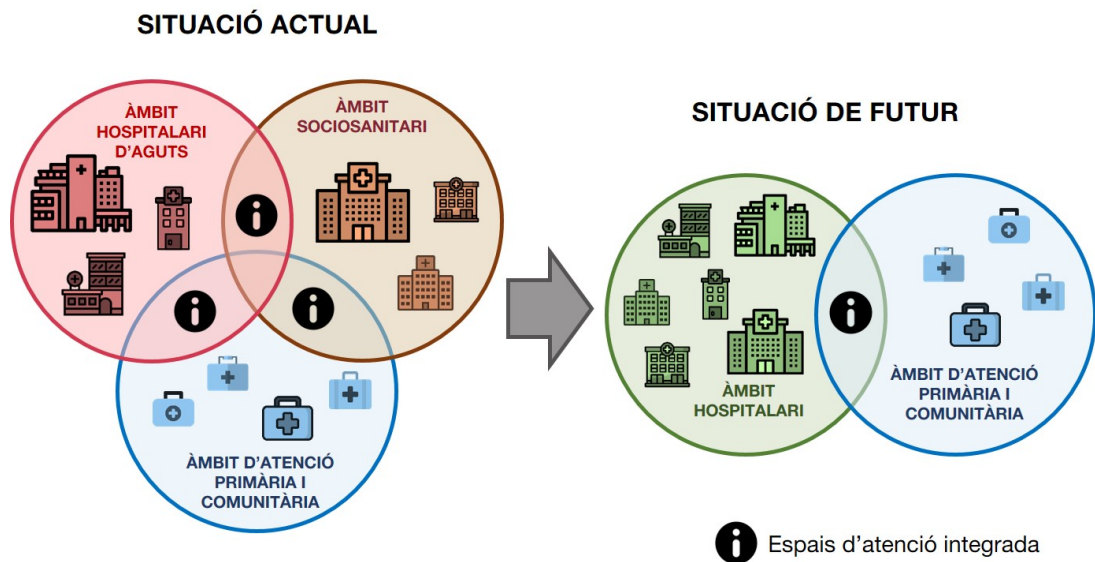
- La nova cartera de serveis ha d'adaptar-se a les noves realitats dels centres (recursos i rol territorial) i de les persones a atendre (major complexitat clínica, major dependència tecnològica, major intensitat d'atenció).
- La nova cartera de serveis ha de permetre un sistema de gestió del centre basat en l'optimització dels fluxos territorials d'atenció, les demandes amb variabilitat estacional i les necessitats de reorganització interna del centre (unitats d'estructura flexible adaptable a situacions territorials urgents o de personal). Això ha de permetre superar la gestió per estades dels centres amb ocupacions de gairebé el 98% de forma continuada que no donen opció a fluxos proactius d'atenció a una gestió basada en la millor eficiència del centre i l'optimització de l'oferta i demanda territorial.
- La cartera de serveis requereix un sistema de notificació adaptat a la nova realitat i encàrrec que tindran els centres d'AI i de llarga durada, que permeti tenir una informació més propera en el temps (no només cada sis mesos), més eficient (revalorar el RUGIII) i més transparent amb la resta de dispositius (ocupació, temps d'espera ...).

- Finalment i no menys important, la necessitat que aquest nou encàrrec en forma de nova cartera permeti desplegar un sistema de pagament adequat a l'encàrrec que superi l'actual (més de vint anys de vigència), d'acord amb la complexitat estructural del centre i de les persones per atendre.

2.4 Transició cap a un únic àmbit d'hospitalització

El sisè element clau que planteja aquest document és la necessària unificació dels àmbits d'atenció hospitalària d'aguts i d'atenció intermèdia en un únic àmbit d'atenció en hospitalització (figura 7).

Figura 6. Situació actual i proposta de futur



Font: elaboració pròpia

2.4.1 Justificació de la transició cap a un únic àmbit d'hospitalització

Si bé la tradicional configuració en **tres àmbits** (atenció primària i comunitària, atenció hospitalària d'aguts i atenció sociosanitària) ha reportat alguns **beneficis** (per exemple, ha permès desenvolupar un model d'atenció específic en l'àmbit sociosanitari), també ha presentat alguns **inconvenients**:

- **Menor reconeixement dels professionals** d'aquest àmbit en relació a la resta d'especialistes i professionals hospitalaris d'aguts, tant des de la perspectiva de conveni laboral (fins a 2007-09) com de reconeixement competencial.
- **Limitació de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a l'àmbit sociosanitari**, evolucionant de forma lenta la implementació de les unitats específiques en l'àmbit hospitalari d'aguts, tot i l'evidència clara sobre el benefici que comporten per a les persones grans i aquelles en situació de final de vida (veg. els documents de plans estratègics, apartat evidència)
- Amb l'excepció de les UGA, les UFISS i les unitats d'aguts de pal·liatius (que, com s'ha comentat prèviament, han tingut una

implantació territorial molt heterogènia), la **geriatria i les cures pal·liatives han quedat relegades** a uns hospitals socio-sanitaris sovint considerats com “de segona”.

- **Finançament insuficient** crònic del sector i manca d'evolució o actualització de la cartera de serveis (l'actual data de 1999) en base a la major complexitat de les persones ateses, de les despeses per fer-hi front o de la nova evidència disponible.
- **Confusió conceptual:** sovint s'ha utilitzat el concepte de *socio-sanitari* com a sinònim de centre residencial (en el context de la pandèmia de COVID-19 aquest fet ha estat més tangible que mai), generant confusió entre els recursos d'hospitalització d'atenció intermèdia i aquests centres.
- **Manca de planificació adequada de recursos a escala territorial, mantenint hospitals d'aguts i centres socio-sanitaris** de forma no integrada, cosa que no ha facilitat tenir una cobertura poblacional equitativa territorialment.

Tots aquests elements propicien la necessitat de fer un pas endavant, considerant la necessitat d'una transició cap a un únic àmbit d'hospitalització que inclogui diferents tipologies de centres en relació a les seves característiques, objectius i cartera de serveis. Alguns **avantatges** d'aquesta proposta són:

- **Anivella els professionals i dispositius** amb la resta d'especialistes i professionals hospitalaris d'aguts.
- Afavoreix la **implantació de la xarxa de recursos de geriatria i les cures pal·liatives**—incloent tant el coneixement com el model d'atenció que li són inherents— en l'àmbit hospitalari.
- **Clarifica el rol dels dispositius d'atenció intermèdia**, situant-los com un element clau de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) des d'una perspectiva integrada i col·laborativa amb la resta de dispositius i recursos.
- Permet que els **hospitals no metropolitans disposin d'una cartera ampliada** que afavoreix disposar de professionals a tot el territori, millorant la resolució arreu de l'atenció a les persones grans, d'aquelles amb necessitats pal·liatives i, en general, de les persones afectades de condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció, tal com recull el **Pla de salut 2021-2025**.

2.4.2 De l'àmbit sociosanitari a l'àmbit d'hospitalització amb cartera de serveis d'atenció intermèdia

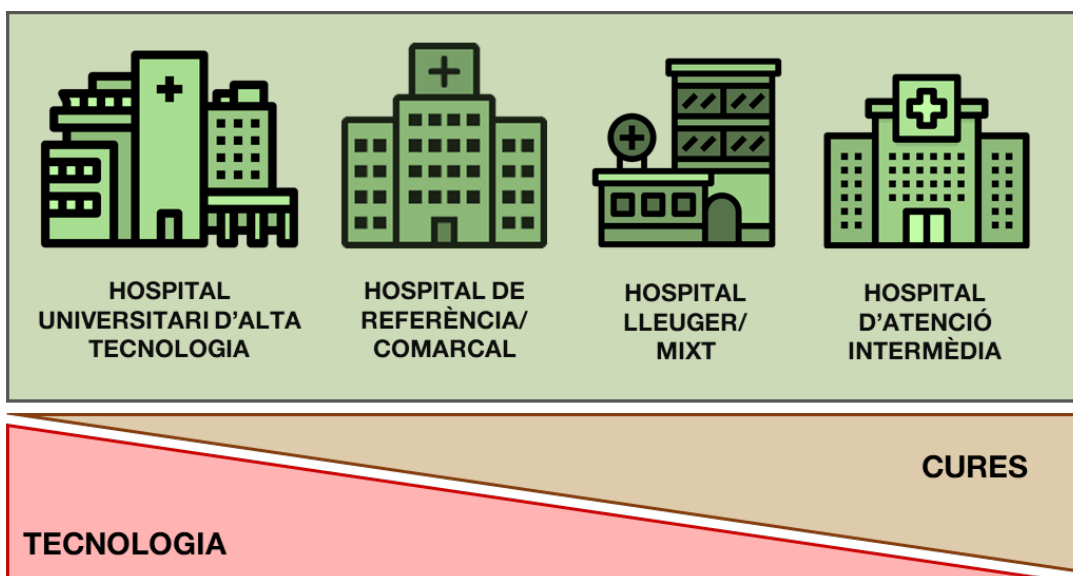
Es proposa que l'**àmbit hospitalari** disposi de cartera hospitalària d'**aguts** i d'**atenció intermèdia** –que inclouria recursos d'internament, ambulatoris i domiciliaris–.



Els **hospitals d'atenció intermèdia** es configuren, doncs, com a hospitals amb serveis o unitats basades en la **cartera d'atenció intermèdia majoritària**, focalitzada en la tasca de facilitar l'alta precoç hospitalària d'aguts, però també en l'evitació d'ingrés hospitalari d'aguts de persones grans i/o amb situació de cronicitat complexa o avançada que no es beneficien de la cartera de serveis d'aguts des de l'APiC (veg. l'apartat 2.3).

En base a la seva cartera de serveis, es configuren així diferents tipologies de centres hospitalaris (figura 8).

Figura 7. Tipologia de centres en l'àmbit hospitalari



Font: elaboració pròpia

Així, l'àmbit hospitalari queda conformat per dispositius d'internament de tipologies diferents segons les característiques estructurals (universitari, docent, parc sanitari...), tecnològiques o diagnòstiques (monogràfic urològic, oncològic o pediàtric), de nivell de complexitat d'atenció (des de tercer nivell a comarcal o lleuger) o de tipologia de cartera (hospital d'aguts, hospital d'atenció intermèdia o mixta en cas de tenir ambdues carteres – la denominació genèrica del centre és la de la cartera dominant–). A diferència dels hospitals d'aguts, els d'atenció intermèdia es caracteritzen pel seu model d'atenció (veg. l'apartat 2.3), on prevalen

les cures per sobre de la tecnologia: són **centres “Low Tech - High Touch” per definició, especialitzats en atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada.**

2.5 Millorar l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada en hospital d'aguts

La millor evidència, al voltant de l'efectivitat de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada, està generada al voltant de la gestió de persones amb necessitats complexes dins de l'entorn hospitalari d'aguts (evidència IA, grau de recomanació A), tal com es detalla en els documents de plans estratègics (apartat evidència). Catalunya ha de millorar l'atenció a aquest col·lectiu en aquest entorn i, per tant, es considera prioritari implementar les intervencions següents:

- ✓ **Detecció proactiva a urgències** del malalt fràgil, crònic complex (PCC) o amb malaltia crònica avançada (MACA), donar suport al diagnòstic integral de la persona i valorar si el millor és la derivació a recursos d'atenció intermèdia o gestionar el cas de forma adequada dins de l'hospital d'aguts.
- ✓ **Garantir una atenció a l'hospital d'aguts immillorable:** ja sigui en base a unitats gestionades pròpiament pel servei o unitat de geriatria / cures pal·liatives (UGA o UCP) o mitjançant l'atenció compartida de l'equip de suport hospitalari (ESH) geriàtric o pal·liatiu (antigues UFISS) amb la resta dels serveis hospitalaris (mèdics o quirúrgics).
- ✓ **Garantir una transició precoç a l'alta excel·lent** cap a altres recursos per a persones d'aquestes característiques s'ha de poder fer per la infermeria d'enllaç o continuïtat en base a processos integrats territorials desenvolupats de forma específica (integrated care pathways), amb el suport dels ESH en casos especialment complexos per als processos més freqüents (ictus, orto-geriatria, cirurgia general...).
- ✓ **Potenciar l'atenció ambulatoria i a la presa de decisions complexes:** en el cas de pacients de les mateixes característiques que acudeixen a l'hospital d'aguts per a processos de diagnòstic o tractament sense ingrés, garantir el suport de l'ESH a la presa de decisions complexes i integrar-se en les unitats funcionals desenvolupades (onco-geriatria, "Heart-teams", unitats de nefrologia, atenció pal·liativa precoç en càncer...).
- ✓ **Millorar l'atenció proactiva al final de vida en els hospitals d'aguts:** en persones ingressades en unitats amb elevada prevalença de necessitats pal·liatives (ex: UCI) o on l'entorn afectiu mostra especial vulnerabilitat (ex: urgències o sales de maternitat i parts).

Més enllà dels encàrrecs concrets visualitzats en aquest document, és clau fer un tomb a l'organització dels hospitals d'aguts en base a les necessitats de les persones i no tant a la visió clàssica basada en especialitzats i estructures verticals. Tal i com s'aborda en documents com el *Hospital del futuro de la SEMI* o *Comission on Hospital Care for frail older people*, l'atenció proactiva a les persones grans (col·lectiu amb un creixement més important en nombre d'urgències i hospitalitzacions agudes els darrers anys) és clau per prevenir l'aparició d'esdeveniments adversos derivats de l'hospitalització, tal com recull el document del Pla director sociosanitari (**Prevenió de complicacions associades a l'hospitalització de la gent gran**).

És necessari, doncs, repensar l'abordatge d'aquests pacients amb iniciatives com els **mapes de fragilitat** (identificació activa de les persones vulnerables a les plantes hospitalàries per establir programes proactius de prevenció, detecció, maneig proactiu de les síndromes geriàtriques com el delírium –veg. *Guia d'abordatge del delírium (2022)*– o desenvolupar visions de com han de ser els hospitals del futur, com per exemple fa el Nuffield Trust al document *Rethinking acute medical care in smaller hospitals*.

Finalment, **en aquesta reconfiguració de l'atenció hospitalària d'aguts del futur**, és necessari plantejar que l'organització de l'atenció sigui liderada tant pels professionals o equips interdisciplinaris amb un coneixement més generalista o integral de la persona, com per altres especialistes hospitalaris per al maneig de patologies més complexes. Aquesta **figura de l'hospitalista**,¹³⁻¹⁶ **desenvolupada en altres països, pot ser integrada en l'entorn hospitalari d'aguts del nostre país** gràcies a les figures de la medicina interna i de la geriatria com a professionals polivalents, amb un coneixement ampli de les necessitats de les persones hospitalitzades en aguts.

La funció dels hospitalistes es basa en gestionar durant tot l'ingrés el pacient admès en plantes mèdiques, de semicrítics i, en mode de col·laboratge amb altres especialistes, a les plantes quirúrgiques.¹⁷ Com a concepte, apareix per primera vegada al NEJM el 1996,¹⁸ i ha tingut un creixement força important a països com els USA¹⁹⁻²¹ i ha mostrat algunes fortaleses com a model:

- Millora de l'atenció integral i continuada de la persona durant l'ingrés hospitalari d'aguts, millor atenció integrada vertical en millorar la comunicació entre l'hospital i l'AP, promoció del treball en equip interdisciplinari, reducció de proves diagnòstiques, millor conciliació de la medicació²²
- Millora significativa dels resultats en salut, incloent una mortalitat més baixa en els 30 dies posteriors a l'alta, menys readmissions en hospitals d'aguts, taxes més altes d'alta a domicili habitual i menor cost en l'atenció durant i en els trenta dies posteriors a l'alta.²³
- Més elevada satisfacció de les persones ateses, millor grau d'informació i objectiven millor relació entre especialistes.²⁴⁻²⁶

Tot i aquests resultats positius, el model d'hospitalista té certes característiques pròpies del país on s'implementa i és necessari apropar-lo a la realitat assistencial de cada país. Així, documents del Regne Unit^{27,28} o de Canadà²⁹ intenten definir les característiques dels professionals del futur que han de desenvolupar aquest rol, intentant desplegar un model homogeni allà on es decideixi adoptar la figura.

2.6 Participació en el redisseny de l'atenció de llarga durada a Catalunya

L'atenció de llarga durada és un dels grans reptes per als països desenvolupats: es preveu que la ràtio de dependència per a la vellesa (persones de 65 anys o més respecte a les persones de 15 a 64 anys) creixi en 21,6 punts percentuals, passant del 29,6% el 2016 al 51,2% el 2070. Per a la UE, la despesa pública en LTC (serveis d'atenció de llarga durada o "long term care" en anglès) augmenta de l'1,6% al 2,7% del PIB entre 2016 i 2070. L'increment de costos és un repte important per a la sostenibilitat fiscal del LTC.³⁷

Es consideren **serveis de llarga durada** aquell ventall de serveis i assistència per a persones que, com a conseqüència de la fragilitat mental i/o física i/o discapacitat durant un període prolongat de temps, depenen de l'ajut d'altres per a les activitats de la vida diària i / o necessiten alguna cura d'infermeria de forma permanent. Els 3 àmbits paradigmàtics són l'atenció domiciliària, l'atenció en centres residencials i l'atenció en unitats de l'atenció intermèdia.

2.6.1 Antecedents: el paper del Pla director sociosanitari en el sector d'atenció de llarga durada a Catalunya

El Pla director sociosanitari ha estat el responsable de la planificació de l'atenció de la llarga durada a les unitats de llarga estada sociosanitària des de 1986 (llavors, programa Vida als anys), que ofereixen atenció continuada a persones amb malalties cròniques i diferents nivells de dependència i/o complexitat que no poden ser ateses al seu domicili, amb l'objectiu terapèutic del manteniment funcional, el control de símptomes i la millora de la qualitat de vida.

Aquest serveis es van desenvolupar en un moment on no existien (o eren incipients) els dispositius d'atenció de llarga durada de tipus social (xarxa de dispositius residencials o serveis d'atenció domiciliària social) a Catalunya.⁴⁰ Al llarg dels darrers deu anys el Pla director sociosanitari ha estudiat l'impacte en les unitats de llarga estada de persones tributàries de recursos socials (ja sigui a domicili o residencials) que estan en unitats de llarga estada i que mostren com, entre el 12,5% i el 25% dels llits de llarga estada, estan permanentment ocupats per persones que no necessiten internament en aquest tipus d'unitats.

Aquests darrers vuit anys, l'optimització de la gestió dels processos assistencials en els dispositius socio-sanitaris ha incrementat la rotació de pacients a unitats de llarga estada i ha disminuït el nombre de pacients a l'espera d'un recurs social en ser donats d'alta, cosa que ha permès anar substituint un nombre significatiu de llits de llarga estada per altres línies assistencials (convalescència i subaguts). Així, el criteri de planificació de llits de llarga estada l'any 2008 fou de 5 llits per cada 1.000 habitants majors de 64 anys d'edat i avui ens situem en una ràtio de 3-2,5 llits (reducció de quasi el 50%).

2.6.2 El futur del sector d'atenció de llarga durada a Catalunya

Segons el recent informe de la Comissió Europea "Pilar Europeu de Drets Socials"³⁸, cal una transformació de l'atenció de llarga durada, orientada a millorar-ne la qualitat i accessibilitat. Catalunya no pot ser aliena a aquest repte, que necessàriament s'haurà de produir al llarg dels propers anys, i que requerirà del compromís de múltiples administracions, de les entitats i proveïdors, així com dels professionals i de la ciutadania.

Són, doncs, moltes les administracions cridades a co-dissenyar aquest futur: la futura Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya, el Departament de Salut -també la Direcció Estratègica d'Atenció Intermèdia-, el Departament de Drets Socials i els Ens locals, entre d'altres.

En aquest context, el sistema sanitari ha de continuar disposant d'unitats de llarga estada en forma d'unitats específiques d'atenció a persones amb dany cerebral adquirit que comporti un canvi significatiu en el seu estat funcional ingressat en llarga estada socio-sanitària, portador de traqueostomia i/o alimentació enteral amb PEG que requereixi una major intensitat de recursos assistencials atenent a l'alt risc de complicacions clíniques per a la seva situació de salut, i que no pot ser donat d'alta a un altre recurs social per aquesta complexitat clínica o per a persones amb determinats perfils d'instabilitat clínica o necessitats de cures complexes no assumibles en entorn domiciliari (inclou residències) precisen un ingrés perllongat amb l'objectiu d'estabilitzar o disminuir la complexitat que permetin retornar al seu entorn cuidador habitual.

2.6.3 El rol de les unitats funcionals territorials especialitzades de geriatria i cures pal·liatives en l'atenció de llarga durada

Aquest Pla Estratègic preveu que l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada ha de donar suport al desenvolupament d'aquest sector des de l'expertesa i experiència en l'atenció a aquest tipus de persones.

2.6.3.1 Reordenació inicial de la xarxa d'unitats de llarga estada sociosanitària cap a centres d'atenció de llarga durada

Es proposa que les unitats d'atenció sociosanitàries de llarga estada actuals passin a conformar els centres o unitats com a dispositius no hospitalaris i, per tant, comunitaris, que seguiran formant part de la xarxa de dispositius d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzades sota els mateixos pilars d'atenció que consten en el document estratègic propi.

Així, es considera imprescindible que, dins del model de futur de l'atenció de llarga durada, l'atenció als centres o unitats d'atenció de llarga estada sigui proveït per part de les unitats funcionals territorials especialitzades de geriatria i cures pal·liatives, establint també de forma clara el paper de la infermeria geriàtrica en aquestes unitats.

Això és així entenent que les necessitats d'aquestes persones en aquests centres requereix atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzades en unitats de llarga durada i, específicament, en unitats o centres orientats a donar atenció a persones amb gran discapacitat que no poden ser ateses en centres residencials ni en el domicili propi.

2.6.3.2 El rol de les unitats funcionals territorials de geriatria i cures pal·liatives especialitzada en l'atenció domiciliària i residencial

Més enllà de unitats de llarga estada, caldrà fer èmfasi en el rol de les unitats funcionals territorials de geriatria i cures pal·liatives especialitzades en els altres 2 grans àmbits de l'atenció de llarga durada:

- **Àmbit residencial:** ja sigui com a suport dels equips d'atenció primària (per exemple mitjançant els equips de PADES) o bé en l'atenció directa a aquelles residències ubicades o vinculades als centres d'atenció intermèdia. En aquest context cal posar en valor també el paper de l'infermeria geriàtrica especialitzada, donada la seva expertesa en la cura de les persones que viuen en aquests centres.

- **Àmbit domiciliari:** els equips de suport domiciliari, tant de cures pal·liatives com d'hospitalització domiciliària, han de ser accessibles per donar suport a la resta de professionals en l'atenció en la primera i segona transició pal·liativa (veg. el Pla estratègic d'atenció pal·liativa), com també en la situació de crisi de salut amb possibilitat d'atenció en tot l'àmbit d'atenció comunitària dels equips de primària i/o de les residències.

Aquests dos punts requereixen d'un plantejament col·laboratiu amb el Departament de Drets socials

2.7 Redefinició dels dispositius d'atenció geriàtrica i/o pal·liativa especialitzada

L'hospitalització convencional pot comportar riscos importants per a les persones d'edat avançada.^{48,49} Moltes vegades, aquestes persones amb malalties cròniques descompensades, comorbiditat i/o síndromes geriàtriques que ja estan diagnosticades, no requereixen una alta intensitat sanitària. Les alternatives a l'hospitalització d'aguts, orientades a les necessitats de control de símptomes, rehabilitació integral i prevenció de complicacions, són més adients en aquests casos.

En aquest sentit, els recursos socio-sanitaris –amb una llarga tradició a Catalunya, prestada habitualment als clàssicament anomenats centres socio-sanitaris–, tenen un paper predominant i determinant. La distribució dels recursos d'Al s'adaptaran en cada territori d'acord amb les necessitats (criteris de planificació), la nova cartera de serveis, els recursos hospitalaris d'aguts existents i les característiques i consum de recursos de la població del territori (urbà, rural, semiurbà o semirural). Aquesta nova planificació és una línia a desenvolupar necessària per poder planificar els recursos amb visió de futur.

Per poder desenvolupar el model de futur de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya és necessari desenvolupar una nova cartera partint de les millors aportacions que fa la vigent (generada el 2014) i introduint-hi nous dispositius en base a la millor evidència actual. El detall de la nova cartera es pot consultar en el document específic. A continuació es mostren de forma breu els aspectes clau de la nova cartera (taula 3):

Taula 3. Nova cartera d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

		Atenció d'internament	Atenció ambulatoria/domiciliària	Unitat funcional de geriatria i cures pal·liatives
Àmbit Hospitalari	HOSPITAL D'AGUTS	Unitat de geriatria d'aguts (UGA) Equips de suport hospitalari (ESH)	Consulta externa interdisciplinària (CEI) Hospital de dia d'atenció intermèdia Hospitalització domiciliària intermèdia (HaD)	
	HOSPITAL D'ATENCIÓ INTERMÈDIA	Unitat de cures pal·liatives (UCP)		
Àmbit Comunitari	HOSPITAL D'ATENCIÓ INTERMÈDIA	Subaguts Unitat de recuperació funcional Unitat de continuïtat de cures Unitat de psicogeriatría	PADES (Equip de Suport Domiciliari)	
	CENTRES D'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA	Unitat d'atenció de llarga durada Unitat de dany cerebral adquirit	-	

Font: elaboració pròpia

Com es pot veure a la taula anterior, la nova cartera de serveis d'atenció especialitzada geriàtrica i pal·liativa és transversal, va des dels hospitals d'aguts, passant per l'atenció intermèdia i fins a l'àmbit comunitari en base a dispositius que despleguen accions en dispositius basats en llits o en intervencions al propi domicili o residència de les persones grans i d'aquelles afectades de malalties cròniques avançades o amenaçants. Els serveis es podran prestar indistintament en hospitals d'aguts, hospitals mixtos aguts-intermèdia o hospital d'atenció intermèdia, tot i que hi ha serveis que exclusivament es faran en hospitals que només disposin de cartera de serveis d'aguts o hospitals que només disposin de cartera d'atenció intermèdia.

A mode de repàs dels diferents recursos assistencials definits a la cartera, els principals aspectes a destacar són:

EQUIPS DE SUPORT HOSPITALARIS (ESH) DE GERIATRIA, DE CURES PAL·LIATIVES O MIXTOS

En els hospitals d'aguts, les antigues UFISS (unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries) sovint han estat la punta de llança del model d'atenció basat en el treball en equip i en l'avaluació integral de les persones de perfil geriàtric i/o amb malaltia crònica avançada. En alguns casos, les UFISS han estat també l'embrió que ha permès desenvolupar les unitats geriàtriques d'aguts (UGA).



Aquesta estratègia proposa fer un pas més enllà en la conceptualització i les funcions d'aquestes unitats funcionals especialitzades en geriatria i cures pal·liatives en l'entorn d'hospitalització d'aguts, que, donada la desaparició del concepte *sociosanitari*, passarien a anomenar-se equips de suport hospitalari geriàtric, pal·liatiu o mixtos.

En el cas dels **ESH de geriatria**, es proposa una reorientació cap a la proactivitat i l'atenció compartida, oferir suport a serveis quirúrgics i mèdics, amb un objectiu eminentment preventiu (prevenció de síndromes geriàtriques), ajuda en la presa de decisions complexes i de planificació precoç de l'alta -especialment en aquells àmbits on les persones no són ateses per part d'un equip de geriatria especialitzat-.

- En el cas dels **ESH de cures pal·liatives**, també cal potenciar una actuació proactiva, flexible i modulable en intensitat i temps, segons les necessitats de la persona en situació de malaltia avançada, tant oncològica com no oncològica, i tant en persones admeses en hospitals d'aguts com de suport a les consultes externes hospitalàries de diferents especialitats (com per exemple oncologia, nefrologia, cardiologia...).
- En el cas dels **ESH mixtos**, només tindran sentit en aquells centres hospitalaris d'aguts de reduïdes dimensions (menys de 150 llits) o aquells ubicats en territoris rurals on s'han de prioritzar tasques per part d'equips flexibles que cobreixin les dues tipologies principals de pacients a atendre.

Unitats de geriatria d'aguts (UGA)

Les unitats geriàtriques d'aguts (UGA) són unitats hospitalàries, amb localització i estructura específica, gestionades per equips interdisciplinaris especialitzats, amb responsabilitat directa per atendre pacients amb problemes aguts o reaguditzacions de malalties cròniques que requereixen atenció sanitària d'alta intensitat/tecnologia. L'estratègia d'aquestes unitats es basa fonamentalment en el coneixement geriàtric i en canvis en la provisió de serveis. Disposen d'una estructura i equip definits, atenció centrada en la persona, reunions multidisciplinàries, revisions diàries dels pacients i planificació precoç de l'alta.

Aquestes unitats, que han demostrat una gran eficiència,⁴¹⁻⁴⁶ estan orientades a atendre les necessitats de persones grans i/o diversos graus de fragilitat quan requereixen l'ingrés a l'hospital d'aguts. Habitualment, es tracta de persones especialment vulnerables amb risc de iatrogènia, aparició de síndromes geriàtriques o amb complexitat respecte a la presa de decisions i a l'adequació de les intervencions. En aquest sentit, les UGA ofereixen un entorn segur (amb una actitud proactiva en la prevenció d'úlceres, caigudes, delírium, i davallada funcional induïda per l'hospitalització) i una optimització de la relació cost-benefici en la utilització de tècniques diagnòstiques i terapèutiques.



Aquesta estratègia vol seguir avançant en la implementació als hospitals d'aguts tant d'unitats específiques d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada (UGA), com també en unitats d'atenció compartida medicoquirúrgica i ortogeriàtrica, com d'unitats funcionals per processos. En un context assistencial eminentment organitzat per diagnòstics i no per necessitats de les persones –com és el cas de la major part d'hospitals d'aguts–, el treball compartit i proactiu entre diferents serveis esdevé indispensable per donar resposta a les característiques del grup poblacional descrit.

Unitats de cures pal·liatives

Les unitats de cures pal·liatives (UCP) són unitats específiques d'atenció a persones amb malalties o condicions cròniques avançades o **MACA** (ja sigui en situació de primera o –sobretot– segona transició de final de vida), amb necessitats assistencials complexes que provoquen un impacte important sobre el malalt i la seva família, i que requereixen maneig hospitalari.

Les UCP compten amb equips interdisciplinaris de professionals experts en atenció integral al final de la vida –incloent l'avaluació i el control dels símptomes i l'atenció biopsicosocial–, i tenen com a **objectiu principal** la millora de la qualitat de vida i el control simptomàtic, la promoció de l'autonomia i el suport sociofamiliar, així com l'adaptació emocional i espiritual.⁵⁸ El respecte als valors i desitjos dels pacients és essencial en aquest procés d'atenció.

En l'àmbit de l'atenció pal·liativa ha existit una progressiva major penetrància d'unitats específiques en grans **hospitals monogràfics de càncer** (ICO) o centres hospitalaris d'aguts com a resposta a la major prevalença de persones amb malalties cròniques avançades en els llits hospitalaris d'aguts de Catalunya, gestionades o liderades per persones o equips amb formació específica avançada en atenció pal·liativa.

L'evidència suggereix que almenys **una tercera part** de les persones ingressades en hospitals d'aguts podrien estar en situació de final de vida (MACA).⁴⁷ És per aquest motiu, tot i la planificació poblacional de dispositius d'internament de cures pal·liatives en HAI, que es desenvolupen les UCP d'hospitals d'aguts, per donar resposta a l'atenció específica a persones que, ingressades per MACA per la seva complexitat o per la intensitat de l'atenció pal·liativa necessària o per estar en situació de SUD o SUH, puguin accedir a una atenció integral orientada a les seves necessitats que els eviti el trasllat innecessari a una UCP de HAI, evitant així la fragmentació de l'atenció i la sobrecàrrega d'un equip diferent de pal·liatius en un moment de tanta vulnerabilitat.



Donat que només una de cada vuit persones amb necessitats pal·liatives ho és en relació amb patologia oncològica,⁵⁹ aquesta estratègia que es vol promoure preveu un augment de l'accessibilitat i el percentatge de persones ateses amb diagnòstic no oncològic en aquestes unitats.⁶⁰

Les unitats de cures pal·liatives han de treballar de forma estreta i coordinada amb els recursos comunitaris i d'hospitalització per millorar la continuïtat assistencial i facilitar l'accessibilitat i la derivació a les unitats específiques de cures pal·liatives, en funció de la complexitat situacional de la persona amb una malaltia avançada o en fase terminal.

L'Hexàgon de Complexitat, en la versió reduïda (HexCom-Red),⁶¹ pot ser d'utilitat per als equips d'origen com a instrument objectiu per valorar el grau de complexitat / necessitat d'atenció especialitzada.

Es posa de relleu la importància tant de la presència de l'atenció especialitzada pal·liativa als hospitals d'aguts com la necessitat d'un plantejament hospitalari de l'atenció pal·liativa que transcendeixi les unitats específiques d'atenció pal·liativa d'aguts. Aquesta estratègia proposa seguir avançant en aquesta implementació, sense menystenir de promoure també el desenvolupament de protocols hospitalaris transversals (independentment de l'especialitat) d'atenció a les persones en situació de final de vida a tots els hospitals d'aguts de Catalunya.

Hospitalització de subaguts

Les persones amb malalties cròniques que pateixen descompensacions (especialment aquelles **persones grans fràgils, de perfil PCC o MACA**) sovint no requereixen atenció sanitària d'alta intensitat/tecnologia, i podrien ser ateses en recursos d'atenció intermèdia, principalment unitats de subaguts i atenció domiciliària amb equips integrats. L'atenció a les unitats de subaguts de pacients seleccionats – una vegada realitzat un adequat diagnòstic situacional i hemodinàmicament estable– en disminueix el risc associat a l'hospitalització, millora els resultats en salut i també va acompanyada de menys reingressos i de menor utilització dels serveis de urgències.⁵⁰⁻⁵²

L'atenció a subaguts està destinada a persones amb malalties cròniques aguditzades que necessiten tractament integral i/o supervisió clínica continuada i té com a **objectiu principal** l'estabilització clínica i la rehabilitació integral. Aquesta situació es produeix especialment en el context d'una persona amb malaltia crònica coneguda en què es reaguditza la malaltia de base. Alguns exemples de perfil de pacients que poden ser ingressats en aquestes unitats són les que pateixen insuficiència cardíaca crònica, malaltia respiratòria crònica aguditzada, persones amb demència amb alguna complicació o infecció, etc.



Aquest Pla estratègic vol promoure els ingressos de subaguts (sempre que el maneig ambulatori / domiciliari no sigui factible), sobretot des de la comunitat, previ pas pels serveis d'urgències o CUAP en cas que requereixin un diagnòstic situacional més acurat, especialment de persones identificades com a PCC i MACA. Aquest fet ha de contribuir a aportar valor a la identificació d'aquests malalts, així com a la individualització de la seva atenció en un entorn especialitzat.

Unitats de recuperació funcional i de cures

Els recursos específics d'atenció intermèdia per a la rehabilitació geriàtrica, que acumulen una gran experiència, han demostrat que són eficaços.⁵³⁻⁵⁴

L'objectiu principal d'aquest recurs ha de ser assolir una millora en els resultats en salut per mitjà d'un enfocament integral en un entorn interdisciplinari: la màxima recuperació funcional possible, la disminució de complicacions secundaries a l'hospitalització o la minva d'institucionalitzacions, per exemple.⁵⁵

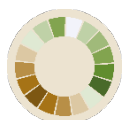


En aquest sentit, l'evolució de la convalescència ha d'anar orientada a oferir una disminució de les estades d'hospitalització d'aguts (STEP-DOWN), oferint una atenció precoç (post-aguda) i més homogeneïta entre els diferents hospitals d'atenció intermèdia basada en la definició futura comuna dels processos integrats més prevalents en aquest tipus d'unitats (orto-geriatria, atenció a l'ictus ...).

Unitats de psicogeriatría

Les unitats de psicogeriatría (UPG) són unitats específiques per atendre de forma integral **persones amb demència i altres trastorns mentals crònics amb deteriorament cognitiu associat**, amb trastorn de conducta o SCPD (síntomes conductuals i psicològics associats a la demència) que n'impossibiliten el maneig en el seu medi habitual, familiar o institucional.⁵⁶⁻⁵⁷

Si bé un nombre significatiu de les persones ingressades procediran també de l'hospital d'aguts – sobretot en relació a processos intercurrents, que alhora han precipitat trastorns de comportament associat–, en les UPG predominen els ingressos procedents de domicili i els motius d'ingrés tenen un major component psicosocial que en el cas de les unitats de recuperació funcional i cures.⁵⁷ Aquest fet condiona la necessitat d'una major aproximació a i coordinació amb l'atenció primària de salut, els recursos socials comunitaris i la xarxa de salut mental comunitària. Aquestes unitats, doncs, tenen un comportament diferencial a la resta d'unitats d'atenció intermèdia.



D'acord amb l'establert al **Pla de demències de Catalunya**, aquesta estratègia preveu desenvolupar i formalitzar les unitats

de psicogeriatría per donar resposta a les necessitats d'aquestes persones.

Consulta externa interdisciplinària (CEI)

La CEI, pot tenir la seva base d'actuació en dispositius hospitalaris d'aguts o en hospitals d'atenció intermèdia.

Són equips d'atenció integral ambulatoria que intervenen en el procés de diagnòstic, tractament i seguiment especialitzat de persones que, en règim ambulatori, es beneficien de l'atenció específica especialitzada d'aquests equips. Actuen en serveis d'atenció diürna ubicats en centres d'atenció intermèdia o en centres hospitalaris d'aguts. Actualment hi ha CEI específics de geriatria, de trastorns cognitius i de cures pal·liatives. Aquest procés inclou les visites, les proves diagnòstiques, l'elaboració del pla terapèutic i de l'informe final, així com el seguiment, si escau.



Per tal d'adaptar l'activitat de la CEI a les necessitats actuals, es proposa una revisió de les seves característiques i criteris d'utilització en base als principis següents:

- Criteris de derivació a l'atenció primària després del diagnòstic i temporalitat de les segones visites.
- Incorporació dels dispositius que efectuen un diagnòstic de trastorns cognitius en les rutes assistencials de demències.
- Incorporació de l'avaluació geriàtrica bàsica a l'APiC i que es facin derivacions a la CEI com a equip consultor de pacients amb presència de diverses síndromes geriàtriques.
- Millora de la coordinació i complementarietat amb els hospitals de dia socio-sanitaris.
- Alta coordinació i col·laboració amb l'atenció primària. Avaluar experiències d'integració amb professionals d'atenció primària.

Hospital de dia geriàtric i pal·liatiu

Els hospitals de dia (HD) atenen les persones grans fràgils que necessiten una atenció integral, interdisciplinària i rehabilitadora.⁶² Actualment, hi ha una gran varietat d'estades i tipologies d'usuaris en els diferents centres. Els més freqüent són els HD de rehabilitació i de psicogeriatría, però alguns centres duen a terme programes de suport comunitari, com tallers

de caigudes, cures d'úlceres vasculars, psicoestimulació cognitiva a pacients amb deteriorament cognitiu lleu, etc.

L'**objectiu principal** dels HD és oferir programes terapèutics limitats en el temps i dirigits a persones grans amb necessitats de rehabilitació integral, estimulació cognitiva, avaluació i tractament d'altres síndromes geriàtriques. Cal diferenciar l'activitat més terapèutica d'aquest recurs respecte dels centres de dia, amb qui cal treballar coordinadament.



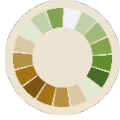
Per tal d'adaptar l'activitat de l'hospital de dia d'atenció intermèdia a les necessitats actuals, es proposa una revisió de les seves característiques i criteris d'utilització en base als principis següents:

- Repensar el rol d'aquest recurs especialitzat d'atenció intermèdia i de l'expertesa dels seus professionals en la gestió de persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Fomentar la resposta ràpida, incrementant l'accessibilitat des de l'APiC i la residència en cas de davallades per fer un diagnòstic multidimensional d'estat de situació, evitant derivacions innecessàries a urgències (STEP-UP).
- Mitjançant la valoració i les intervencions multidimensionals especialitzades, afavorir el màxim nivell d'autonomia possible (funcional, cognitiva i social) en persones grans fràgils i/o amb malalties i condicions cròniques.
- Millorar l'adequació en l'ús de recursos de les xarxes social i sanitària, prioritzant els recursos ambulatoris i domiciliaris als recursos d'internament (sempre que sigui possible).
- Millorar la coordinació i la complementarietat de l'hospital de dia amb la CEI de geriatria i de trastorns cognitius, així com amb els equips d'atenció primària (sanitaris i socials).

Hospitalització domiciliària (HaD)

L'hospitalització a domicili (HaD) és una modalitat assistencial pròpia de l'àmbit hospitalari, concebuda com a alternativa a l'hospitalització convencional – amb l'objectiu d'evitar l'ingrés o reduir l'estada dels pacients al centre hospitalari–. Aquesta modalitat assistencial ha demostrat resultats positius en termes de mortalitat, reingressos, costos i satisfacció, tant de pacients com de familiars.⁶⁴⁻⁶⁹ Diversos estudis recents en el nostre entorn demostren que la intervenció multidisciplinària

que incorpora professionals de perfils especialitzats en geriatría redueix les complicacions durant l'ingrés, com ara el delírium i la davallada funcional, a més a més de millorar el grau de satisfacció per part de persones cuidadores i tenir un impacte positiu en els costos per al sistema.^{70,71}



Amb la finalitat de revisar, actualitzar, concretar els continguts assistencials i de la cartera de serveis, així com les característiques organitzatives de l'HD, el Servei Català de la Salut (CatSalut) es va plantejar una anàlisi i reflexió profunda d'aquesta modalitat de prestació, fins a arribar al consens de quin és el millor model organitzatiu de l'HD a Catalunya, tal com es pot comprovar al document [Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya](#).

Les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) es beneficien especialment d'equips d'HD amb expertesa en geriatría i cures pal·liatives. Donat l'enfocament interdisciplinari, les competències dels professionals en valoració geriàtrica integral i personalització de les intervencions, així com la continuïtat assistencial post-crisi, aquests equips han de tenir un paper clau en la resposta a les crisis de salut agudes i subagudes d'aquesta població.

Equips de suport domiciliari de cures pal·liatives (PADES)

Els ESD pal·liatius o PADES són equips interdisciplinaris especialitzats en l'atenció pal·liativa a persones amb malalties cròniques avançades o amenaçants. L'expertesa dels ESD de pal·liatius o PADES en l'atenció pal·liativa els fa referents en aquest tipus d'activitat, en especial per ampliar l'experiència a pacients amb malalties cròniques avançades i participar en les rutes de la complexitat dels territoris, tal com es descriu en la guia d'implementació de la complexitat.⁶³

Així doncs, l'**objectiu principal** dels PADES és donar assessorament i suport a l'atenció primària a pacients amb malalties i/o condicions cròniques avançades amb necessitats d'atenció pal·liativa complexes, que requereixen una atenció especialitzada i interdisciplinària.



Aquesta estratègia fa una aposta inequívoca per potenciar l'atenció intermèdia domiciliària, idealment des d'una perspectiva territorial i integrada / col·laborativa amb els equips d'atenció primària. Això implicarà també un estreta

interdependència entre els equips domiciliaris especialitzats d'atenció intermèdia: quan sigui possible, caldrà valorar l'evolució cap a equips integrats d'atenció PADES / hospitalització domiciliària, experts en el maneig de persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA), i amb possibilitat d'atenció 7x24.

En el cas de les persones de perfil MACA, l'Hexàgon de Complexitat, en la versió reduïda (HexCom-Red),⁶¹ pot ser d'utilitat per part dels equips d'origen com a instrument objectiu per valorar el grau de complexitat / necessitat d'atenció especialitzada.

Recursos d'atenció de llarga durada

Els recursos d'atenció de llarga durada són dispositius orientats a l'atenció especialitzada geriàtrica a persones amb dependència establerta per a les activitats bàsiques de la vida diària o discapacitat, ja sigui física o cognitiva, amb necessitats complexes (PCC i MACA) i d'atenció sanitària continuada que dificulten el seu retorn a domicili a curt termini o que poden necessitar reingressos periòdics per empitjorament de l'estat de salut.



Amb la finalitat de donar resposta a les persones amb necessitats d'atenció complexa i atenció sanitària continuada, els centres d'atenció de llarga durada han de ser dispositius sanitaris vinculats a l'atenció especialitzada geriàtrica i pal·liativa accessibles per a l'APiC i l'àmbit hospitalari (intermèdia i aguts). És necessari a mitjà termini el desenvolupament del sector d'atenció de llarga durada per tal d'establir la ràtio definitiva d'aquest tipus d'unitat d'acord amb l'impuls que tingui el sector d'atenció social domiciliària i els centres residencials en adaptar-se (igual com fa aquesta cartera amb les necessitats sanitàries de llarga durada) a la realitat de les persones amb dependència establerta o discapacitat.

3. Bibliografia

- 1 Santaeugènia González SJ, Roqué i Figuls M, Sánchez Ferrín P, Salvà Casanovas A. Complexity and prevalence of geriatric syndromes in patients treated in intermediate care units in Catalonia: A multicentre study of XARESS project. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2019;54(2):75-80. doi: 10.1016/j.regg.2018.10.006
- 2 Cancio JM, Vela E, Santaeugènia S, Clèries M, Inzitari M, Ruiz D. Long-term Impact of Hip Fracture on the Use of Healthcare Resources: a Population-Based Study. *J Am Med Dir Assoc* 2019 Apr;20(4):456-461. doi: 10.1016/j.jamda.2018.08.005.
- 3 Tarazona Santabalbina FJ. Does the presence Pressure Ulcers entail “high risk of negative outcomes” in geriatric rehabilitation? Results from a retrospective cohort study. *Nutr Hosp* 2017;34(5):1305-1310. doi: 10.20960/nh.1065.
- 4 Salvà A, Roqué M, Vallès E, Bustins M, Rodó M, Sánchez P. Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2014;49(2):59-64. doi: 10.1016/j.regg.2013.07.006.
- 5 Bullich-Marín I, Sánchez-Ferrín P, Cabanes-Duran C, Salvà-Casanovas A. Recursos sociosanitarios en Cataluña. Situación actual. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2017;52(6):342-347. doi: 10.1016/j.regg.2017.01.002.
- 6 Saunders C, Carter DJ. Right care, right place, right time: Improving the timeliness of health care in New South Wales through a public-private hospital partnership. *Aust Heal Rev* 2017;41(5):511-518. doi: 10.1071/AH16075.
- 7 Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 2011;343:d6799. doi: 10.1136/bmj.d6799.
- 8 Ellis G, Whitehead M A, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011;343:d6553. doi: 10.1136/bmj.d6553.
- 9 Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician* 2011;83(1):48-56.
- 10 Goodwin C. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(1):15-8. doi: 10.1111/jgs.13866.
- 11 Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12(6):573-6.
- 12 Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ* 2017;356:j816. doi: 10.1136/bmj.j816.

- 13 Nichani S, Crocker J, Fitterman N, Lukela M. Updating the Core Competencies in Hospital Medicine--2017 Revision: Introduction and Methodology. *J Hosp Med.* 2017;12(4):283-287. doi: 10.12788/jhm.2715.
- 14 Nichani S, Fitterman N, Lukela M, Crocker J. Society of Hospital Medicine. The Core Competencies in Hospital Medicine--2017 Revision. Section 1: Clinical conditions. *J Hosp Med.* 2017;12(4 Suppl 1):S1-S43. doi: 10.12788/jhm.2727. PMID: 28411299.
- 15 Nichani S, Fitterman N, Lukela M, Crocker J. Society of Hospital Medicine. The Core Competencies in Hospital Medicine--2017 Revision. Section 2: Procedures. *J Hosp Med.* 2017 Apr;12(4 Suppl 1):S44-S54. doi: 10.12788/jhm.2728. PMID: 28411300.
- 16 Nichani S, Fitterman N, Lukela M, Crocker J. Society of Hospital Medicine. The Core Competencies in Hospital Medicine--2017 Revision. Section 3: Healthcare Systems. *J Hosp Med.* 2017;12(4 Suppl 1):S55-S82. doi: 10.12788/jhm.2729.
- 17 Sharma G, Kuo YF, Freeman J, Zhang DD, Goodwin JS. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *Arch Intern Med.* 2010 Feb 22;170(4):363-8. doi: 10.1001/archinternmed.2009.553.
- 18 Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med.* 1996 Aug 15;335(7):514-7. doi: 10.1056/NEJM199608153350713.
- 19 Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, Goodwin JS. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. *N Engl J Med.* 2009 Mar 12;360(11):1102-12. doi: 10.1056/NEJMsa0802381.
- 20 Wachter RM, Bell D. Renaissance of hospital generalists. *BMJ.* 2012 Feb 13;344:e652. doi: 10.1136/bmj.e652.
- 21 Palabindala V, Abdul Salim S. Era of hospitalists. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2018;8(1):16-20. doi: 10.1080/20009666.2017.1415102.
- 22 Williams MV. Hospitalists and the hospital medicine system of care are good for patient care. *Arch Intern Med.* 2008 Jun 23;168(12):1254-6; discussion 1259-60. doi: 10.1001/archinte.168.12.1254.
- 23 Goodwin JS, Li S, Kuo YF. Association of the Work Schedules of Hospitalists with Patient Outcomes of Hospitalization. *JAMA Intern Med.* 2020;180(2):215-222. doi:10.1001/jamainternmed.2019.5193
- 24 Wray CM, Farnan JM, Arora VM, et al. A qualitative analysis of patients' experience with hospitalist service handovers. *J Hosp Med.* 2016;11(10):675-681.
- 25 Fulton BR, Dreves KE, Ayala LJ, et al. Patient satisfaction with hospitalists: facility-level analyses. *J Am Coll Med Qual.* 2011;26(2):95-102.

- 26 Dynan L, Stein R, David G, et al. Determinants of hospitalist efficiency: a qualitative and quantitative study. *Med Care Res Rev: MCRR*. 2009;66(6):682-702.
- 27 Future Hospital Commission. *Future Hospital: caring for medical patients. A report from the future hospital commission to the Royal College of Physicians*. Londres: Royal College of Physicians, 2013.
- 28 Stosic J, Bissett L, Vautier G. The acute physician: the future of acute hospital care in the UK. *Clin Med (Lond)*. 2010;10(2):145-147. doi:10.7861/clinmedicine.10-2-145
- 29 Yousefi V, McIvor E. Characteristics of the ideal hospitalist inpatient care program: perceptions of Canadian health system leaders. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):648. Published 2021 Jul 4. doi:10.1186/s12913-021-06700-0
- 30 Ellis G. Intermediate care for older people in the UK. *Clin Med (Lond)*. 2010 Dec;10(6):639. doi: 10.7861/clinmedicine.10-6-639.
- 31 Department of Health and Social Care. *National Service Framework for Older People* [Internet]. 2001. Disponible a: <https://www.gov.uk/government/publications/quality-standards-for-care-services-for-older-people>
- 32 Woodford HJ, George J. Intermediate care for older people in the UK. *Clin Med (Lond)*. 2010;10(2):119-23. doi: 10.7861/clinmedicine.10-2-119
- 33 Petch A. *Intermediate care. What do we know about older people's experiences?* Joseph Rowntree Foundation. University of Glasgow 2003. Disponible a: <https://www.jrf.org.uk/report/intermediate-care-what-do-we-know-about-older-peoples-experiences>
- 34 Parsons M, Senior HE, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Vanderhoorn S, Brown PM, Anderson C. The Assessment of Services Promoting Independence and Recovery in Elders Trial (ASPIRE): a pre-planned meta-analysis of three independent randomised controlled trial evaluations of ageing in place initiatives in New Zealand. *Age Ageing*. 2012 Nov;41(6):722-8. doi: 10.1093/ageing/afs113.
- 35 Hutchinson T, Young J, Forsyth D. National pilot audit of intermediate care. *Clin. Med. J. R. Coll. Physicians London*. 2011;11(2):146-9. doi: 10.7861/clinmedicine.11-2-146.
- 36 National Audit of Intermediate Care. *National Audit of Intermediate Care Report*. 2018;(Desembre):110. Disponible a: www.nhsbenchmarking.nhs.uk/National-Audit-of-Intermediate-Care/year-two.php
- 37 [European Commission](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-). *The 2018 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Disponible a: <https://ec.europa.eu/info/publications/economy->

[finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en](#)

- 38 Spasova, S., Baeten, R., & Vanhercke, B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. *Eurohealth* 2018;24(4):7-12. Disponible a <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=792>
- 39 EU Skills Panorama (2014). Skills for social care Analytical Highlight, prepared by ICF GHK and CEDEFOP for the European Commission.
- 40 Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009;338:b50. doi: 10.1136/bmj.b50.
- 41 Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311(26):1664-70.
- 42 Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011;46(4):186-92. doi: 10.1016/j.regg.2011.02.005.
- 43 Vidán Astiz MT, García ES, Armesto MA, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43(3):133-8. doi: 10.1016/s0211-139x(08)71172-7.
- 44 González-Montalvo JI, Pallardo Rodil B, Bárcena Álvarez A, Alarcón Alarcón T, Hernández Gutiérrez S. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(4):205-8. doi: 10.1016/j.regg.2008.12.003.
- 45 Fox MT, Persaud M, Maimets I, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(12):2237-45. doi: 10.1111/jgs.12028.
- 46 Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med* 2014;28(4):302-11.
- 47 Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *JAMA*. 2011;306(16):1782-93. doi: 10.1001/jama.2011.1556.
- 48 Krumholz HM. Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013;368(2):100-2. doi: 10.1056/NEJMp1212324.

- 49 Gledhill K, Hanna L, Nicks R, Lannin NA. Defining discharge-readiness from subacute care from all stakeholders' perspectives: a systematic review. *Disabil. Rehabil.* 2021;43(22):3127-3134. doi: 10.1080/09638288.2020.1733107.
- 50 Speich B, Thomer A, Aghlmandi S, Ewald H, Zeller A, Hemkens LG. Treatments for subacute cough in primary care: Systematic review and meta-analyses of randomised clinical trials. *Br. J. Gen. Pract.* 2018;68(675):e694-e702. doi: 10.3399/bjgp18X698885.
- 51 Hodgkinson B, Haesler EJ, Nay R, O'Donnell MH, McAuliffe LP. Effectiveness of staffing models in residential, subacute, extended aged care settings on patient and staff outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(6):CD006563. doi: 10.1002/14651858.CD006563.pub2.
- 52 Salvà A, Martínez F, Llobet S, Vallès E, Llevadot D. Las unidades de media estancia-convalecencia en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35(S6):31-7.
- 53 Sánchez Ferrín P. Unidades de convalecencia. *Rev Mult Gerontol.* 2005;15(1):13-5.
- 54 Murad Y. Skilled Nursing Facilities and Post Acute Care. *J Gerontol Geriatr Res* 2012;01(01):1-4.
- 55 Ferré Jodra A, Capdevila Ordóñez M, García Lidón E, Almenar Monforte C. Evaluación de la actividad de una unidad de media estancia de psicogeriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(4):190-7. doi: 10.1016/S0211-139X(02)74804-X
- 56 Miralles Basseda R. Psicogeriatría y unidades de media estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]* 2002;37(4):187-9.
- 57 WHO. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. 2014;(Maig):5. Disponible a: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
- 58 Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med* 2014;28(4):302-11. doi: 10.1177/0269216313518266.
- 59 Murray SA, Sheikh A. Palliative Care beyond Cancer: Care for all at the end of life. *BMJ* 2008; 336(7650):958-9. doi: 10.1136/bmj.39535.491238.94
- 60 Busquet i Duran X. L'Hexàgon de la Complexitat (HexCom). Intercambios, papeles psicoanàlisis / Intercanvis, Pap psicoanàlisi 2017;(38):86-106.
- 61 Young J, Forster A. The geriatric day hospital: past, present and future. *Age Ageing.* 2008;37(6):613-5. doi: 10.1093/ageing/afn206 .
- 62 Generalitat de Catalunya. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. 2013 Disponible a:

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5588/guia_implementation_territorial_projectes_millora_atencio_complexitat_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 63 Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, Richards SH, Shepperd S. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 26;6(6):CD000356. doi: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.
- 64 Shepperd S, Doll H, Angus RM, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008;(4):CD007491. doi: 10.1002/14651858.CD007491.
- 65 Shepperd S, Doll H, Angus RM, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ* 2009;180(2):175-82. doi: 10.1503/cmaj.081491
- 66 Mas MÀ, Inzitari M, Sabaté S, Santaèugènia SJ, Miralles R. Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: Comparison with bed-based Intermediate Care. *Age Ageing* 2017;46(6):925-931. doi: 10.1093/ageing/afx099.
- 67 Linertová R, García-Pérez L, Vázquez-Díaz JR, Lorenzo-Riera A, Sarría-Santamera A. Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *J Eval Clin Pract* 2011;17(6):1167-75. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01493.x.
- 68 Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: Home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016.
- 69 Mas MÀ, Santaèugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: Revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2015;50(1):26-34. doi: 10.1016/j.regg.2014.04.003.
- 70 Mas MÀ, Santaèugènia SJ, Tarazona-Santabalbina FJ, Gámez S, Inzitari M. Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults with Complex Chronic Conditions. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19(10):860-863. doi: 10.1016/j.jamda.2018.06.013.
- 71 Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Pascual A, Nabal M, Espinosa J, Paz S, Minguell C, Rodríguez D, Esperalba J, Stjernswärd J, Geli M. Palliative Care Advisory Committee of the Standing Advisory Committee for Socio-Health Affairs, Department of Health, Government of Catalonia. Catalonia WHO palliative care demonstration project at 15 years (2005). *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(5):584-90. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.019.

- 72 Gómez-Batiste X, Vicuña M, Trelis J, Roca J, Porta J. Evaluación cualitativa del desarrollo del Proyecto Demostrativo OMS de Cuidados Paliativos de Cataluña a los 15 años de su implantación y propuestas de mejora del programa. *Medicina paliativa* 2008;15(5):293-300.