



# **Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran**

Barcelona, gener de 2018





## **Autors i revisors**

DC  
PROV



# Autors i revisors

## Coordinadors del document:

**Sebastià Santauegènia.** Director del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i responsable del projecte de l'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials del PIAISS (Departament de Salut).

**Assumpció González-Mestre.** Membre del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i del comitè operatiu del PIAISS (Departament de Salut).

**Concepció Barbeta.** Directora de la Residència Feixa Llarga - Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball Afers Socials i Famílies).

## En l'elaboració i revisió d'aquest document hi ha participat:

**Agustí Aguiló.** Responsable de Programes d'Atenció Assistencial - Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball Afers Socials i Famílies).

**Jesús Alburquerque.** Metge de la Residència Feixa Llarga - Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies).

**Rosa Baeza.** Directora de la Residència Sant Llorenç Savall - Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball Afers Socials i Famílies).

**Evora Betancor.** Metgessa adjunta del Servei de Geriatria - Consorci Sanitari Integral.

**Ester Campmol.** Directora de la Residència Puig d'En Roca - Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball Afers Socials i Famílies).

**Cristina Casanovas.** Directora de l'Estratègia nacional de l'Atenció Primària i Salut Comunitària - ENAPISC (Departament de Salut).

**Ignasi Coll.** Director Mèdic dels Centres Assistencials PRYTNIS.

**Delfí Cosialls Pueyo.** Consorci Sanitari de Barcelona. Regió Sanitària Barcelona Ciutat (CatSalut).

**Joan Espauella.** Director Assistencial del Servei de Geriatria de l'Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. Consorci Hospitalari de Vic.

**Marta Expósito Izquierdo.** Metgessa de Família - EAP Vall de Tenes. Gerència Territorial Metropolitana Nord. (Institut Català de la Salut).

**Montserrat Falguera.** Presidenta de la Fundació el Redós de Sant Pere de Ribes.

**Eva Jiménez.** Directora de la Residència Sant Sadurní de Callús - Fundació Sociosanitària Manresa (Departament de Salut).

**Àngel Jover.** Director d'Atenció Primària. Gerència Territorial Metropolitana Sud (Institut Català de la Salut).

**Maria Rosa Planesas.** Directora Tècnica dels Equips D'Atenció Residencial (EAR) - Mutuam.

**Núria Prat.** Directora d'Atenció Primària. Gerència Territorial Metropolitana Nord (Institut Català de la Salut).

**Dolors Quera.** Coordinadora Mèdica del Centre sociosanitari Mutuam Güell.

**Sara Pablos Reyes.** Presidenta de la Subcomissió de docència d'Infermeria de la Unitat Docent Multi professional d'Atenció Familiar i Comunitària. Gerència Territorial Metropolitana Nord. (Institut Català de la Salut).

**Sara Rodríguez.** Directora d'Atenció Primària. Gerència Territorial Girona (Institut Català de la Salut).

**Rafael Ruiz Riera.** Gerent d'Atenció Primària de Barcelona. Gerència Territorial Barcelona Ciutat. (Institut Català de la Salut).

**Eulàlia Ruiz.** Metgessa de família SAP Baix Llobregat - Centre. Gerència Territorial Metropolitana Sud. (Institut Català de la Salut).

**Mariona Rustullet.** Directora Tècnica de l'empresa SUMAR.

**Pau Sánchez.** Responsable del Pla Director Sociosanitari (Departament de Salut).

**Secretaria tècnica d'everis.** Empresa de consultoria de negoci que forma part del grup *NTT Data*.

Alguns drets reservats

© 2017, Generalitat de Catalunya.



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

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita:

Generalitat de Catalunya

1a. edició:

Barcelona, juliol de 2017

Dipòsit legal:

DL X XXXX-201X

Imatges:

Les imatges presentades en el document han estat cedides per [www.FreePik.es](http://www.FreePik.es):

<a href="http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/corazon"> Corazón de fotografía creado por Whatwolf - Freepik.com</a>

<a href="http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/tecnologia">Tecnología de fotografía creado por Jannoon028 - Freepik.com</a>

<a href="http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/fondo">Fondo de fotografía creado por Waewkidja - Freepik.com</a>

<a href="http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/fondo">Fondo de fotografía creado por Mrsiraphol - Freepik.com</a>

<a href="https://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/fondo">Fondo de fotografía creado por Shayne\_ch13 - Freepik.com</a>

<a href="https://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/fondo">Fondo de fotografía creado por Zirconicusso - Freepik.com</a>

<a href="https://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/fondo">Fondo de fotografía creado por Zirconicusso - Freepik.com</a>

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de ...

URL:

Només en el cas que l'obra es pugui consultar per Internet. Si no és el cas, elimineu aquest camp.





# Sumari

## **1. Introducció**

## **2. Situació de partida.**

2.1 Context actual.

2.2 Pla PIAISS.

## **3. Marc conceptual.**

3.1 Pilars.

3.2 Objectius.

3.3 Perfil de les persones ateses.

3.4 Tipologies de residències per a gent gran.

3.5 Actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones.

## **4. Model d'Atenció Sanitària Integrada.**

4.1 Bases comunes del model

4.2 Residències de gestió pròpia de la Direcció General de Protecció Social.

4.2.1. Característiques de les residències

4.2.2. Ecosistema d'actors

4.2.3. Model d'Atenció centrat en la persona.

4.2.4. Circuit d'atenció sanitària.

4.2.5. Cartera de serveis sanitaris.

4.3 Residències públiques de gestió delegada, en places concertades i en col·laboradores.

4.3.1. Característiques de les residències.

4.3.2. Ecosistema d'actors

4.3.3. Model d'Atenció centrat en la persona.

4.3.4. Circuit d'atenció sanitària.

4.3.5. Cartera de serveis sanitaris.

## Sumari

### 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris.

4.4.1. Característiques de les residències

4.4.2. Ecosistema d'actors

4.4.3. Model d'Atenció centrat en la persona.

4.4.4. Circuit d'atenció sanitària.

4.4.5. Cartera de serveis sanitaris.

### 5. Òrgans de coordinació.

### 6. Consideracions necessàries per desplegar el model.

### 7. Annexes.

#### 7.1 Detall de les funcions de les estructures de suport.

7.1.1 PADES.

7.1.2 EAR.

7.1.3 Hospitalització a Domicili (HAD).

7.1.4 Hospitalització de Subaguts.

#### 7.2 Explicació dels rols de la matriu RASCI.

01



## Introducció

DC  
PROL

DOCUMENT  
PROVISIONAL



# 1. Introducció

Els canvis socioculturals, demogràfics i econòmics han modificat el perfil de persones grans que viuen en centres residencials. Com es conclou de les dades presentades per la Direcció General de Protecció Social (en endavant, DGPS), i a l'estudi *Característiques clíniques i consum de recursos de les persones que viuen a residències a Catalunya*, aquestes persones presenten un major grau de dependència i un perfil clínic més complex respecte les que viuen al seu domicili.

En aquest context, es posa de manifest la necessitat d'oferir una atenció integral i integrada, sanitària i social, d'acord amb els criteris establerts per aquest fi en el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (en endavant, PIAISS). En conseqüència, es defineixen les bases del nou Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones en centres residencials, amb la finalitat d'abordar les seves necessitats i demandes sanitàries i socials.

Donar resposta a aquestes necessitats de forma holística planteja un nou paradigma d'atenció sanitària, que ha d'estar alineat amb l'estratègia d'establir l'Atenció Primària com a eix vertebrador del sistema de Salut a Catalunya. D'acord a l'establert a l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (en endavant, ENAPiSC), és necessari establir un model centrat en la persona, prioritzant la proximitat dels professionals i les persones, i garantint el continuïtat assistencial en l'atenció sanitària a les residències.

El Model d'Atenció Sanitària per a les residències de gent gran pretén establir les línies estratègiques comunes de l'atenció en totes elles, per oferir coherència i homogeneïtat en la prestació de serveis, però respectant i promovent l'autonomia de les diferents tipologies de centres per adaptar-les a la seva realitat i estructura territorial.

La rellevància del canvi de model implica modificacions en diversos àmbits, des de la definició d'un nou marc normatiu i la integració i/o interoperabilitat dels sistemes d'informació, fins a noves competències pels professionals sanitaris de les residències.

Amb la finalitat de garantir el consens entre els diferents agents, s'ha desenvolupat un Model d'Atenció Sanitària Integrada a persones en centres residencials comptant amb la participació d'un equip interdisciplinari, que ha aportat expertesa i coneixement tant de l'àrea social com de la sanitària.



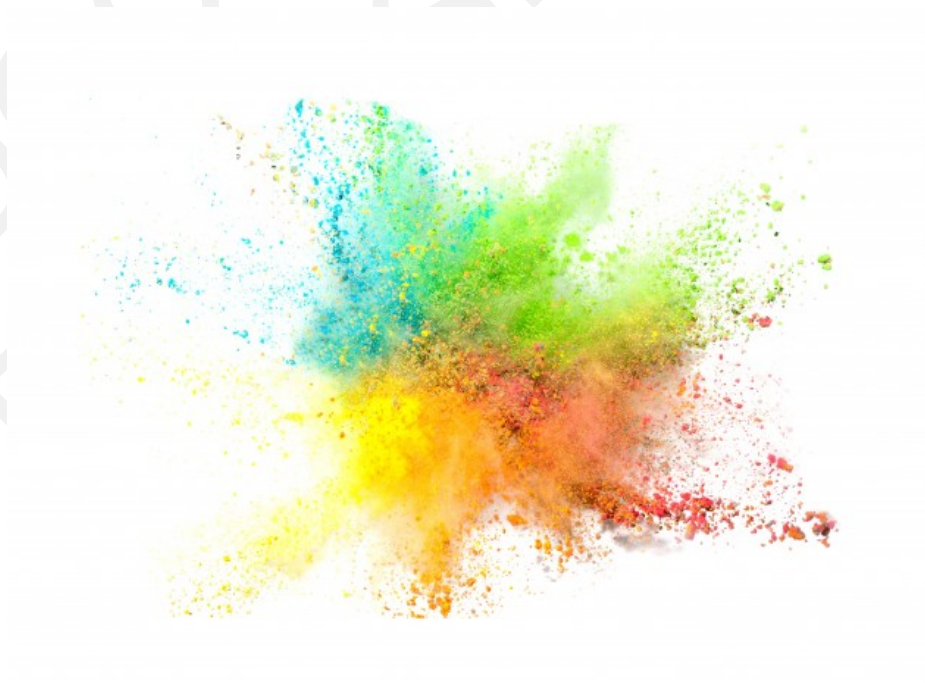
**02**



**Situació de  
partida**

DC  
PROL

DOCUMENT  
SIONAL





## 2. Situació de partida

### 2.1 Context actual

Els canvis socioculturals, demogràfics i econòmics han modificat les característiques de les persones que viuen en residències, així com les seves demandes d'atenció sanitària. Aquest fet ha comportat la necessitat de definir un nou model que doni resposta a diverses dimensions de l'atenció sanitària integrada a centres residencials:

El canvi en el perfil clínic, les necessitats d'atenció sanitària i l'alt grau de dependència de les persones dels centres residencials, implica elevada expertesa i sensibilitat per part dels professionals que les atenen.

Les principals característiques del perfil clínic de les persones són<sup>1</sup>:

- **Envelliment:** S'incrementa progressivament l'edat de les persones institucionalitzades (84 anys de mitjana el 2013 respecte els 82 anys del 2011).
- **Complexitat:** Gairebé el 50% de les persones que viuen en residències es classifiquen a les categories de màxima complexitat clínica (GMA 4) o alt risc (GMA 3), molt per sobre del 20% que representen les persones de més de 64 anys que viuen en el domicili.
- **Comorbiditat:** S'observa que les persones que viuen a residències tenen una mitjana de 9,2 malalties cròniques que afecten a una mitjana de 5 sistemes orgànics. Aquest nombre és molt superior respecte a les persones de la mateixa edat que viuen a domicili (6 i 4 respectivament).
- **Pal·liació:** Augmenta significativament la taxa de mortalitat anual de les persones que viuen en una residència (15,4% el 2013 respecte del 11,9% del 2011). Aquest fet es tradueix amb un increment de la dedicació a activitats orientades a donar una atenció digna i de qualitat al final de vida de les persones.
- **Patologia:** Incrementa significativament des del 2011 al 2013 el número de persones amb demència (33,05% vs. 38,4%), trastorn mental sever (5,9% vs. 7,28%), insuficiència cardíaca (12,85% vs. 15,8%) i accident cerebrovascular (17,6% vs. 21,18%). Totes aquestes patologies generen alts graus de dependència.
- **Dependència:** S'identifica que el 97% de les persones que viuen en residències necessiten suport al tenir reconegut algun grau de dependència: el 49,99% de residents tenen reconegut el grau III de dependència, un 47,51% el grau II i un 1,71% un grau I.
- **Fragilitat:** Persona amb facilitat o tendència a la inestabilitat clínica que comporta una gestió clínica continuada. Tot i ser una condició present a les persones que viuen en residències, es desconeix la prevalença d'aquesta condició en els centres i si es superior o no a la de les persones que viuen a la comunitat.

#### Persona



**Necessitat d'evolucionar cap a un model d'atenció a la complexitat.**

<sup>1</sup> Aquest punt s'explica en més profunditat al document *Característiques clíniques i consum de recursos de les persones que viuen a residències a Catalunya*.

Aquest nou perfil clínic comporta, segons dades del 2013 en comparació amb el 2011:

### Persona (continuació)



### Necessitat d'evolucionar cap a un model d'atenció a la complexitat.

- Increment en el consum de recursos de salut: Major percentatge d'ingressos hospitalaris d'aguts (43% vs. 23%), major percentatge d'ingressos urgents (35% vs. 12%), major estada mitjana a l'hospital d'aguts (10,4 vs. 7,7 dies) i major nombre de visites a centres de salut mental (9,6 vs. 6,4 visites).
- Increment en el consum de fàrmacs: Les persones que viuen a residències presenten una major despesa farmacèutica (873 vs. 525 euros/persona).
- Major rotació als centres: Alta rotació de persones que viuen en centres per a la gent gran (35% anual, segons dades del 2016).

Davant d'aquesta situació, es precisa d'un nou paradigma d'atenció, que ha d'entendre l'Atenció Primària com l'eix vertebrador del Sistema de Salut. D'acord a l'establert a l'ENAPISC, és necessari un model centrat en la persona, integrant l'equip sanitari de la residència, de manera funcional o jeràrquica, a l'equip d'Atenció Primària de referència.

L'increment de la complexitat i l'heterogeneïtat del perfil de la persona comporta la convivència de múltiples professionals de la salut en la seva atenció. Aquest fet té un impacte directe sobre la planificació, organització i ús del dispositiu sanitari públic, on cal:

### Equip



### Necessitat de coordinació estandarditzada entre actors.

1. Garantir procediments estandarditzats, que assegurin la coordinació entre els diferents àmbits assistencials (Atenció Primària, Sociosanitària, especialitzada, ...).
2. Assegurar la continuïtat assistencial i el seguiment clínic efectiu dels residents en la pròpia residència.
3. Definir i protocol·litzar el paper de l'alertat qualificat pel 061, establint procediments d'actuació estandarditzats amb els diferents àmbits d'atenció sanitària.

### Territori



### Necessitat d'una homogeneïtzació dels models d'atenció sanitària a les persones que viuen en residències.

Les diferències de funcionament entre els territoris han generat diferents models d'atenció sanitària, entesos com diferents graus de coordinació entre les residències i la xarxa sanitària pública.

El fet de no poder estimar la interacció de les residències amb el dispositiu sanitari públic, ja sigui de forma planificada o urgent, dificulta la planificació de serveis.

Davant d'aquesta situació, l'oportunitat és definir un Model d'Atenció Sanitària únic, homogeni i integrat per les residències i places residencials de titularitat pública del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (en endavant, TASF).

## Departament



**Necessitat d'establir un marc estratègic i normatiu conjunt, així com la integració dels sistemes d'informació.**

Fruit de les característiques presentades, es detecta la necessitat d'establir un marc estratègic i normatiu comú entre l'àmbit Social i l'àmbit de Salut. Aquesta estratègia conjunta ha d'afavorir sinergies que millorin la qualitat de vida de les persones i fomentar la sostenibilitat del sistema.

Adicionalment, els departaments de TASF i Salut han de garantir la interoperabilitat i la integració entre els seus sistemes d'informació amb la finalitat d'assegurar l'accés a les dades per part de tots els actors que intervenen en l'atenció a les persones.

DOCUMENT  
PROVISIONAL

## 2. Situació de partida

### 2.2 Pla PIAISS

Per definir una estratègia conjunta entre els àmbits Social i Sanitari, en el Pla de Govern 2013-2016 es fa palès que les necessitats sanitàries i socials de la població evolucionen i que el model d'atenció assistencial ha d'adaptar-s'hi. El Pla de Govern reforça el valor de l'atenció integral a les persones i de l'eficiència i la qualitat del model prestacional i estableix, entre els seus objectius, promoure l'encaix dels serveis sanitaris i socials. Així mateix, preveu la definició d'un model de xarxa de serveis centrat en l'atenció a les persones que garanteixi el contínuum assistencial i l'eficiència en l'ús dels recursos.

D'acord amb aquests objectius, mitjançant l'Acord de govern GOV/120/2013, de 3 de setembre, i posteriorment modificat per l'Acord de Govern 28/2014 de 25 de febrer, es va crear el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció dels serveis Sanitaris Socials.

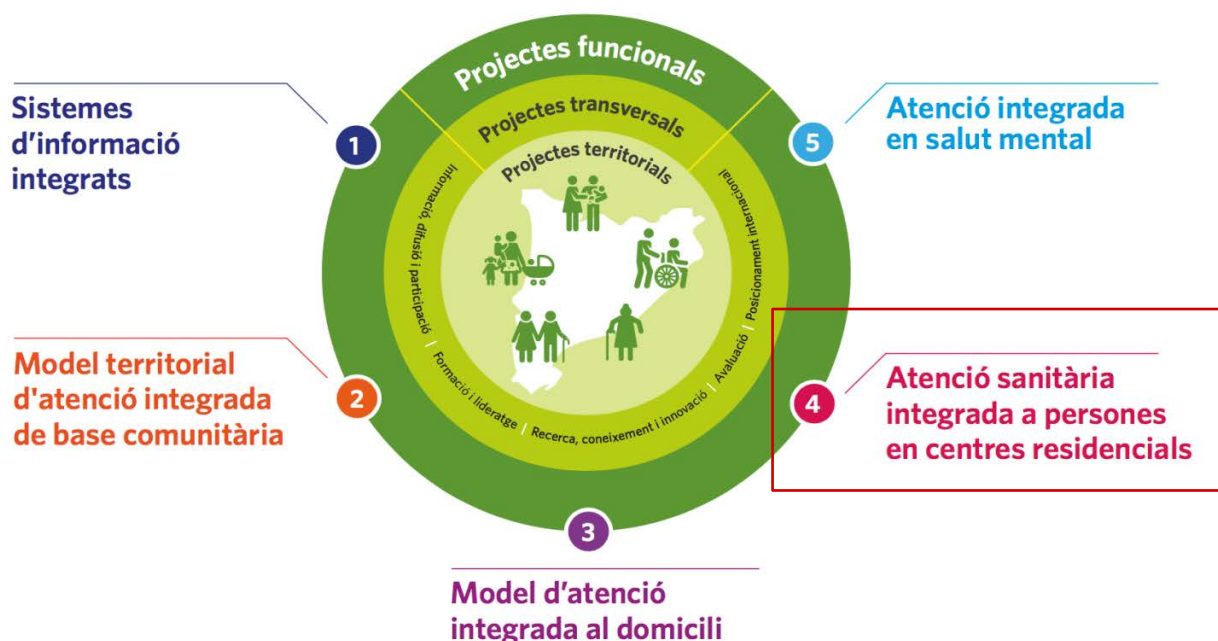
El PIAISS representa l'instrument d'acció per abordar una atenció centrada en les persones, integral i integrada, eficient i de qualitat. Per tal d'aconseguir-ho ha d'afavorir, per una banda, la implicació i la participació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social. Per l'altra banda, ha de tenir en compte l'equitat i la sostenibilitat garantint que qualsevol persona, en qualsevol moment de la vida, sigui considerada en la seva globalitat. El Pla ha de vetllar per a que, promovent el nivell màxim d'autonomia personal possible, la persona tingui sempre un projecte vital de futur que es pugui desenvolupar a l'entorn familiar i social on viu.

En la nova etapa per al període 2017-2020, el PIAISS conserva els seus objectius inicials, recull i aprèn de les experiències dels seus primers anys de treball i es planteja noves fites. L'objectiu és construir un model d'atenció integrada dels serveis sanitaris i dels serveis socials, eficaç i sostenible, i al servei de les persones que conformen el país.

La implementació del model requereix estratègies departamentals i estratègies de dimensió territorial contemplant la multifactorialitat. El pla de treball del PIAISS s'estructura en base a tres àmbits d'actuació:

- ✓ Projectes funcionals
- ✓ Projectes de suport i transversals
- ✓ Projectes territorials

#### Estructura del PIAISS



El present document s'emmarca dins la línia d'actuació pel disseny i desenvolupament d'una atenció sanitària integrada a persones en centres residencials (línia 4 del gràfic d'estructura del PIAISS).

Partint dels reptes que hem identificat en el context actual, aquesta línia de treball es marca l'assoliment dels següents objectius:



Anàlisi del model actual d'atenció sanitària a les residències.



Definir un Model d'Atenció Integrada Social i Sanitària a l'àmbit residencial que s'adapti a les necessitats actuals i futures de les persones.



Definir un Model d'Atenció Sanitària Integrada per a persones que viuen en residències que inclogui els diferents àmbits assistencials i garanteixi una atenció centrada en la persona, segura i eficient.



Definir un Model d'Atenció Farmacèutica que sigui eficient, segur i que millori els resultats en salut i la qualitat de vida de les persones que viuen a les residències.



Garantir la integració i la interoperabilitat dels sistemes d'informació.

Aquest document dóna resposta a l'objectiu de definir un Model d'Atenció Sanitària Integrada per a les persones que viuen en residències, que inclogui els diferents àmbits assistencials i garanteixi una atenció personalitzada, segura i eficient. Tot i representar canvis estructurals, s'ha definit el model més òptim per garantir que es dóna resposta a les necessitats i demandes de les persones que viuen en les residències per a gent gran a Catalunya.



**03**



**Marc conceptual**

DC  
PROV

DOCUMENT  
REVISIONAL





## 3. Marc conceptual

### 3.1 Pilars

L'atenció sanitària a les persones que viuen en residències a Catalunya s'ha de desenvolupar d'acord amb els principis establerts pel Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones en centres residencials:

#### Proximitat

Atenció sanitària propera segons les necessitats individuals de les persones en el territori en el que viuen.

#### Equitat

Igualtat d'accés a l'atenció sanitària per a tota persona que viu en una residència, així com en la seva assignació de recursos.

#### Contínuum assistencial

Visió integrada del procés d'atenció sanitària de la persona, tenint en compte les seves necessitats, valors i preferències, i garantint la coordinació dels diferents àmbits assistencials 7x24x365.

#### Seguretat

Priorització de la prevenció quaternària amb la finalitat de donar una atenció que vetlli per la seguretat de les persones que viuen a les residències.

#### Qualitat

Garantia de la millora en els resultats en salut de les persones, tot aplicant l'evidència científica disponible en el procés d'atenció sanitària.



## 3. Marc conceptual

### 3.2 Objectius



#### Objectius estratègics



**Garantir l'atenció sanitària integrada, centrada en la persona, que respecti les seves necessitats, valors i preferències.**



**Crear un model equitatiu, proper i segur que garanteixi la qualitat i el continuïm assistencial en l'atenció sanitària a les residències.**



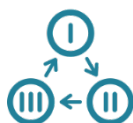
#### Objectius operatius



**Identificar la cartera de serveis i prestacions que s'han d'oferir a les persones que viuen en centres residencials.**



**Definir les responsabilitats i funcions dels professionals referents per garantir el seguiment efectiu de les persones.**

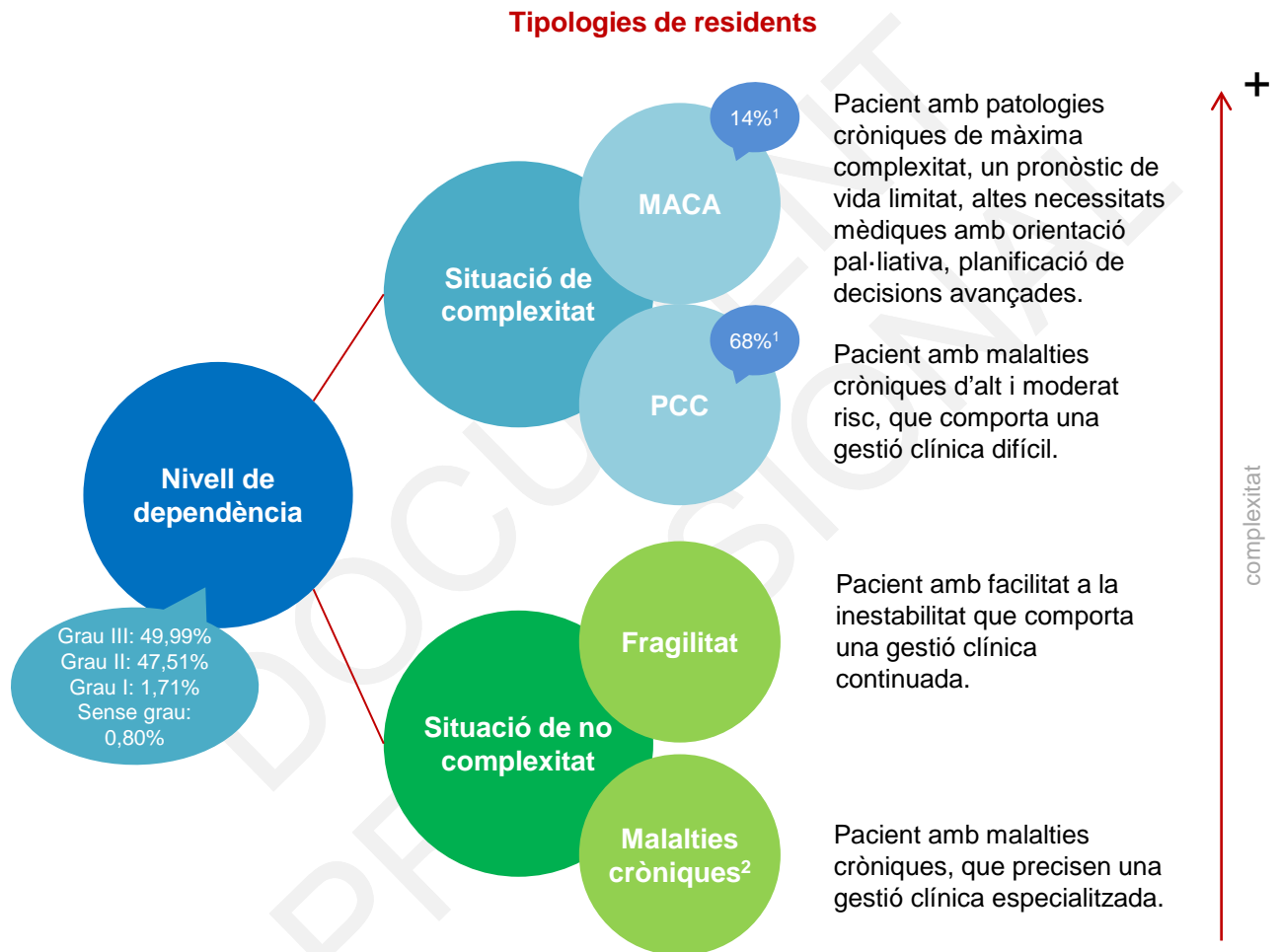


**Definir el circuit d'atenció que garanteixi el compliment dels processos sanitaris encarregats de donar resposta a les necessitats sanitàries de les persones.**

### 3. Marc conceptual

#### 3.3 Perfil de les persones ateses

El perfil de les persones que viuen en residències es presenta a l'estudi *Característiques clíniques i consum de recursos de les persones que viuen a residències a Catalunya*, que incorpora les dades aportades per la DGPS del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. El seu perfil ha anat evolucionant al llarg del temps, tendint a ser persones d'edat cada cop més avançada, amb un elevat grau de dependència i amb un perfil clínic complex. En la figura "Tipologies de residents", es mostra la distribució de les persones residents segons el seu grau de complexitat:



La tendència observada a les residències és concentrar persones en situació de complexitat. Aquest implica canvis en el Model d'Atenció Sanitària (atenció continuada 24h, necessitats mèdiques creixents, minimització dels desplaçaments de les persones, ...) que garanteixin l'equitat, la proximitat, la seguretat, la qualitat i el contínuum assistencial de les persones que viuen en els centres.




<sup>1</sup> Dades extretes de l'estudi *Característiques clíniques i consum de recursos de les persones que viuen a residències a Catalunya*.

<sup>2</sup> És en aquests casos de persones de no complexitat amb malalties cròniques, on hi ha una elevada prevalença de deteriorament cognitiu, dependència, i síndromes geriàtriques, que requereixen d'un alt grau d'atenció sanitària i impacten sobre el dispositiu sanitari públic.

### 3. Marc conceptual

#### 3.4 Tipologies de residències per a gent gran

Les residències per a gent gran són centres, amb caràcter permanent o temporal, adreçats a persones de més de 65 anys que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que parteixen d'una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la seva llar. Els objectius dels serveis de residència assistida per a les persones grans, són els següents:

-  Facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats assistencials de la gent gran.
-  Afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social de la persona.
-  Potenciar el benestar personal, afavorint les relacions socials i la convivència entre les persones dels centres.

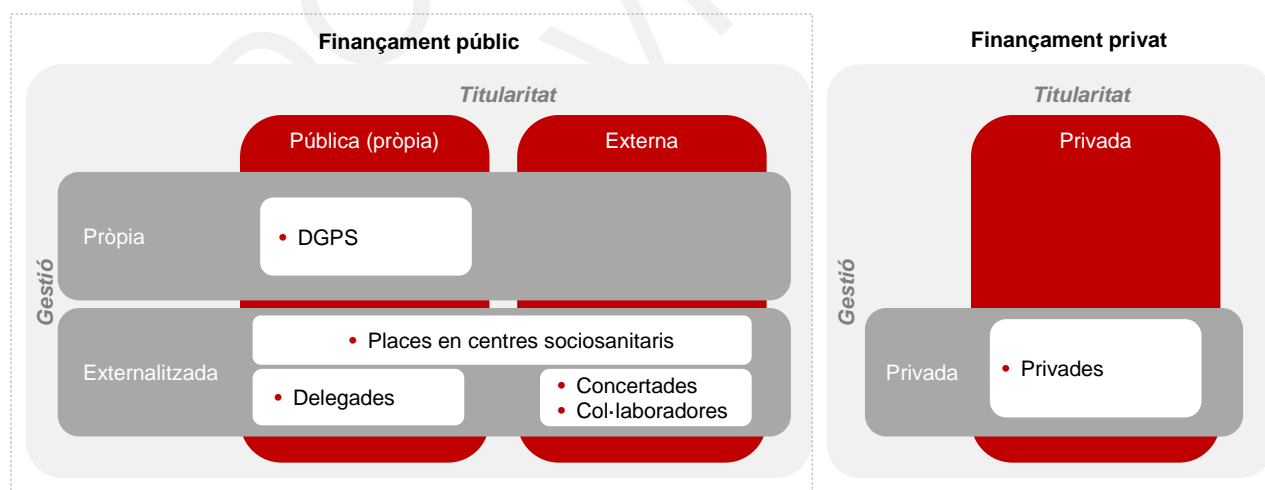
En el seu conjunt, els centres residencials es dediquen a garantir l'assoliment de les necessitats bàsiques de les persones grans, oferint una atenció integral i serveis continuats de caràcter personal, social i sanitari.

No obstant, com a conseqüència de l'increment de la complexitat del perfil de les persones ateses als centres, s'està generant una creixent demanda d'aquests serveis, que requereixen d'una considerable intensitat en cures i recursos.

En resposta a aquestes situacions s'està incrementant el nombre de centres i places residencials.

En aquest sentit, com es mostra en la següent figura, trobem diverses tipologies de centres:

#### Tipologies de residències



*Abast del document*

Cada tipologia de centre té unes característiques específiques derivades de la seva titularitat i de la seva gestió. Aquestes particularitats s'han d'aprofitar i respectar, garantint però una atenció sanitària equitativa i amb unes bases i directrius comunes. Per tant, en aquest document es detallen les bases comuns del model i es tracta de forma diferenciada l'operativització per a cada tipologia de centre.

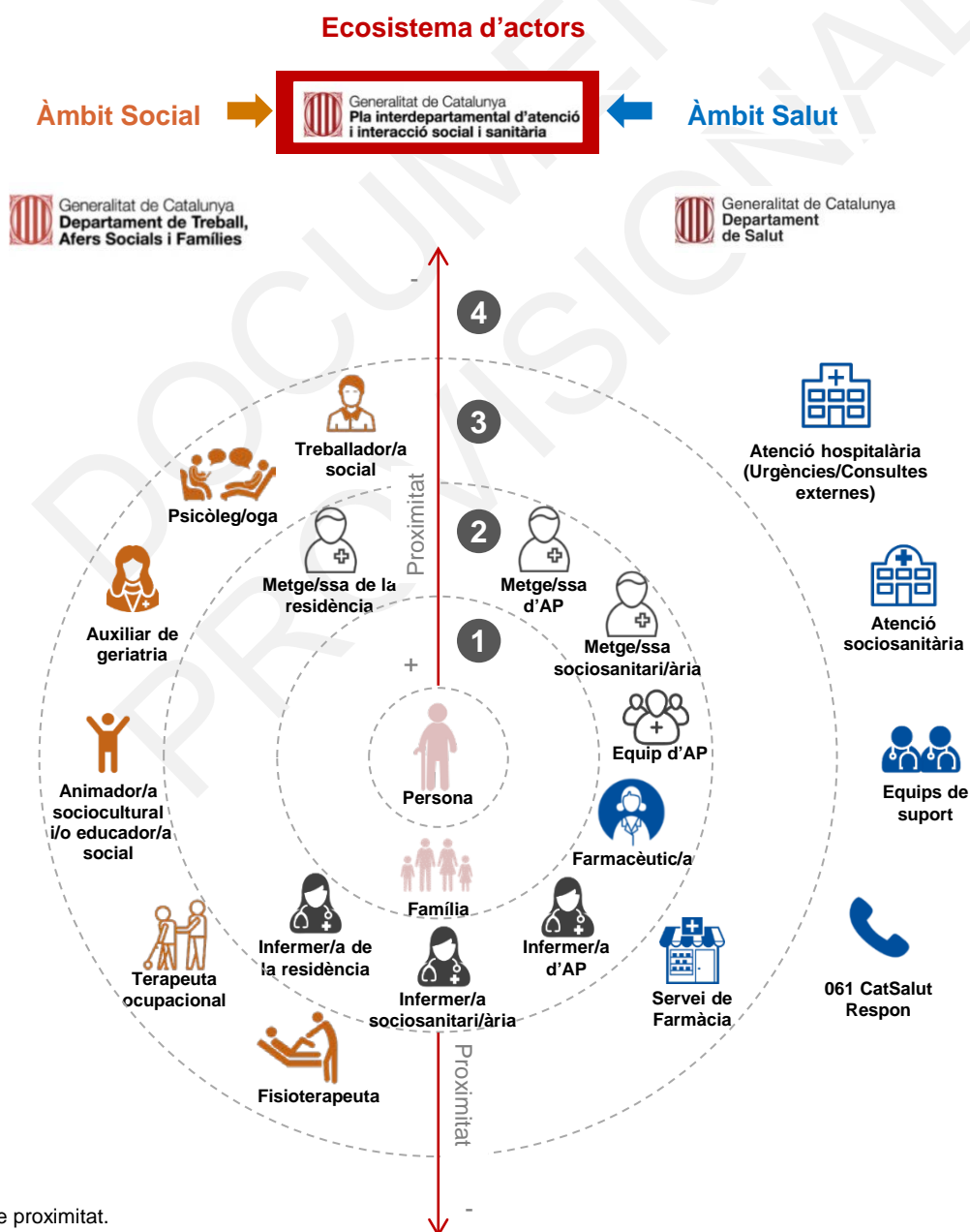
### 3. Marc conceptual

#### 3.5 Actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones

L'atenció integrada a persones en centres residencials requereix la intervenció i la coordinació de múltiples actors que conformen un ecosistema complex. El seu rol pot variar en funció de la tipologia de residència i de les particularitats d'aquesta.

A continuació es presenten de forma gràfica la globalitat dels actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones grans que viuen en residències. Es troben situats en una sèrie de corones que simulen cercles de proximitat amb la persona atesa, i diferenciats, segons el departament al qual pertanyen. Així doncs, s'han assenyalat en color gris els actors la responsabilitat dels quals pot variar en funció de la tipologia de residència.

No obstant, per a totes les tipologies de residències, s'ha situat a la família al cercle de proximitat més proper a la persona que viu a la residència, pel paper fonamental que representa sobre el seu estat de salut i en la seva presa de decisions.



x Cercle de proximitat.

La coordinació entre els diferents actors és l'element clau que ha de garantir l'èxit del Model d'Atenció Sanitària Integrada a persones en centres residencials, la qual cosa fa especialment necessària la definició clara de les responsabilitats que desenvolupen els diversos agents per a cada nivell de l'ecosistema:

## 0/ Centre de l'ecosistema.



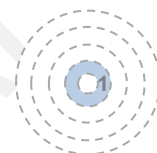
Al nucli de l'ecosistema es troba la persona, constituint l'eix sobre el qual pivoten la resta de professionals dins el model.



### Persona.

Individu que viu a la residència i requereix de serveis sanitaris en el seu dia a dia.

## 1/ Primera corona de proximitat.



En la corona de més proximitat es troba la família com a pilar fonamental en el que es recolza la persona que viu al centre residencial.

### Família.



Grup de persones amb vincles personals amb el resident que acostumen a tenir influència sobre la presa de decisions sanitàries de la persona, a vegades directe ja que tenen la tutorització legal de les persones amb alts graus de dependència. Representa un element clau en l'estat de salut de la persona, especialment en accions d'acompanyament emocional, ajuda personal i participació en les activitats del centre.

## 2/ Segona corona de proximitat.



Al següent nivell d'atenció hi trobem els professionals que intervenen en l'atenció sanitària diària de les persones, responen a les seves necessitats vitals i assumint la major responsabilitat en el desenvolupament de les tasques requerides:

### Metge/Metgessa (residència, Atenció Primària i sociosanitari/ària)



Responsable de preveure i respondre a les necessitats mèdiques i principals problemes de salut de les persones a les residències, realitzant els serveis d'atenció sanitària des del propi centre.

### Infermer/Infermera (residència, Atenció Primària i sociosanitari/ària)



Responsable del pla de cures de les persones, aplicant coneixements i tècniques específiques, i del seguiment de les ordres mèdiques.

## 2/ Segona corona de proximitat (continuació).



### Equip d'Atenció Primària.



Responsable de donar assistència sanitària essencial accessible a tots els individus i famílies de la comunitat i de preveure i respondre a les necessitats clíniques de les persones.

L'Equip d'Atenció Primària garanteix l'atenció continuada i urgències a tot el territori mitjançant l'ACUT (Atenció Continuada i Urgent Territorial) una sèrie d'unitats territorials conformades per dispositius com els de 7x24, CUAPs (Centres d'Urgències d'Atenció Primària), PACs (Punts d'Atenció Continuada) i CACs (Centres d'Atenció Continuada).



### Farmacèutic/Farmacèutica<sup>1</sup>.

Responsable de prestar l'atenció farmacèutica a les persones i donar suport als professionals de les residències segons les seves demandes i necessitats.

## 3/ Tercera corona de proximitat.



Al tercer nivell d'atenció hi trobem el següent grup de professionals que intervenen en l'atenció a les persones.

En l'àmbit de les residències, atenent al perfil de persones que hi viuen i a la tendència a la complexitat observada, els equips d'atenció han esdevingut equips multidisciplinaris composts per professionals de diferents disciplines i amb capacitats diverses i complementàries, que assegurin l'abordatge integral de les necessitats de les persones a les que atenen.

En l'àmbit social, l'equip es compon pels següents professionals assistencials amb les següents funcions generals:



### Treballador/Treballadora social

Responsable dels aspectes socials relacionats amb la integració del resident al centre, la relació amb les famílies, altres residents i la comunitat, i amb els serveis socials del territori.

### Psicòleg/Psicòloga



Responsable de l'atenció psicològica a les persones usuàries dels centres, les seves famílies i, si s'escau, al personal del mateix centre. Ha d'atendre la dimensió psicosocial de la vida a la residència.

### Professional d'atenció a la dependència (auxiliars de geriatria)



Responsable d'atendre i ajudar els usuaris en les activitats de la vida diària que no puguin realitzar per si mateixos i efectuar aquelles tasques encaminades a la seva atenció personal i del seu entorn.

### Fisioterapeuta



Responsable de l'atenció de fisioteràpia als usuaris dels centres tant des del punt de vista preventiu, com des del punt de vista habilitador i rehabilitador.

<sup>1</sup>Les funcions del farmacèutic es detallen en el document *Model d'Atenció Farmacèutica per a les persones que viuen en residències de Catalunya*



### 3/ Tercera corona de proximitat (continuació).



#### Terapeuta ocupacional

Responsable de l'activitat rehabilitadora i potenciadora de les capacitats residuals mitjançant activitats de teràpia, per tal d'aconseguir la màxima independència.



#### Animador/Animadora sociocultural o Educador/Educadora social

Responsable de definir, adaptar i dinamitzar els programes d'animació cultural, d'oci i temps lliure, adequant-lo al col·lectiu i la institució.

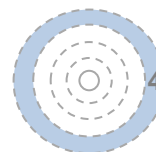
En l'àmbit de salut, trobem el següent actor implicat en l'atenció de les persones a la residència:



#### Servei de farmàcia

Servei de referència, responsable de proveir els medicaments i productes sanitaris prescrits, així com de controlar i gestionar els medicaments del dipòsit de la residència.

### 4/ Quarta corona de proximitat.



En l'àmbit de salut, els professionals de suport que intervenen en l'atenció sanitària de les persones s'identifiquen com a equips que ofereixen altres tipologies d'actuacions:

#### Atenció sociosanitària



Atenció adreçada a persones grans, persones amb malaltia d'Alzheimer o altres demències, persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i persones en situació de final de vida, amb un especial esment a l'atenció d'aquelles en situació de major risc i/o vulnerabilitat per processos crònics o aguts, amb diferents graus de dependència i a qualsevol etapa del cicle vital. En especial, han de buscar l'augment de l'autonomia de l'usuari, pal·liar les seves limitacions o patiments i facilitar, la seva reinserció social. Es compona de les següents unitats:

##### Convalescència

Destinada a persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i que, a causa de la seva complexitat, requereixen alta intensitat de cures. Aquest tipus d'unitats poden estar en centres sociosanitaris o en unitats sociosanitàries d'hospitals d'aguts.

##### Hospitals de dia sociosanitaris

Unitats estructurals que permeten realitzar el diagnòstic, tractament i observació del pacient durant el seu horari de funcionament.

##### Llarga estada

Aquest dispositiu presta atenció continuada a persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència, que necessiten recursos tècnics o professionals que no es poden proporcionar a domicili o en una residència geriàtrica a causa del seu grau de complexitat clínica i/o assistencial.

##### Unitat de subaguts

Unitats normalment ubicades en dispositius sociosanitaris on ingressen pacients amb requeriments diagnòstics, de tractament i de cures de menys intensitat que els dels hospitals d'aguts. Es el dispositiu d'internament idoni per a pacients amb patologia crònica i tractaments simples i/o pacients que es beneficien especialment d'un maneig integral.



## 4/ Quarta corona de proximitat (continuació).



### Atenció hospitalària



Atenció especialitzada integral i interdisciplinària per a persones amb patologies que requereixen ser ateses o ingressades en un centre hospitalari per al seu diagnòstic, tractament, realització de proves complementàries i/o valoració de diverses especialitats mèdiques. (Urgències/Consultes externes).

### Equips de suport<sup>1</sup>



Equips sanitaris de valoració i suport a domicili o a l'hospital que realitzen atenció directa integral i especialitzada a les persones, a petició i com a suport dels professionals de l'Atenció Primària i Social. Es consideren en aquest model els següents equips:

#### Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES)

Recurs sociosanitari d'àmbit domiciliari, que dona suport social i sanitari als Centres d'Atenció Primària en situacions de persones amb malalties pal·liatives, neurològiques, cròniques, síndromes geriàtrics descompensats, dependència i envelliment, necessitats de supervisió sanitària especialitzada o que presenten complexitat terapèutica controlable.

#### Equips d'Atenció Residencial (EAR)

Dispositius sanitaris assistencials experts en geriatria que han desenvolupat la seva funció en alguns territoris i proveïdors de salut de forma coordinada amb els equips d'Atenció Primària (EAP) i els professionals sanitaris de les residències.

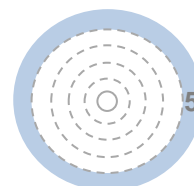
#### Hospitalització a domicili (HaD)

L'hospitalització a domicili és un model assistencial que proporciona cures i atencions de nivell hospitalari al domicili dels pacients amb l'objectiu d'evitar o escurçar l'estada a l'hospital.



### 061 CatSalut Respon

Dispositiu d'activació d'urgències i emergències sanitàries de tot el territori català. Encarregat també de realitzar tràmits administratius i resoldre problemes i dubtes de salut.



## 5/ Corona perifèrica

Finalment, situem a la corona estratègica les institucions públiques encarregades de la planificació de serveis d'atenció sanitària i social a les persones en residències:



**04**



**Model d'Atenció  
Sanitària Integrada**

DC  
PROVINCIA



## 4. Model d'Atenció Sanitària Integrada

### 4.1 Bases comunes del model

Fonamentat en els pilars anteriorment descrits, es proposa construir un model d'atenció sanitària equitatiu, proper i segur, que garanteixi la qualitat i el contínuum assistencial en l'atenció sanitària a les persones que viuen en residències per a gent gran.

La necessitat de definir un Model d'Atenció Sanitària Integrada centrada en la persona, que cobreixi les seves necessitats socials i sanitàries, tot obtenint una visió holística, comporta un canvi de paradigma respecte a la situació actual:

- 01/ Inclinatoria a l'atenció de proximitat envers a la persona respecte la prioritització de l'atenció per tecnificació.
- 02/ Priorització del coneixement i la vivència de la persona a l'hora d'establir el pla de resposta, tenint en compte tant la intensitat, com la diversificació.
- 03/ Propensió al desplaçament dels equips de professionals abans que el desplaçament de les persones.

Consegüentment, s'estableixen els següents criteris com a bases comunes del model:



Tota persona adscrita al CatSalut (per tant, en disposició d'un Codi d'identificació personal (CIP)), independentment d'on resideixi, té dret a rebre serveis sanitaris públics, pel que ha de disposar d'un equip d'atenció sanitària de referència assignat per part de l'Atenció Primària.

Aquest equip d'Atenció Primària ha de representar el primer nivell d'atenció per a les persones, amb el suport dels seus equips d'atenció continuada i de suport a domicili.



És fonamental l'assignació d'un únic equip de referència sanitari per a les persones, per tal d'evitar confusions, desigualtats i duplicitats en els serveis sanitaris prestats.



És necessari minimitzar els desplaçaments de les persones grans als hospitals, reduint-ho a aquells que siguin indispensables. S'ha observat que el circuit establert actualment en la que es deriva als residents a un hospital sense activar recursos intermedis provoca conseqüències negatives, inclús a vegades crítiques, sobre el seu estat de salut.

## 4. Model d'Atenció Sanitària Integrada

Així doncs, entenent que existeixen diverses tipologies de centres que presenten característiques particulars, s'ha construït sobre les bases comunes descrites, un model que aprofita i potencia les fortaleses de cada tipologia de centre, operativitzat de forma específica per a cadascuna d'ells.

Per tant, per a cadascuna de les tipologies de centre es descriu:

### Contingut diferencial per a cada tipologia de centre

Tipologies de residència	Apartats descrits			
	Ecosistema d'actors	Model d'Atenció Sanitària	Circuit d'atenció sanitària	Carta de serveis sanitaris
Residències de gestió pròpia de la DGPS	✓	✓	✓	✓
Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i col·laboradores	✓	✓	✓	✓
Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris	✓	✓	✓	✓

### Principals millores aconseguides

La definició del nou model d'atenció a les persones pretén resoldre els punts crítics que s'han observat en la situació actual, aconseguint, entre d'altres, les següents millores:



Assistència sanitària integrada liderada per l'equip d'Atenció Primària, oferint una atenció centrada en la persona més propera, equitativa i segura, que garanteixi de forma longitudinal la qualitat dels serveis i el continuum assistencial en la prestació sanitària a les persones que viuen en residències.



Desenvolupament estratègic d'un model d'atenció sanitària integrada acordada pel Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.



Identificació de responsabilitats, circuits i sistema de relació entre els diferents actors implicats en l'atenció de les persones que viuen en residències.

## Definició de l'estructura del bloc corresponent a la “Cartera de serveis sanitaris”

Els nous models d'atenció definits impliquen canvis en les responsabilitats d'execució dels serveis que ofereixen les residències. Aquesta cartera integra tots els serveis, processos i dinàmiques de funcionament de la residència diferenciant dos nivells de cobertura:



### Nivell bàsic

(Cartera de serveis sanitaris bàsica)

Fa referència a aquelles activitats que han d'oferir tots els equips d'Atenció Primària i l'equip sanitari de les residències.



### Nivell avançat

(Cartera de serveis sanitaris avançada)

Es tracta d'una aposta per l'augment de la resolució d'aquests equips per garantir la sostenibilitat del sistema i l'atenció en la ubicació més propera on viuen les persones.

L'execució de les tasques definides a la cartera de serveis que es presenta en aquest apartat s'adaptarà a les particularitats de cada centre, així com a les seves especificitats territorials:

### La situació específica de la persona resident



La valoració de cada cas particular en funció de les circumstàncies específiques de cada persona, la seva voluntat i les seves necessitats individuals, poden fer que el criteri sanitari dels metges i metgesses de les residències consideri més oportuna la intervenció i suport addicional d'altres equips d'atenció sanitària.

### El dimensionament de personal de les residències



La dotació de personal del que disposa la residència i la complexitat clínica dels seus residents, poden comportar que de forma temporal o permanent, l'equip sanitari de la residència no pugui desenvolupar alguna tasca o servei que se'ls hi reconeix.

### Disponibilitat de material de les residències



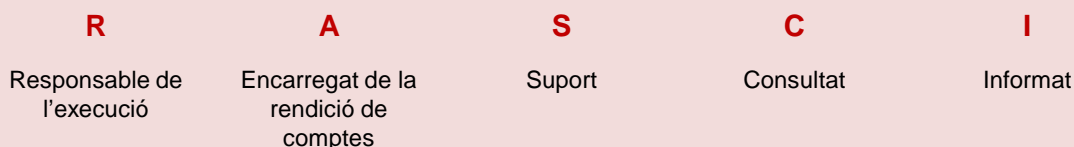
La disponibilitat del material *in situ* necessari per realitzar les tasques i serveis a les residències pot implicar la dificultat de la realització de les mateixes.

### L'horari d'atenció de la residència



El desenvolupament dels serveis associats al nou Model d'Atenció Sanitària, ha de ser garantit per l'Atenció Primària, ja sigui en horari o torn de l'equip de la residència, o fora d'aquest horari per la resta de l'equip d'Atenció Primària.

Així doncs, en les pàgines de l'apartat Cartera de Serveis per cada tipologia de residència, es presenta una de matriu de responsabilitats, on les files corresponen als serveis i les columnes a les agrupacions d'actors que participen d'alguna manera en la realització d'aquests. Per a cada interacció se li ha associat una responsabilitat a través d'una matriu RASCI<sup>1</sup>:



A continuació, s'explica el format en el que es presenta la Cartera de serveis:

Serveis	Agrupacions de professionals		
	Cap de centre de residència	Cap d'interacció Primària	Altres
<b>Tècniques</b>			
✓ TAO.	R	I	
✓ Extracció de sang.	R	I	
✓ Gestió de la mostra de sang de l'extracció.	I	R	
✓ Electrocardiogrames.	R	I	
✓ Radiologia simple: petició i valoració.	R	S	
✓ Valoració de la necessitat d'ajuda tècnica ortopèdica.	R	I	
<b>Proced. urgent</b>			
✓ Gestió i coordinació de les desviacions urgents amb l'CUAP del transport sanitari associat.	R	S	
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des de les UH.		I	R
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des del CUAP.		R	
✓ Resposta i seguiment immediat i estructurat de les altes hospitalàries, gestió de la continuïtat assistencial dels pacients.	R	S	S
<b>Activitats planificades</b>			
✓ Valoració geriàtrica integral (VGI): Primera a l'ingrés a l'RG (PIA).	R	I	
✓ Abordatge integral i multidisciplinari de les síndromes geriàtriques. Pla avançat de cures: ferides agudes i cròniques, integritat cutània, higiene bucal, incontinència urinària, peu diabètic, ...	R	S	S
✓ Aplicació de les Regles Assistencials Pactades i tasques associades: autorització, revaloració, retirada, ...	R	S	S
✓ En situació de cronicitat: PCC i MACA, planificar les activitats, elaborar, mantenir i publicar el corresponent – PRA i HCC en l'ínia amb les recomanacions del PPAU de les Regles.	R	S	S
✓ Hospitalitzacions programades.	R	S	S

**1** Relació de serveis

**2** Agrupació de professionals

**3** Distribució de responsabilitats

1. En l'annex 7.2 *Explicació dels rols de la matriu RASCI*, es descriu el detall de rols de la metodologia emprada.

40



## **4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS**

DO  
PROVINCIA



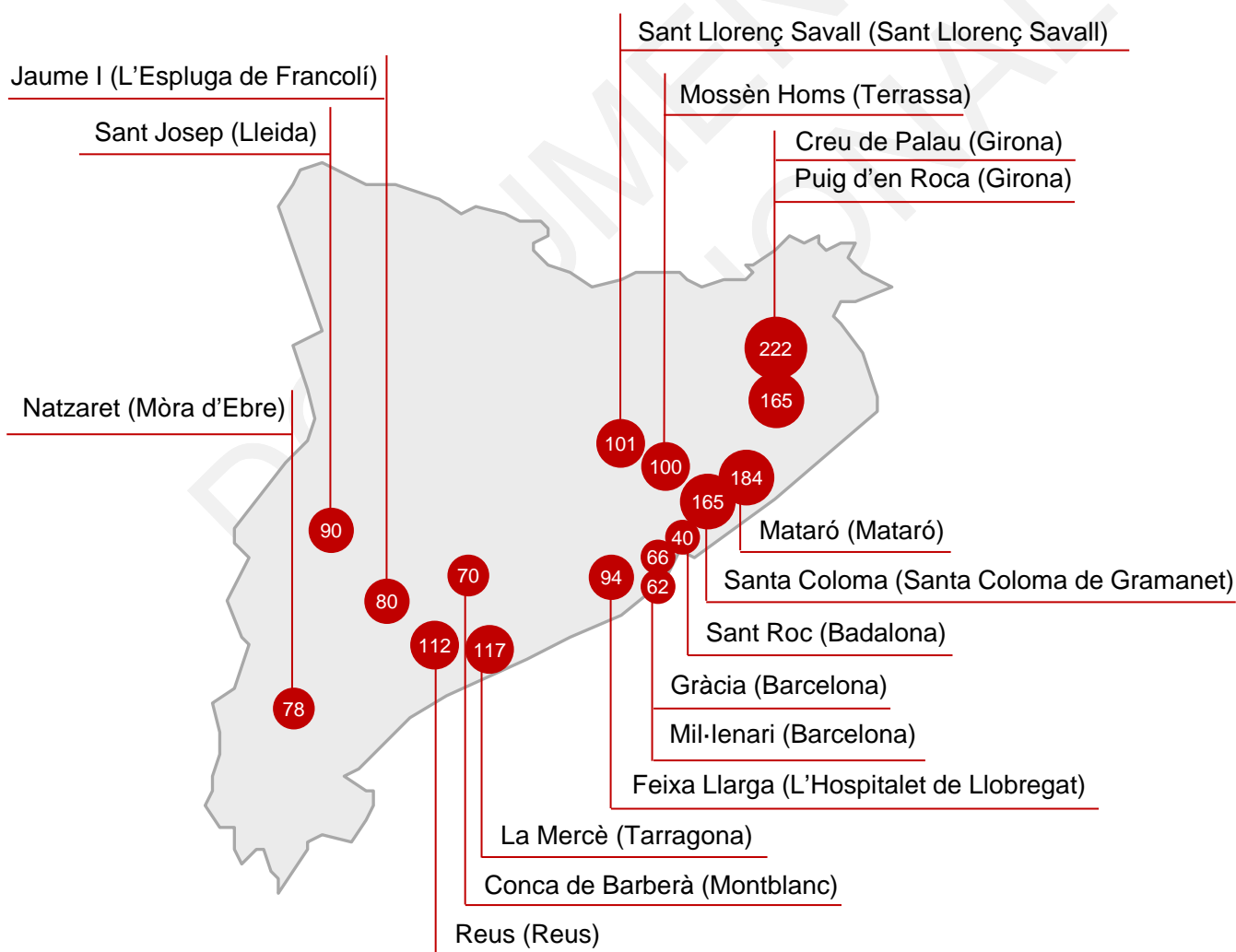
## 4. Model d'Atenció Sanitària Integrada

### 4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS

#### 4.2.1 Característiques de les residències

Les residències assistides per a gent gran de gestió pròpia de la DGPS són centres dependents del departament de Treball, Afers Socials i Famílies. A Catalunya, trobem 16 residències per a gent gran<sup>1</sup> de titularitat pública i gestió pròpia distribuïdes al llarg del territori.

Mapa de residències de titularitat pública i gestió pròpia de la DGPS

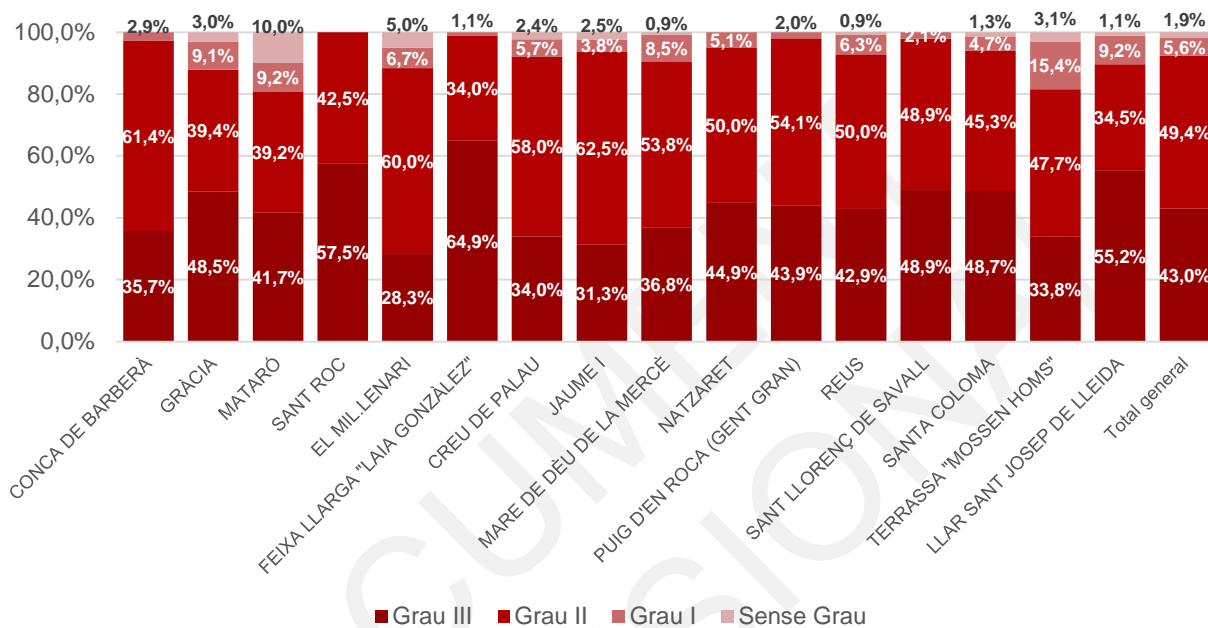


**x** Número total de places a la residència.

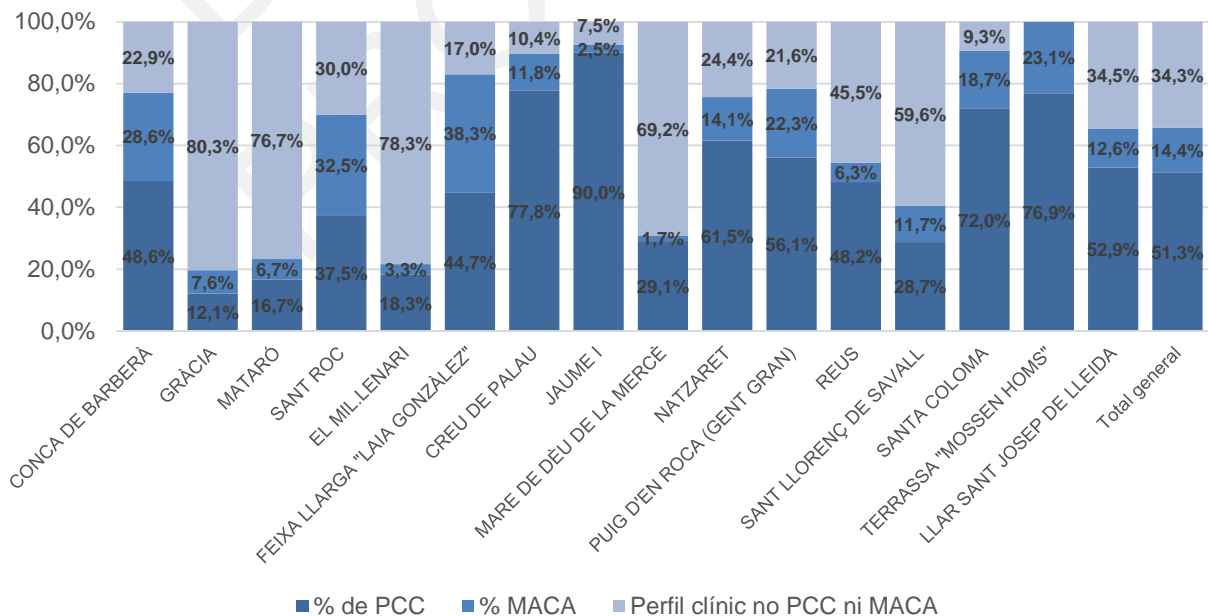
1. En l'annex 7.3 *Relació de residències de la DGPS* s'ha adjuntat una taula amb les dades detallades de les residències de la DGPS.

En aquestes residències, segons les dades aportades per la DGPS, els perfils de les persones que hi conviuen es distribueixen de la següent manera:

**Dades de dependència de les persones que viuen en residències de la DGPS.**



**Dades de complexitat del perfil clínic de les persones que viuen en residències de la DGPS.**

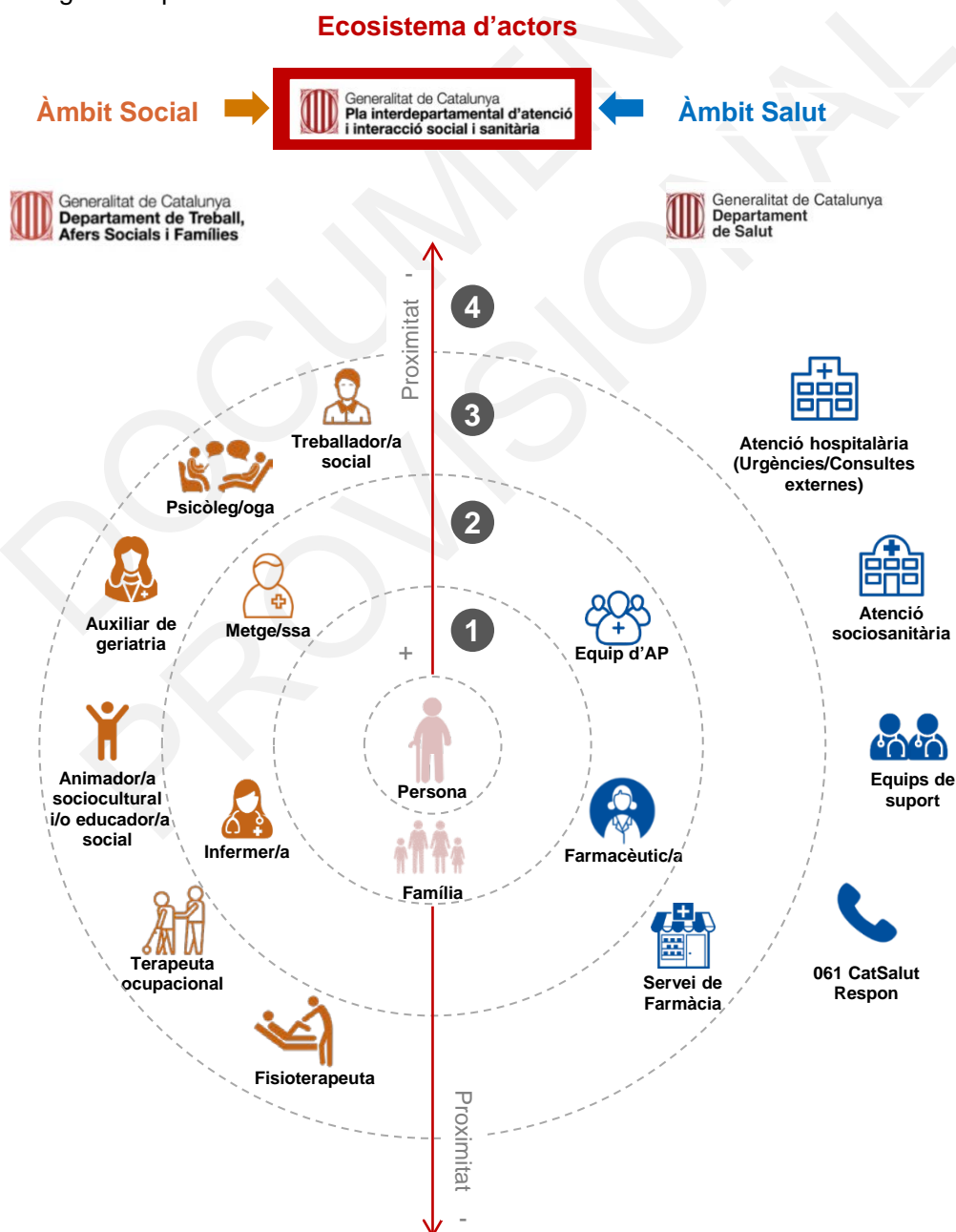


## 4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS

### 4.2.2 Ecosistema d'actors

A continuació es presenten els actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones que viuen en residències de titularitat i gestió pròpies en el nou model d'Atenció Sanitària Integrada.

La seva particularitat és la presència, dins l'equip multidisciplinari de la residència, del metge i de la infermera del centre. Aquests disposen del coneixement profund de la persona, que els percep com els seus professionals de referència. És per això que han de disposar de les mateixes competències que els seus homòlegs de l'equip d'Atenció Primària, i treballar de forma coordinada amb ells. Per tant, l'equip d'Atenció Primària, es troba situat a la mateixa corona de proximitat per tal de donar suport als metges i infermeres de la residència quan aquests ho requereixin, com s'explica en els següents apartats.

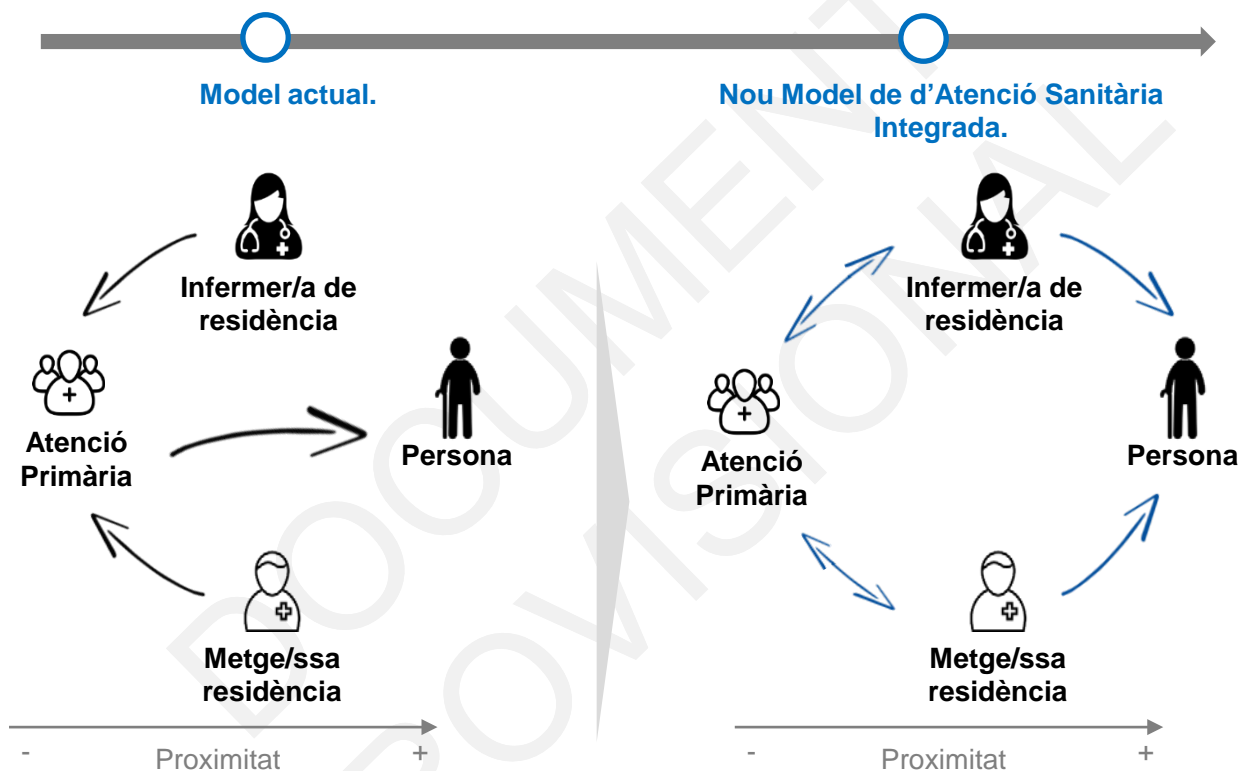


## 4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS

### 4.2.3 Model d'Atenció centrat en la persona

La necessitat de definir un Model d'Atenció Sanitària centrat en la persona comporta un canvi organitzatiu respecte la situació actual en les residències de la DGPS.

El model evoluciona des d'una estructura on l'equip de la residència requereix de l'equip d'Atenció Primària per donar resposta a les necessitats sanitàries de la persona, cap a un Model d'Atenció Sanitària on les dues parts formen un únic equip de referència, i es distribueixen les responsabilitats, prioritzant la proximitat i garantint el contínuum assistencial a la persona.



**Alta dependència de l'equip d'Atenció Primària** per part dels professionals de l'equip assistencial de les residències. Tot i que l'àmbit de **Salut** i el **Social** treballen col·laborativament, **no actuen sota una estratègia conjunta**.

L'equip sanitari de la residència (metge/essa i infermer/a) s'adscriuen **funcional o jeràrquicament** a l'equip d'Atenció Primària, adquirint els **mateixos drets i responsabilitats**, i podent desenvolupar les mateixes tasques que la resta de l'equip.

#### Modalitats d'integració dels equips

Existeixen diverses modalitats d'integració dels equips a l'hora d'implantar el model:

- **Doble dependència:** Integració funcional, però no orgànica, dels metges/esses i infermers/es de les residències a l'equip d'Atenció Primària.
- **Integració total:** Integració orgànica de l'equip de metges/esses i infermers/es de les residències, que actualment depèn del Departament de TASF, a l'equip d'Atenció Primària.

## 4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS

### 4.2.4 Circuit d'atenció sanitària

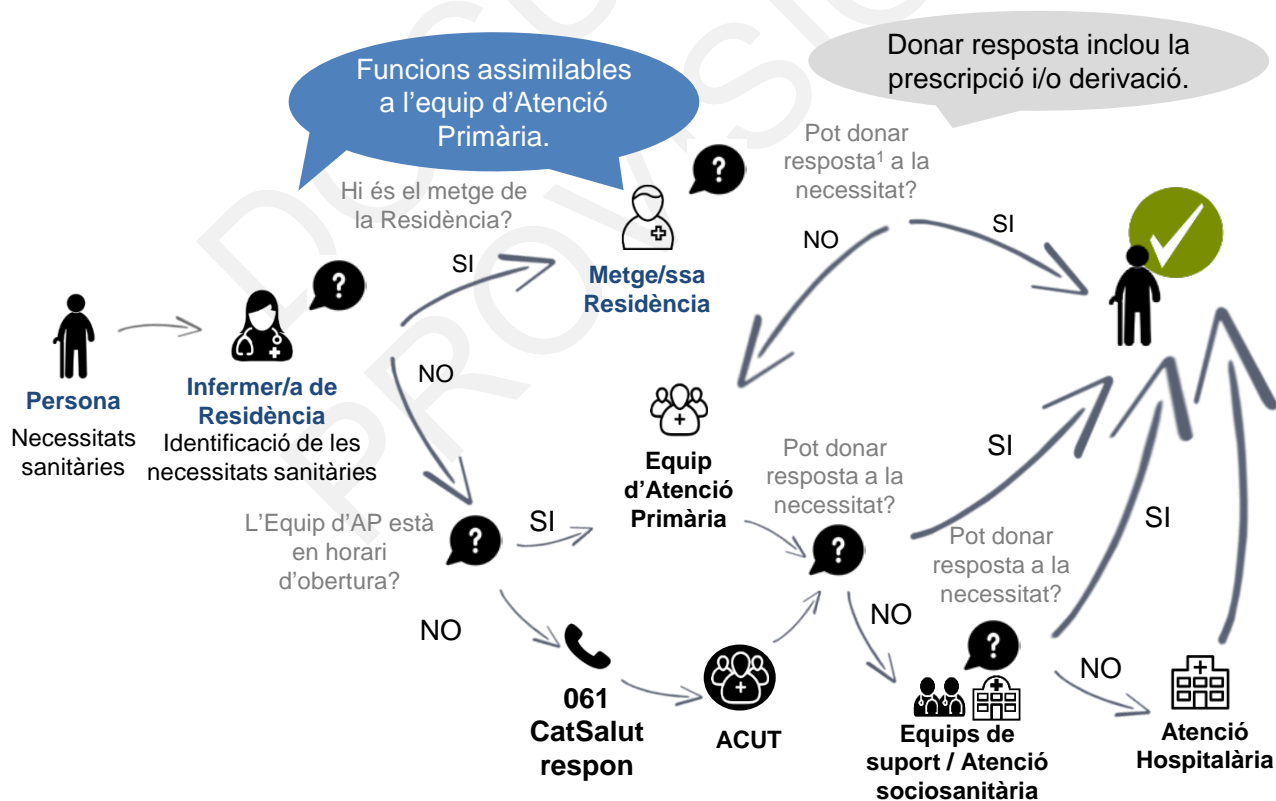
El desenvolupament del nou model comença per adaptar el circuit d'atenció encarregat de donar resposta a les necessitats sanitàries de les persones. Per a aquest model de forma específica, s'estableix un circuit on els professionals sanitaris de la residència de referència (metge i infermera), com a part de l'equip d'Atenció Primària, s'erigeixen com l'equip assistencial de referència. En cas d'absència o impossibilitat de donar resposta a les necessitats sanitàries de les persones, la resta de l'equip d'Atenció Primària és l'encarregat de planificar l'actuació necessària.

Per a que això sigui possible, totes les actuacions mèdiques s'han d'enregistrar i compartir en un repositori comú dissenyat per aquest fi. Així, es garanteix que tots els professionals d'Atenció Primària que intervenen en l'assistència sanitària de les persones disposen de la visió completa de la seva situació, de les seves particularitats i de tots els resultats de proves i analítiques que se li hagin realitzat.

En cas de demanda sanitària urgent, que no pugui ser resolta per part de l'equip residencial, s'hauria de prioritzar la seva resolució mitjançant els dispositius propis de l'Atenció Primària (CAC, PAC, CUAP, 7x24, etc.), per davant dels dispositius d'àmbit hospitalari (a excepció de codis d'emergència<sup>1</sup>).

A continuació es presenta de forma gràfica el nou circuit d'atenció sanitària:

#### Circuit d'atenció sanitària



<sup>1</sup>Una emergència mèdica és una alteració aguda de l'estat de salut en la que un increment del temps lliure de tractament mèdic, genera un increment en la mortalitat o empitjora el pronòstic de la persona afectada. És per tant una situació que posa en risc la vida de la persona, la seva qualitat de vida en cas de supervivència, i en la que cal una intervenció ràpida, coordinada i protocolitzada.

## 4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS

### 4.2.5 Cartera de serveis sanitaris

Per tal de garantir l'assoliment i l'adequació de l'execució dels serveis de la Cartera, és necessari definir correctament les responsabilitats dels actors que intervenen en la realització d'aquestes tasques. Per aquest motiu, s'han establert les següents agrupacions de professionals presentats en l'apartat 4.1.3 del document:

#### Equip sanitari de la residència



Metge/essa de la residència



Infermer/a de la residència



Farmacèutic/a

#### Resta d'equip Residència



Treballador/a social



Psicòleg



Auxiliar de geriatria



Animador/a sociocultural i/o educador/a social



Terapeuta ocupacional



Fisioterapeuta

#### Resta d'Atenció Primària



Equip d'Atenció Primària



ACUT

#### Altres



Equips de suport especialitzats



Consultes externes



Hospital d'aguts



Atenció sociosanitària





## 4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS

### 4.2.5.1 Cartera de serveis sanitaris bàsica

#### Agrupacions de professionals

Serveis	Agrupacions de professionals			
	Equip sanitari de Residència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Educació sanitària.	R	S	S	S
✓ Campanyes de Salut: execució.	R	S	S	S
✓ Atenció proactiva de la salut.	R	S	S	S
✓ Promoció de la salut i prevenció de la malaltia.	R	S	S	S
<b>Activitats ordinàries</b>				
✓ Valoració geriàtrica integral: successives (part sanitària).	R	S	I	I
✓ Pla terapèutic individual (PTI o PIAI) (part sanitària).	R	S	I	I
✓ Identificació de complexitat: MACA/PCC.	R	S	I	I
✓ En cas de complexitat, elaborar el PIIC.	R	S	I	I
✓ Estabilitat clínica: Prevenció de descompensació i atenció de malaltia crònica. Prevenció proactiva, atenció directa, revisió i actualització periòdica de les situacions clíniques i dels Plans de tractament, rehabilitació i nutrició.	R	S	I	I
✓ Aplicació d'acords de limitació d'esforç terapèutic (LET) inclosos en el PDA o DVA.	R	S	S Acompanyament família	I
✓ Prevenció i atenció de l'aparició de síndromes geriàtrics (p. Ex. Adequació de la incontinència, delírium, ...).	R	S	I	I
✓ Fisioteràpia funcional i respiratòria.	S	R	S	S
✓ Seguiment d'infeccions nosocomials i multiresistències.	R	S	S	S
✓ PreAlt i altes: Gestió de la continuïtat assistencial dels preAlt i activació del protocol de rebuda del resident: resposta i seguiment immediat i estructura de les altes.	R	S	S	S
✓ Tractament del dolor: agut i crònic.	R	S	S	S



**Agrupacions de professionals**

Serveis	Equip sanitari de Residència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
	<b>Tècniques</b>			
✓ TAO.	R	S	I	I
✓ Extracció de sang.	R	S	I	I
✓ Gestió de la mostra de sang de l'extracció.	I	S	R	I
✓ Electrocardiogrames.	R	S	I	S
✓ Radiologia simple: petició i valoració.	R	S	S	S
✓ Valoració de la necessitat d'ajuda tècnica ortopèdica.	R	S	I	I
<b>Procés urgent</b>				
✓ Gestió i coordinació de les desviacions urgents amb UH o a CUAP del transport sanitari associat.	R	S	S	S
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des de les UH.	I	S	I	R
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des del CUAP.	I	S	R	I
✓ Resposta i seguiment immediat i estructurat de les altes hospitalàries, gestió de la continuïtat assistencial preAlt.	R	S	S	S
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Valoració geriàtrica integral (VGI): Primera a l'ingrés a la RG (PIAI) (part sanitària).	R	S	I	I
✓ Abordatge integral i multidisciplinari de les síndromes geriàtriques, Pla avançat de cures: ferides agudes i cròniques, integritat cutània, higiene bucal, incontinència urinària, peu diabètic, ...	R	S	S	S
✓ Aplicació de les Rutes Assistencials Pactades i tasques associades: autorització, revaloració, retirada,...	R	S	S	S
✓ En situació de cronicitat: PCC i MACA, planificar les activitats, elaborar, mantenir i publicar el corresponent PIIC – PIAI a HC3 en línia amb les recomanacions del PPAC i de les Rutes.	R	S	S	S
✓ Hospitalitzacions programades.	R	S	S	S



**Agrupacions de professionals**

**Serveis**

**Farmàcia**

	Equip sanitari de Residència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
✓ Prescripció farmacèutica mitjançant recepta electrònica en base a les indicacions del CatSalut.	R	C	S	S
✓ Revisió clínica periòdica de la prescripció de farmàcia i dels plans de medicació.	R	I	I	I
✓ Revisió periòdica de la idoneïtat de la despesa farmacèutica.	R	I	A	S (proveïdor de Salut)
✓ Revisió i adequació del tractament no farmacològic, efectes i accessoris (bolquers, apòsits, sondes).	R	S	A	S (proveïdor de Salut)
✓ Control de fàrmacs específics (psicofàrmacs, tractament demència, ...).	R	C	A	S (proveïdor de Salut)

**Tràmits**

✓ Certificat de defunció.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tram horari metge residència.</li> </ul>	R	I	I	I
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fora d'horari del metge de la residència.<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horari obertura equip d'Atenció Primària.</li> </ul> </li> </ul>	I	I	R (EAP)	I
<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fora horari obertura equip d'Atenció Primària.</li> </ul> </li> </ul>	I	I	R (ACUT)	I
✓ Tramitació PAOs.	R	S	I	S
✓ Sol·licitud d'analítica completa (hematologia, bioquímica, bacteriologia).	R	I	I	I
✓ Gestió de la Interconsulta i de les exploracions complementàries i producte intermedi, hospitalització a domicili o Salut mental.	R	S	I	I
✓ Tramitació Nutricions.	R	S	S	S
✓ Registre actualitzat de l'estat de la persona a l'ECAP.	R	S	S	S
✓ Complementació del CMBD (Conjunt Mínim Bàsic de Dades).	R	S	S	S

<sup>1</sup> El responsable serà definit territorialment.

R = Responsable de l'execució A = Encarregat de la rendició de comptes S = Suport C = Consultat I = Informat



## 4.2 Residències de gestió pròpia de la DGPS

### 4.2.5.2 Cartera de serveis sanitaris avançada

Serveis	Agrupacions de professionals			
	Equip sanitari de Residència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Estratègia Final de Vida.	R	S	S	S
<b>Activitats ordinàries</b>				
✓ Model de garantia 7/24 (responsabilitats múltiples):				
• Tram horari metge residència.	R	S	I	I
• Fora d'horari del metge de la residència. <sup>2</sup>				
- Horari obertura equip d'Atenció Primària.	I	S	R (EAP)	I
- Fora horari obertura equip Atenció Primària.	I	S	R (ACUT)	I
<b>Tècniques</b>				
✓ Canalització d'accessos venosos, bombes,...	R	S	S	S
✓ Implantació i manteniment de catèters vesicals, rentats vesicals.	R	S	S	S
✓ Immobilitzacions, embenats, ...	R	S	S	S
✓ Manteniment i cura i recanvi ostomies (PEG), maneig de col·lectors...	R	S	S	S
✓ Test de disfàgia.	R	S	I	I
✓ Peak flow (aire expirat en el primer segon).	R	S	I	I
✓ Tractaments respiratoris: nebulitzacions, aerosols, oxigen teràpia temporal i portàtil. <sup>1</sup>	R	S	S	S
✓ RCP bàsica. <sup>1</sup>	R	S	S	S
✓ Paracentesis evacuadores (per confort). <sup>1</sup>	R	S	S	S
✓ Nutrició enteral (oral, SNG, PEG).	R	S	S	S
✓ Mesures d'aïllament associats a processos infecciosos.	R	S	S	S

<sup>1</sup> Material necessari addicional i mecanismes de manteniment del material.

<sup>2</sup> El responsable serà definit territorialment.

R = Responsable de l'execució A = Encarregat de la rendició de comptes S = Suport C = Consultat I = Informat



Agrupacions de professionals

Serveis	Equip sanitari de Residència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Situacions d'empitjorament</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inestabilitat clínica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tram horari metge residència.</li> <li>• Fora d'horari del metge de la residència.<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horari obertura equip d'Atenció Primària.</li> <li>- Fora horari obertura equip Atenció Primària.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>				
	R	S	I	I
	I	S	R (EAP)	I
	I	S	R (ACUT)	I
<b>Farmàcia</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Administració de fàrmacs, fluids i suplementes via endovenosa o subcutània: infusors.</li> </ul>	R	S	S	S

<sup>1</sup> El responsable serà definit territorialment

R = Responsable de l'execució A = Encarregat de la rendició de comptes S = Suport C = Consultat I = Informat



### **4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores**

DO  
PROV





## 4. Model d'Atenció Sanitària Integrada

### 4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores

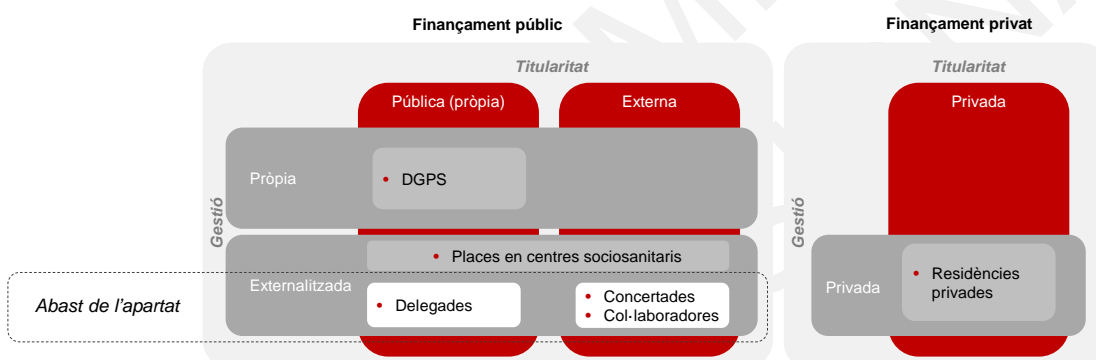
#### 4.3.1 Característiques de les residències

Els centres residencials que es recullen en aquest apartat formen part dels serveis socials especialitzats del sistema públic de serveis socials. Es regulen d'acord amb el que estableix la Llei 12/2007, d'11 d'octubre de serveis socials, i es recullen a la Cartera de serveis socials del Decret 142/2010, d'11 d'octubre.

Totes les residències han d'estar inscrites en el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments de Serveis Socials el qual és regulat pel DECRET 205/2015, de 15 de setembre, del règim d'autorització administrativa i de comunicació prèvia dels serveis socials i del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials.

Tal i com es mostra a la següent matriu, aquestes centres poden ser serveis socials de titularitat pública (residències donades a gestió) o de titularitat privada acreditats i concertats per l'Administració:

#### Tipologies de residències



En aquest apartat del document, només consideren els centres residencials de finançament públic i gestió externalitzada:

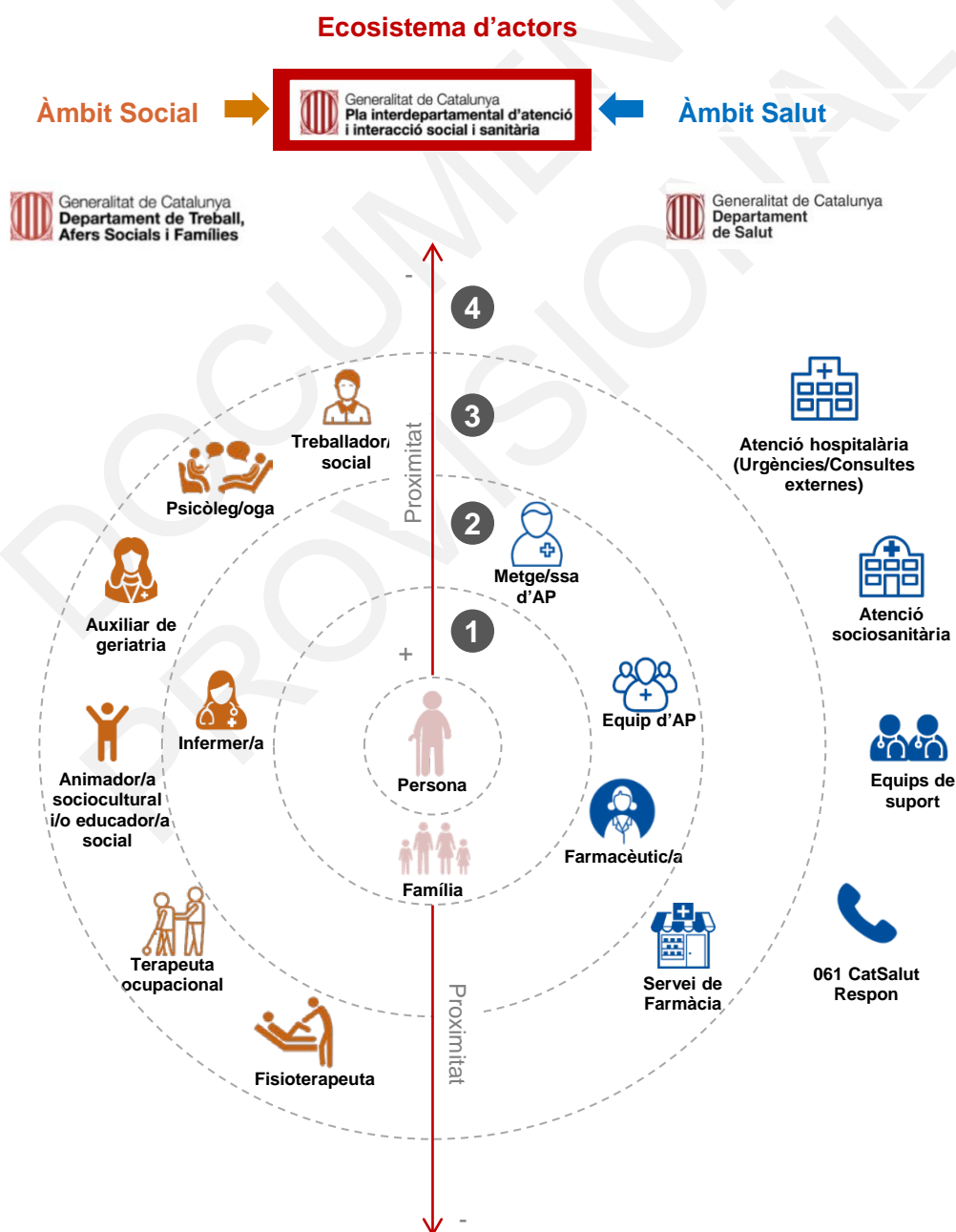
- 1 Residències públiques de gestió delegada:** es tracta de centres de propietat de l'Administració que encomanen la seva gestió a una entitat privada. Es materialitza mitjançant la Cartera de serveis socials de Catalunya, que estableix un sistema de copagament del preu de la plaça, en què una part l'assumeix el futur usuari, en funció dels seus ingressos (mai se superen aquests), i la resta l'Administració.
- 2 Residències privades amb places concertades:** es tracta de centres privats amb places assimilades a les places de les residències públiques. En aquest cas, també es materialitza mitjançant la Cartera de serveis socials de Catalunya, que estableix un sistema de copagament del preu de la plaça, en què una part l'assumeix el futur usuari, en funció dels seus ingressos (mai se superen aquests), i la resta l'Administració.
- 3 Residències privades col·laboradores:** fa referència a centres que ofereixen places privades, amb un finançament públic que ha permès completar la capacitat econòmica de les famílies per pagar el preu de la plaça, i que s'ha anomenat prestació econòmica vinculada per a l'ingrés dels majors dependents en plaça privada.

### 4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores

#### 4.3.2 Ecosistema d'actors

A continuació es presenten els actors que intervenen en l'atenció sanitària a les residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores.

En aquest cas, la seva particularitat principal és la presència del metge d'Atenció Primària com a metge de referència del centre, treballant integrat a l'equip multidisciplinari de la residència. D'aquesta manera, s'eviten les duplicitats que existeixen actualment i es garanteix el contínuum assistencial, ja que és recolzat en tot moment per l'equip d'Atenció Primària.



x Cercle de proximitat.

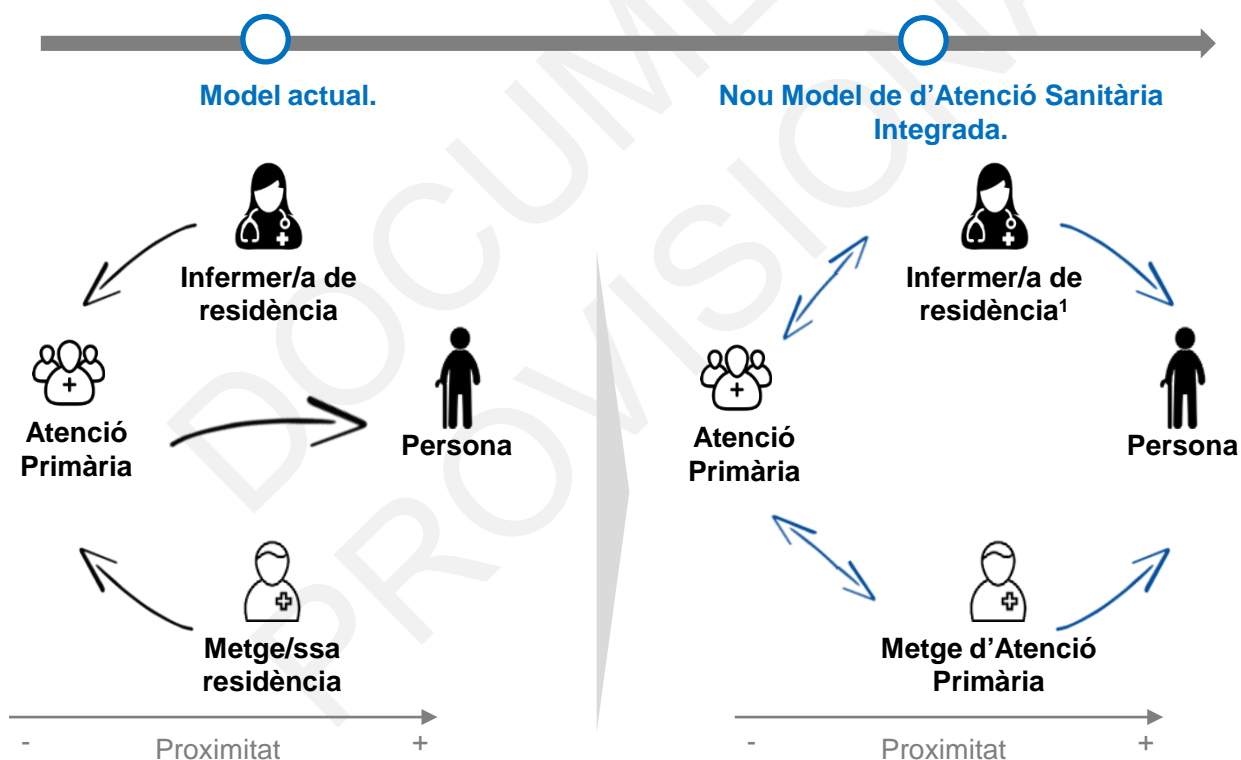
### 4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores

#### 4.3.3 Model d'Atenció centrat en la persona

Per aquestes tipologies de residència, i entenent que Atenció Primària ha de ser l'eix vertebrador de l'atenció a les residències, ha de ser l'equip d'Atenció Primària qui es faci càrrec d'assignar un metge del seu equip a les persones que viuen en aquestes residències.

Aquest metge, conjuntament amb la infermera de la residència, no només ha d'oferir atenció sanitària a les persones que viuen en les residències, sinó que ha d'integrar-se en l'equip multidisciplinari d'aquestes, i treballar de forma col·laborativa amb ells i amb la resta de l'equip d'Atenció Primària. Aquest punt és essencial per l'èxit del model, ja que el metge i la infermera han de ser coneixedors de l'entorn que pot afectar a les persones i les seves vivències.

La resta de l'equip d'Atenció Primària ha de complementar l'actuació del metge i de la infermera de la residència quan aquest no poden donar resposta a les necessitats de les persones.



**Alta dependència de l'equip d'Atenció Primària** per part de les residències. Tot i que l'àmbit de **Salut** i el **Social** treballen col·laborativament, **no actuen sota una estratègia conjunta.**

El metge de la residència formarà part de l'**equip d'Atenció Primària**, i aquest, s'haurà d'integrar a l'equip d'atenció sanitària de la residència.

<sup>1</sup>En aquells casos on no hi hagi infermera de residència, serà la infermera d'Atenció Primària qui assumeixi les seves tasques.

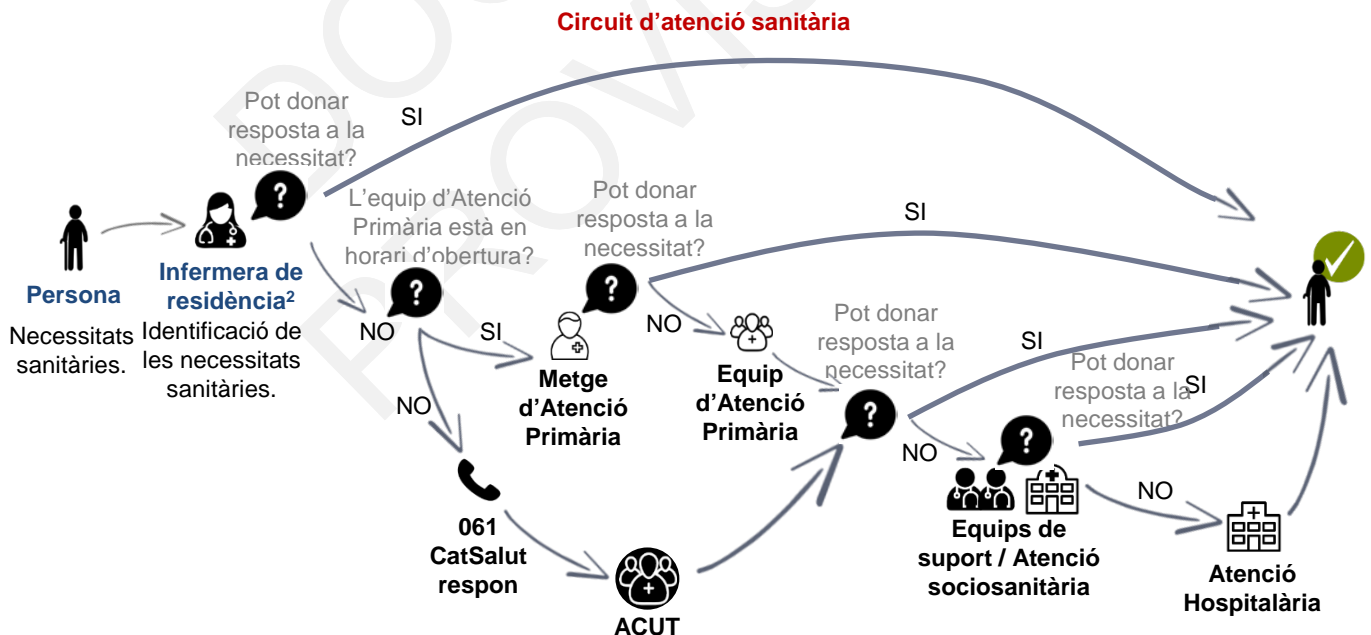
### 4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores

#### 4.3.4 Circuit d'atenció sanitària

El desenvolupament del model en aquesta tipologia de residències comporta adaptar novament i de forma específica, el circuit d'atenció encarregat de donar resposta a les necessitats sanitàries de les persones. En aquest model, s'estableix un circuit on l'equip de referència de la persona es compon per la infermera de la residència treballant de forma col·laborativa amb el metge de referència, que forma part de l'equip d'Atenció Primària. En cas d'absència o impossibilitat de donar resposta a les necessitats sanitàries de les persones, la resta de l'equip d'Atenció Primària és l'encarregat de planificar l'actuació necessària.

Com anotàvem per a les residències pròpies de la DGPS, per a que això sigui possible, totes les actuacions mèdiques s'han d'enregistrar i compartir en un repositori comú dissenyat per aquest fi. Així, es garanteix que tots els professionals d'Atenció Primària que intervenen en l'assistència sanitària de les persones disposen de la visió completa de la seva situació, de les seves particularitats i de tots els resultats de proves i analítiques que se li hagin realitzat.
















Altres cops, en cas de demanda sanitària urgent, que no pugui ser resolta per part de l'equip residencial, s'hauria de prioritzar la seva resolució mitjançant els dispositius propis de l'Atenció Primària (CAC, PAC, CUAP, 7x24,...), per davant dels dispositius d'àmbit hospitalari (a excepció de codis d'emergència\*).



### 4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores

#### 4.3.5 Cartera de serveis sanitaris

Tal i com s'ha realitzat per a les residències de titularitat i gestió pública, per tal de garantir l'assoliment i l'adequació de l'execució dels serveis de la Cartera, és necessari definir correctament les responsabilitats dels actors que intervenen en la realització d'aquestes tasques. Per aquest motiu, s'han establert les següents agrupacions de professionals en l'apartat 4.1.3 del document:

Equip sanitari de referència	Resta d'equip Residència
 <b>Metge/essa d'Atenció Primària</b>	 <b>Treballador/a social</b>
 <b>Infermer/a de la residència</b>	 <b>Psicòleg</b>
 <b>Farmacèutic/a</b>	 <b>Auxiliar de geriatria</b>
	 <b>Animador/a sociocultural i/o educador/a social</b>
	 <b>Terapeuta ocupacional</b>
	 <b>Fisioterapeuta</b>
Resta d'Atenció Primària	Altres
 <b>Equip d'Atenció Primària</b>	 <b>Equips de suport especialitzats</b>
 <b>ACUT</b>	 <b>Consultes externes</b>
	 <b>Hospital d'aguts</b>
	 <b>Atenció sociosanitària</b>

A continuació es defineix la distribució de responsabilitats a la cartera de serveis de les residències.



### 4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores

#### 4.3.5.1 Cartera de serveis sanitaris bàsica

#### Agrupacions de professionals

Serveis	Agrupacions de professionals			
	Equip sanitari de referència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Educació sanitària.	R	S	S	S
✓ Campanyes de Salut: execució.	R	S	S	S
✓ Atenció proactiva de la salut.	R	S	S	S
✓ Promoció de la salut i prevenció de la malaltia.	R	S	S	S
<b>Activitats ordinàries</b>				
✓ Valoració geriàtrica integral: successives.	R	S	S	I
✓ Pla terapèutic individual (PTI o PIAI).	R	S	S	I
✓ Identificació de complexitat: MACA/PCC.	R	S	S	I
✓ En cas de complexitat, elaborar el PIIC.	R	S	S	I
✓ Estabilitat clínica: Prevenció de descompensació i atenció de malaltia crònica. Prevenció proactiva, atenció directa, revisió i actualització periòdica de les situacions clíniques i dels Plans de tractament, rehabilitació i nutrició.	R	S	S	S
✓ Aplicació d'acords de limitació d'esforç terapèutic (LET) inclosos en el PDA o DVA.	R	S	S	S
✓ Prevenció i atenció de l'aparició de síndromes geriàtrics (p. Ex. Adequació de la incontinència, delírium, ...).	R	S	S	S
✓ Fisioteràpia funcional i respiratòria.	S	R	S	S
✓ Seguiment d'infeccions nosocomials i multiresistències.	R	S	S	S
✓ PreAlt i altes: Gestió de la continuïtat assistencial dels preAlt i activació del protocol de rebuda del resident: resposta i seguiment immediat i estructura de les altes.	R	S	S	I
✓ Tractament del dolor: agut i crònic.	R	S	S	S



**Agrupacions de professionals**

Serveis	Equip sanitari de referència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Tècniques</b>				
✓ TAO.	R	I	S	I
✓ Extracció de sang i emmagatzematge de la mostra.	R	S	S	I
✓ Gestió de la mostra de sang de l'extracció.	S	S	R	I
✓ Electrocardiogrames.	R	S	S	I
✓ Radiologia simple: petició i valoració.	R	I	S	I
✓ Valoració i prescripció de la necessitat d'ajuda tècnica ortopèdica.	R	S (fisioteràpia)	S	I
<b>Procés urgent</b>				
✓ Gestió i coordinació de les derivacions urgents amb UH o a CUAP i del transport sanitari associat.	R	I	S	I
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des de UH.	I	I	I	R
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des del CUAP.	I	I	R (ACUT)	I
✓ Resposta i seguiment immediat i estructurat de les altes hospitalàries, gestió de la continuïtat assistencial preAlt.	R	S	S	S
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Valoració geriàtrica integral (VGI): Primera a l'ingrés a la RG (PIAI).	R	S	S	I
✓ Abordatge integral i multidisciplinari de les síndromes geriàtriques, Pla avançat de cures: ferides agudes i cròniques, integritat cutània, higiene bucal, incontinència urinària, peu diabètic, ...	R	S	S	S
✓ Aplicació de les Rutes Assistencials Pactades i tasques associades: autorització, revaloració, retirada,...	R	S	S	S
✓ En situació de cronicitat: PCC i MACA, planificar les activitats, elaborar, mantenir i publicar el corresponent PIIC – PIAI a HC3 en línia amb les recomanacions del PPAC i de les Rutes.	R	S	S	S
✓ Preparació de les hospitalitzacions programades	R	s	s	I
✓ Hospitalitzacions programades.	S	S	I	R



**Agrupacions de professionals**

Serveis	Equip sanitari de referència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Farmàcia</b>				
✓ Prescripció farmacèutica mitjançant el mòdul de prescripció en base a les indicacions del CatSalut.	R	C	S	S
✓ Revisió clínica periòdica de la prescripció de farmàcia i dels plans de medicació.	R	I	S	I
✓ Revisió periòdica de la idoneïtat de la despesa farmacèutica.	R	I	I	I
✓ Revisió i adequació del tractament no farmacològic, efectes i accessoris (bolquers, apòsits, sondes).	R	S	I	S
✓ Control de fàrmacs específics (psicofàrmacs, tractament demència, ...).	R	C	S	S
<b>Tràmits</b>				
✓ Certificat de defunció.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tram horari metge residència.</li> </ul>	R	I	I	I
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fora d'horari del metge de la residència.<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horari obertura equip d'Atenció Primària.</li> </ul> </li> </ul>	I	I	R (EAP)	I
<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fora horari obertura equip d'Atenció Primària.</li> </ul> </li> </ul>	I	I	R (ACUT)	I
✓ Tramitació PAOs.	R	S	S	S
✓ Sol·licitud d'anàlítica completa (hematologia, bioquímica, bacteriologia).	R	I	I	S
✓ Gestió de la Interconsulta i de les exploracions complementàries i producte intermedi, hospitalització a domicili o Salut mental.	R	S	S	S
✓ Tramitació Nutricions.	R	S	S	S
✓ Registre actualitzat de l'estat de la persona a l'ECAP.	R	S	S	S

<sup>1</sup> El responsable serà definit territorialment.

R = Responsable de l'execució A = Encarregat de la rendició de comptes S = Suport C = Consultat I = Informat





### 4.3 Residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades i residències col·laboradores

#### 4.3.5.2 Cartera de serveis sanitaris avançada

#### Agrupacions de professionals

Serveis	Agrupacions de professionals			
	Equip sanitari de referència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Estratègia Final de Vida.	R	S	S	S
<b>Activitats ordinàries</b>				
✓ Model de garantia 7/24 (responsabilitats múltiples):				
• Tram horari metge residència.	R	S	S	S
• Fora d'horari del metge de la residència. <sup>2</sup>				
- Horari obertura equip d'Atenció Primària.	I	I	R (EAP)	I
- Fora horari obertura equip Atenció Primària.	I	I	R (ACUT)	I
<b>Tècniques</b>				
✓ Canalització d'accessos venosos, bombes,...	R	S	S	S
✓ Implantació i manteniment de catèters vesicals, rentats vesicals.	R	S	S	S
✓ Immobilitzacions, embenats, ...	R	S	S	I
✓ Manteniment i cura i recanvi ostomies (PEG), maneig de col·lectors...	R	S	S	S
✓ Test de disfàgia.	R	S	S	S
✓ Peak flow (aire expirat en el primer segon).	R	S	S	S
✓ Tractaments respiratoris: nebulitzacions, aerosols, oxigen teràpia temporal i portàtil. <sup>1</sup>	R	S	S	S
✓ RCP bàsica. <sup>1</sup>	R	S	S	S
✓ Paracentesis evacuadores (per confort). <sup>1</sup>	R	S	S	S
✓ Nutrició enteral (oral, SNG, PEG).	R	S	S	S
✓ Mesures d'aïllament associats a processos infecciosos.	R	S	S	S

<sup>1</sup> Material necessari addicional i mecanismes de manteniment del material.

R = Responsable de l'execució A = Encarregat de la rendició de comptes S = Suport C = Consultat I = Informat



Agrupacions de professionals

Serveis	Equip sanitari de referència	Resta d'equip Residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Situacions d'empitjorament</b>				
✓ Inestabilitat clínica:				
• Tram horari metge residència.	R	I	I	I
• Fora d'horari del metge de la residència. <sup>1</sup>				
- Horari obertura equip d'Atenció Primària.	I	I	R (EAP)	I
- Fora horari obertura equip Atenció Primària.	I	I	R (ACUT)	I
<b>Farmàcia</b>				
✓ Administració de fàrmacs, fluids i suplementes via endovenosa o subcutània: infusors.	R	S	S	S

DOCUMENT PROVISORI

## **4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris**

DOC  
PROV



## 4. Model d'Atenció Sanitària Integrada

### 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris

#### 4.4.1 Característiques de les residències

L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt de cures destinades a aquelles persones malaltes, generalment amb caràcter crònic, i persones amb discapacitat que, per les seves característiques especials, poden beneficiar-se de l'actuació simultània dels serveis sanitaris i socials per potenciar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social. Inclou l'atenció a les persones amb demència, l'atenció a les persones amb malaltia neurològica que pot cursar amb discapacitat, l'atenció a la gent gran i l'atenció a les persones amb malaltia avançada terminal i les cures pal·liatives.

En l'atenció sociosanitària, els serveis sanitaris i socials es complementen en la mesura en què calgui, en funció dels requeriments i les necessitats simultanis d'atenció per part dels dos tipus de serveis que tenen determinades persones.

Els professionals que integren la xarxa sociosanitària han de prestar, doncs, una atenció integral, interdisciplinària i geriàtrica, si s'escau, que respongui a totes les necessitats de la persona, respectant i promocionant, en la mesura del possible, la capacitat autònoma de les persones, potenciant la permanència en el seu domicili. Aquesta xarxa sociosanitària ofereix serveis d'internament i d'altres serveis que són alternatius a l'hospitalització per a persones que no requereixen d'ingrés.

L'evolució de la complexitat de les persones ha comportat la necessitat d'habilitar places residencials en centres sociosanitaris, per aprofitar-ne sinèrgies.

Les places residencials ateses per proveïdors de CatSalut sociosanitaris es diferencien en dos tipologies de centres:

1



#### MODEL DE CENTRES SOCIOSSANITARIS AMB LLITS RESIDENCIALS

Espais assistencials dotats de l'estructura i del personal necessari per atendre pacients amb necessitats sanitàries i socials, que disposen de places residencials dins del propi centre.



*Abast de l'apartat*

2



#### RESIDÈNCIES GESTIONADES PER CENTRES SOCIOSSANITARIS

Centres residencials dotats de l'estructura i del personal necessari per atendre a les necessitats sanitàries i socials de les persones, gestionats per un centre sociosanitari.



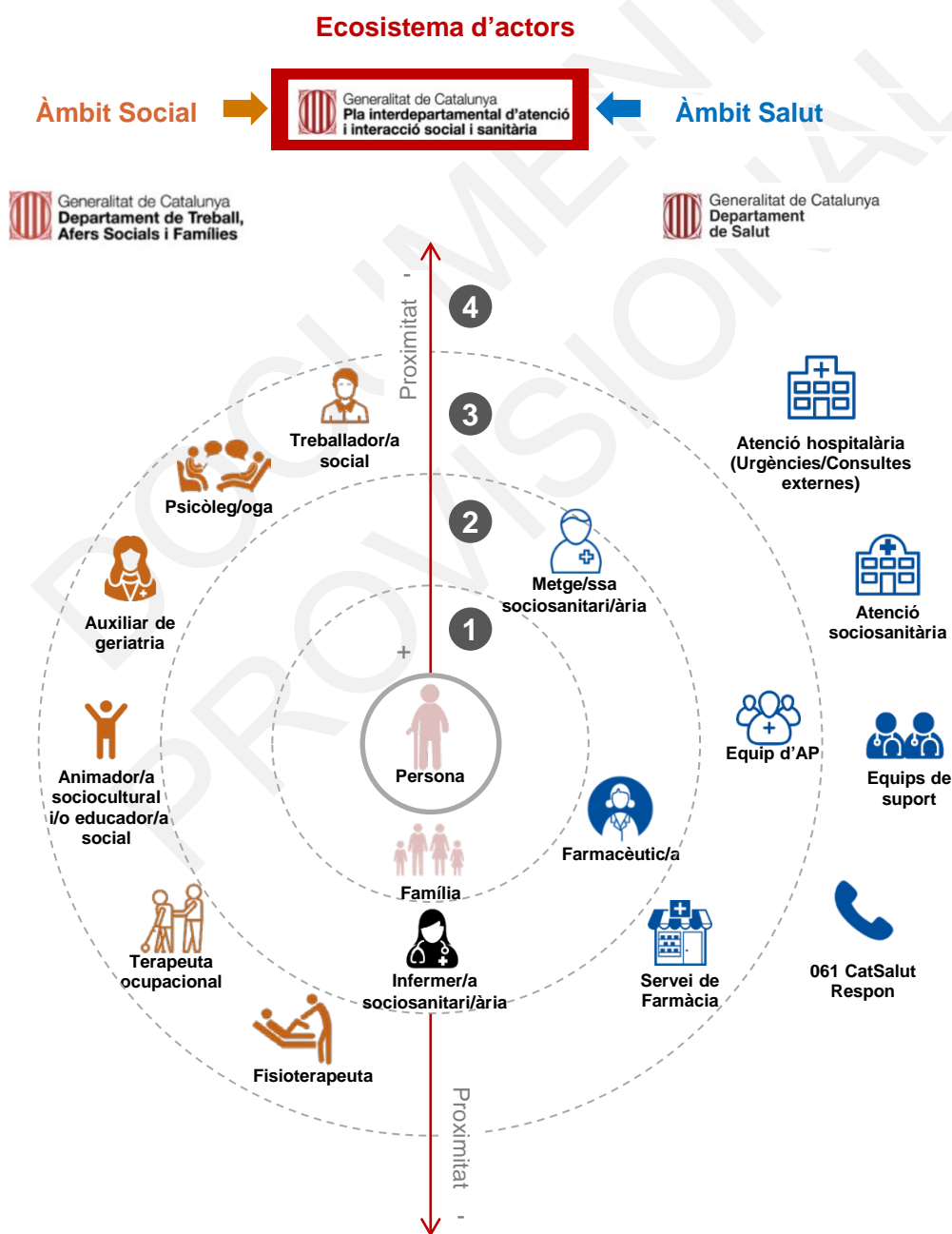
*Dependrà de l'acord de gestió de cada territori per part de CatSalut*

## 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris

### 4.4.2 Ecosistema d'actors

A continuació es presenten els actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones que viuen en places residencials en un centre sociosanitari en el nou model d'Atenció Sanitària Integrada.

En aquest cas, la seva particularitat principal és la presència dels professionals sanitaris (metge i infermera) del centre sociosanitari. En el nou model, aquests s'erigeixen com els professionals de referència de les persones que viuen en les places residencials del centre, ja que disposen del coneixement de la persona i de les seves vivències. En la següent corona de proximitat hi trobem dos àmbits d'actuació: la resta de l'equip multidisciplinari de la residència i l'equip d'Atenció Primària.

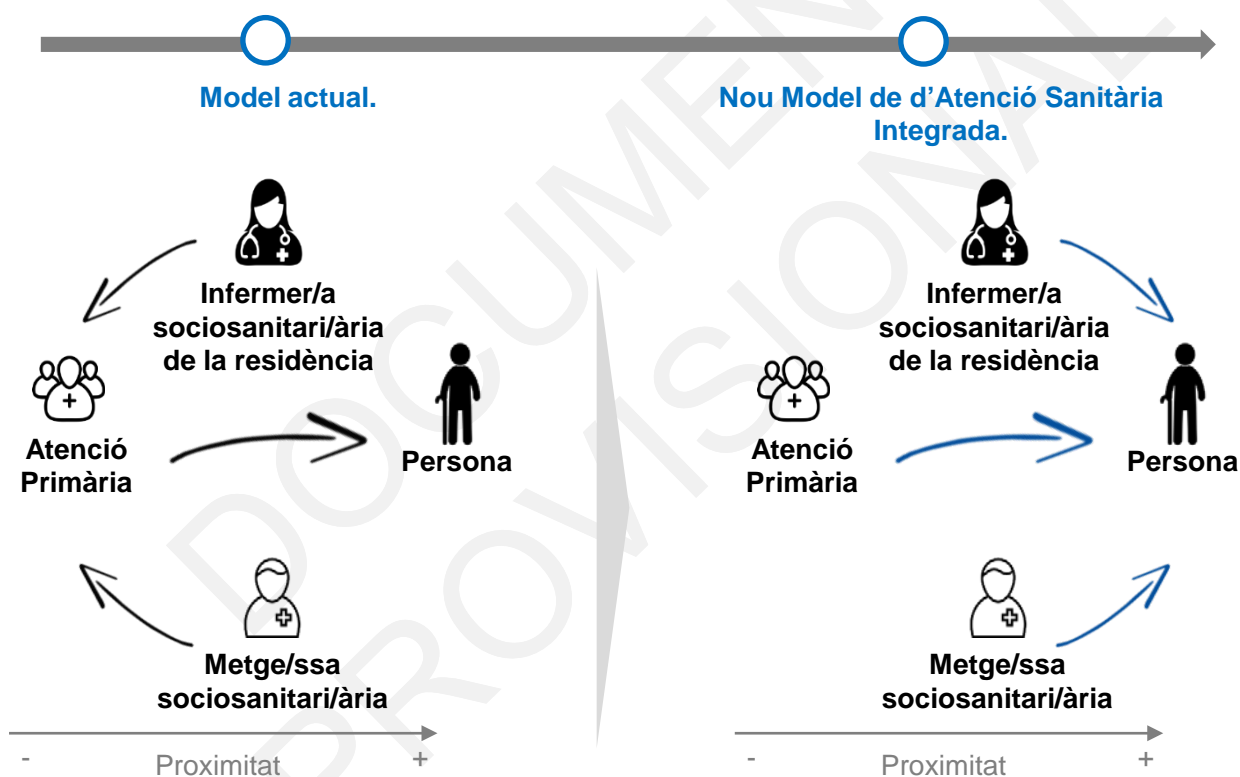


## 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut socio-sanitaris

### 4.4.3 Model d'Atenció centrat en la persona

És indispensable que els professionals de referència del centre socio-sanitari no treballin de forma autònoma, sinó que s'integrin dins de l'equip multidisciplinari aconseguint així una atenció holística a la persona. Per altra banda, l'equip d'Atenció Primària esdevé el pilar on es recolzen els professionals del centre quan aquests ho requereixin, com s'expliquen en els següents apartats.

El model evoluciona des d'una estructura on l'equip del centre socio-sanitari, tot i disposar del coneixement, circuits estipulats i material, requereix de l'equip d'Atenció Primària per donar resposta a les necessitats sanitàries de la persona, cap a un Model d'Atenció Sanitària on les dues parts formen un únic equip de referència, on es distribueixen les responsabilitats, prioritant la proximitat i garantint el contínuum assistencial a la persona.



**Alta dependència de l'equip d'Atenció Primària** per part dels professionals de l'equip assistencial de les residències. Tot i que l'àmbit de **Salut** i el **Social** treballen col·laborativament, **no actuen sota una estratègia conjunta.**

**El metge i infermera socio-sanitaris treballaran conjuntament amb l'equip sanitari de la residència**, i aquest, tindrà el suport de l'Atenció Primària en cas de ser necessari.

## 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut socio-sanitaris

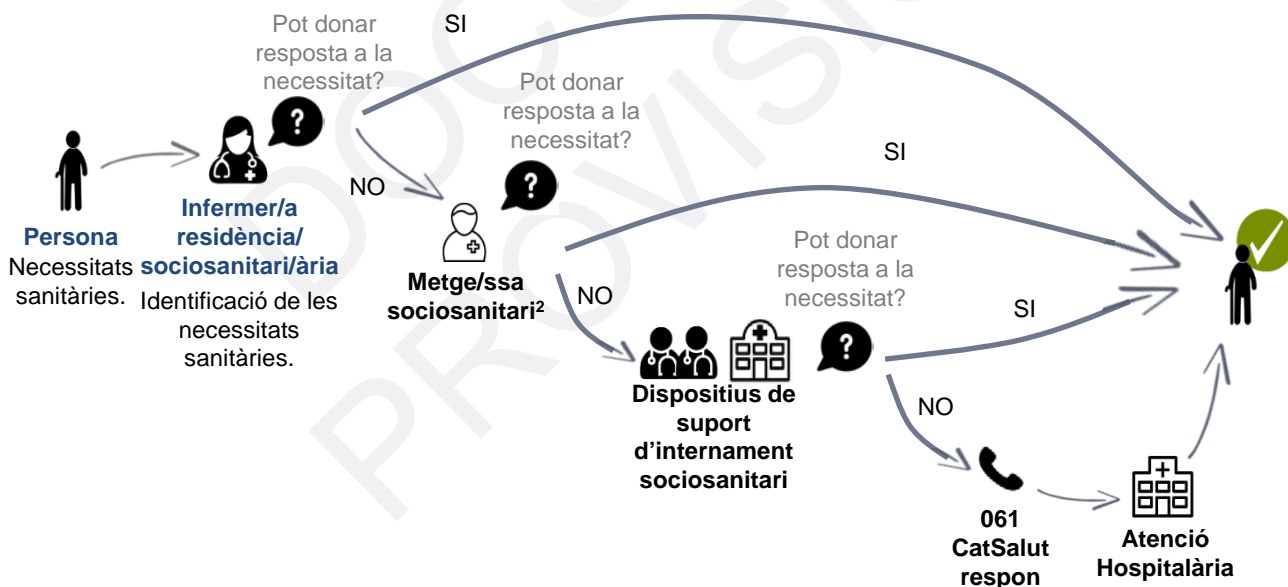
### 4.4.4 Circuit d'atenció sanitària

Per aquest model s'estableix un circuit on els professionals sanitaris del centre socio-sanitari, s'erigeixen com l'equip assistencial de referència. En cas d'absència o impossibilitat de donar resposta a les necessitats sanitàries de les persones, l'equip de guàrdia del Centre Socio-sanitari ha de planificar l'actuació necessària. Només si aquest no pot donar resposta tampoc a les necessitats sanitàries de les persones, s'activarà a través del 061 el circuit d'Atenció hospitalària.

No obstant i tal i com s'ha exposat en la resta de tipologies de residències, per garantir el continuïm assistencial quan la persona que viu a la residència no és atesa pel personal del Centre socio-sanitari, totes les actuacions mèdiques s'han d'enregistrar i compartir en un repositori comú dissenyat per aquest fi. Així, es garanteix que tots els professionals d'Atenció Primària que intervenen en l'assistència sanitària de les persones disposen de la visió completa de la seva situació, de les seves particularitats i de tots els resultats de proves i analítiques que se li hagin realitzat.

En cas de demanda sanitària urgent, que no pugui ser resolta per part de l'equip de referència del centre socio-sanitari, s'hauria de prioritzar la seva resolució mitjançant els dispositius propis de l'Atenció Primària (CAC, PAC, CUAP, 7x24,...) i els dispositius de suport d'internament socio-sanitari, per davant dels dispositius d'àmbit hospitalari (a excepció de codis d'emergència\*).

#### Circuit d'atenció sanitària



<sup>1</sup> Donar resposta inclou prescriure, derivar a interconsulta, derivar a urgències, atenció hospitalària, etc.
















<sup>2</sup> El metge del socio-sanitari ha d'estar presencialment o localitzable 7x24x365



## 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris

### 4.4.5 Cartera de serveis sanitaris

Tal i com s'ha realitzat per a les altres tipologies de residències, per tal de garantir l'assoliment i l'adequació de l'execució dels serveis de la Cartera, és necessari definir correctament les responsabilitats dels actors que intervenen en la realització d'aquestes tasques. Per aquest motiu, s'han establert les següents agrupacions de professionals en l'apartat 4.1.3 del document:

<b>Equip sanitari de referència</b>	<b>Resta d'equip Residència</b>
 <b>Metge/essa sociosanitari/ària</b>	 <b>Treballador/a social</b>
 <b>Infermer/a sociosanitari/ària de la residència</b>	 <b>Psicòleg</b>
 <b>Farmacèutic/a</b>	 <b>Auxiliar de geriatria</b>
	 <b>Animador/a sociocultural i/o educador/a social</b>
	 <b>Terapeuta ocupacional</b>
	 <b>Fisioterapeuta</b>
<b>Resta d'Atenció Primària</b>	<b>Altres</b>
 <b>Equip d'Atenció Primària</b>	 <b>Equips de suport especialitzats</b>
 <b>ACUT</b>	 <b>Consultes externes</b>
	 <b>Hospital d'aguts</b>
	 <b>Atenció sociosanitària</b>

A continuació es defineix la distribució de responsabilitats a la cartera de serveis de les residències.



## 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris

### 4.4.5.1 Cartera de serveis sanitaris bàsica

Serveis	Agrupacions de professionals			
	Equip sanitari de referència	Resta d'equip socio. / residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Educació sanitària.	R	S	S	S
✓ Campanyes de Salut: execució.	R	S	S	S
✓ Atenció proactiva de la salut.	R	S	S	S
✓ Promoció de la salut i prevenció de la malaltia.	R	S	S	S
<b>Activitats ordinàries</b>				
✓ Valoració geriàtrica integral: successives.	R	S	I	I
✓ Pla terapèutic individual (PTI o PIAI).	R	S	I	I
✓ Identificació de complexitat: MACA/PCC.	R	S	I	S
✓ En cas de complexitat, elaborar el PIIC.	R	S	I	S
✓ Estabilitat clínica: Prevenció de descompensació i atenció de malaltia crònica. Prevenció proactiva, atenció directa, revisió i actualització periòdica de les situacions clíniques i dels Plans de tractament, rehabilitació i nutrició.	R	S	S	S
✓ Aplicació d'acords de limitació d'esforç terapèutic (LET) inclosos en el PDA o DVA.	R	S	I	S
✓ Prevenció i atenció de l'aparició de síndromes geriàtrics (p. Ex. Adequació de la incontinència, delírium, ...).	R	S	I	I
✓ Fisioteràpia funcional i respiratòria.	S	R	I	I
✓ Seguiment d'infeccions nosocomials i multiresistències.	R	S	I	S
✓ PreAlt i altes: Gestió de la continuïtat assistencial dels preAlt i activació del protocol de rebuda del resident: resposta i seguiment immediat i estructura de les altes.	S	S	I	R
✓ Tractament del dolor: agut i crònic.	R	S	I	S



**Agrupacions de professionals**

**Serveis**

Equip sanitari de referència	Resta d'equip socio. / residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------

**Tècniques**

✓ TAO.	R	S	I	I
✓ Extracció de sang i emmagatzematge de la mostra.	R	S	I	I
✓ Gestió de la mostra de sang de l'extracció.	R	S	I	I
✓ Electrocardiogrames.	R	S	I	I
✓ Radiologia simple: petició i valoració.	R	S	I	I
✓ Valoració i prescripció de la necessitat d'ajuda tècnica ortopèdica.	R	S	I	I

**Procés urgent**

✓ Gestió i coordinació de les derivacions urgents amb UH o a CUAP i del transport sanitari associat.	R	S	I	I
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des de UH.	S	S	I	R
✓ Gestió i coordinació del retorn a RGG des del CUAP.	S	S	R	I
✓ Resposta i seguiment immediat i estructurat de les altes hospitalàries, gestió de la continuïtat assistencial dels preAlt.	R	S	I	S

**Activitats planificades**

✓ Valoració geriàtrica integral (VGI): Primera a l'ingrés a la RG (PIAI).	R	S	I	I
✓ Valoració de síndromes geriàtriques i planificació avançada del pla de cures	R	S	I	I
✓ Execució del pla avançat de cures: ferides agudes i cròniques, integritat cutània, higiene bucal, incontinència urinària, peu diabètic,...	S	R	I	I
✓ Aplicació de les Rutes Assistencials Pactades i tasques associades: autorització, revaloració, retirada,...	R	S	S	S
✓ En situació de cronicitat: PCC i MACA, planificar les activitats, elaborar, mantenir i publicar el corresponent PIIC – PIAI a HC3 en línia amb les recomanacions del PPAC i de les Rutes.	R	S	S	S



**Agrupacions de professionals**

Serveis	Equip sanitari de referència	Resta d'equip socio. / residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
	<b>Activitats planificades (continuació)</b>			
✓ Preparació de les hospitalitzacions programades	R	S	I	I
✓ Hospitalitzacions programades.	S	S	I	R
<b>Farmàcia</b>				
✓ Prescripció farmacèutica mitjançant el mòdul de prescripció en base a les indicacions del CatSalut.	R	S	I	I
✓ Revisió clínica periòdica de la prescripció de farmàcia i dels plans de medicació.	R	I	S	I
✓ Revisió periòdica de la idoneïtat de la despesa farmacèutica.	R	S	I	I
✓ Revisió i adequació del tractament no farmacològic, efectes i accessoris (bolquers, apòsits, sondes).	R	S	I	I
✓ Control de fàrmacs específics (psicofàrmacs, tractament demència, ...).	R	S	I	S
<b>Tràmits</b>				
✓ Certificat de defunció.				
• Tram horari metge residència.	R	I	I	I
• Fora d'horari del metge de la residència. <sup>1</sup>				
- Horari de cobertura per l'equip sociosanitari	I	R	I	I
✓ Tramitació PAOs.	R	S	I	S
✓ Sol·licitud d'analítica complerta (hematologia, bioquímica, bacteriologia).	R	S	I	I
✓ Gestió de la Interconsulta i de les exploracions complementàries i producte intermedi, hospitalització a domicili o Salut mental.	R	S	I	I
✓ Tramitació Nutricions.	R	S	I	S
✓ Registre actualitzat de l'estat de la persona a l'ECAP.	R	S	S	S
✓ Complementació del CMBD (Conjunt Mínim Bàsic de Dades).	R	S	I	I



## 4.4 Places residencials gestionades per proveïdors de CatSalut sociosanitaris

### 4.4.5.2 Cartera de serveis sanitaris avançada

Serveis	Agrupacions de professionals			
	Equip sanitari de referència	Resta d'equip socio. / residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Activitats planificades</b>				
✓ Estratègia Final de Vida.	R	S	S	S
<b>Activitats ordinàries</b>				
✓ Model de garantia 7/24 (responsabilitats múltiples):				
• Tram horari metge residència.	R	I	I	I
• Fora d'horari del metge de la residència. <sup>2</sup>				
- Horari de cobertura per l'equip sociosanitari (entenenent el metge de guàrdia del sociosanitari)	I	R	S	S
<b>Tècniques</b>				
✓ Canalització d'accessos venosos, bombes,...	R	S	I	S
✓ Implantació i manteniment de catèters vesicals, rentats vesicals.	R	S	I	I
✓ Immobilitzacions, embenats, ...	R	S	I	I
✓ Manteniment i cura i recanvi ostomies (PEG), maneig de col·lectors...	R	S	I	S
✓ Test de disfàgia.	R	S	I	I
✓ Peak flow (aire expirat en el primer segon).	R	S	I	I
✓ Tractaments respiratoris: nebulitzacions, aerosols, oxigen teràpia temporal i portàtil. <sup>1</sup>	R	S	I	S
✓ RCP bàsica.	R	S	S	S
✓ Paracentesis evacuadores (per confort). <sup>1</sup>	R	S	I	S
✓ Administració de la Nutrició enteral (oral, SNG, PEG).	S	R	I	I
✓ Mesures d'aïllament associats a processos infecciosos.	R	S	I	S



Agrupacions de professionals

Serveis	Equip sanitari de referència	Resta d'equip socio. / residència	Resta d'Atenció Primària	Altres
<b>Situacions d'empitjorament</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inestabilitat clínica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tram horari metge residència.</li> <li>• Fora d'horari del metge de la residència.<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horari cobertura sociosanitari (entenen el metge de guàrdia del sociosanitari)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>				
	R	S	I	S
	S	R	I	S
<b>Farmàcia</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Administració de fàrmacs, fluids i suplementes via endovenosa o subcutània: infusors.</li> </ul>	R	S	I	S

DOCUMENT PROVISORI

**05**



**Òrgans de  
coordinació**

DC  
PROL

CONFIDENTIAL

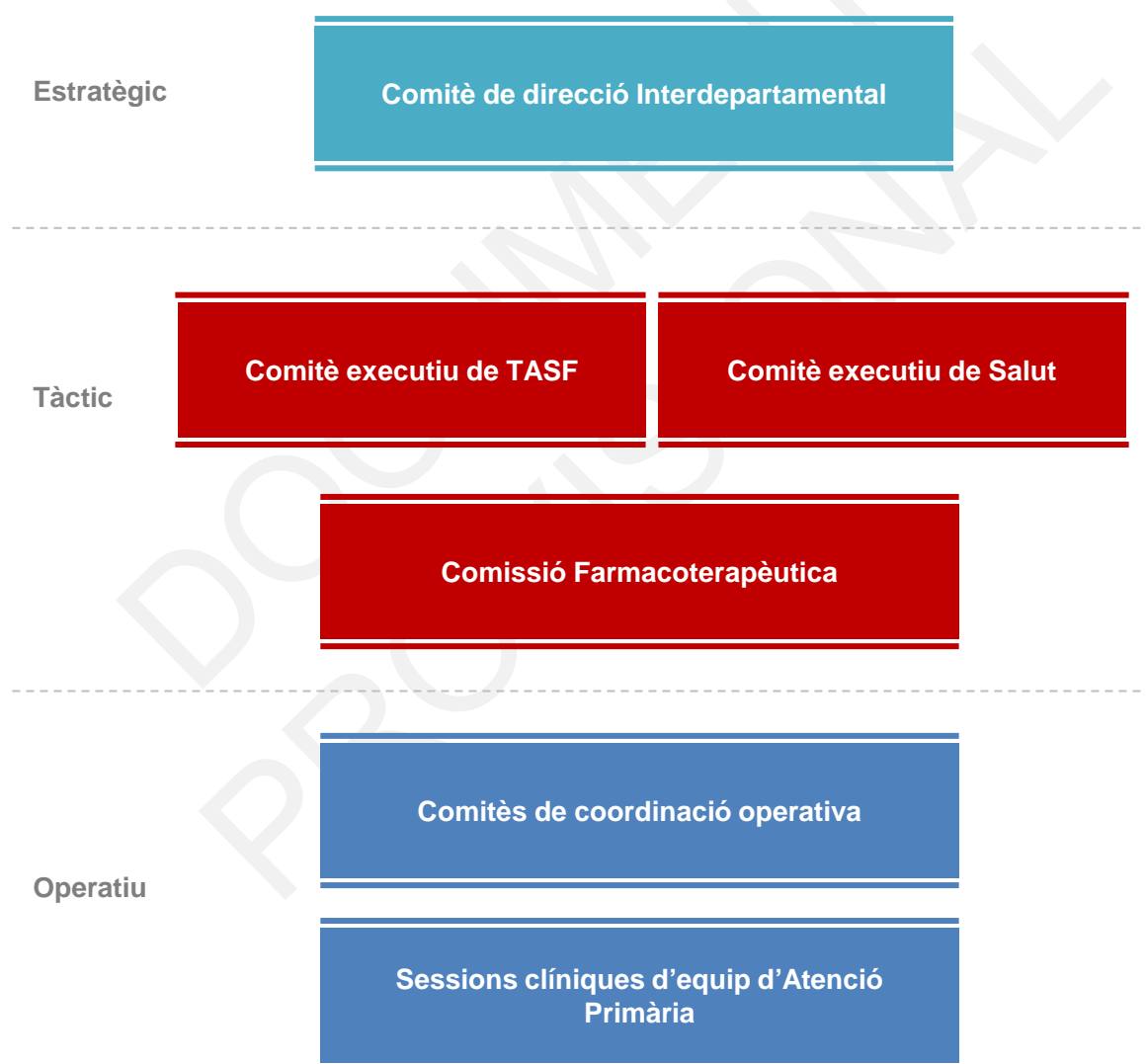




## 5. Òrgans de coordinació

El Departament de TASF i el Departament de Salut han de vetllar conjuntament per garantir la coordinació i la integració adequades derivades del nou model. Les mesures de coordinació han de dirigir-se especialment a garantir l'atenció sanitària de les persones i l'intercanvi d'informació per identificar situacions de risc, i en conseqüència, detectar les oportunitats de millora del model i realitzar les accions necessàries.

Es diferencien diversos nivells de coordinació necessaris en funció de les tasques a desenvolupar:



A continuació es presenta el detall de cada un dels Comitès definits, identificant-ne els assistents, els objectius i funcions del Comitè, i la periodicitat establerta.

**Comitè de direcció interdepartamental**

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Director General de Protecció Social.</li> <li>✓ Director del CatSalut.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguiment de la viabilitat del model definit.</li> <li>✓ Seguiment de l'evolució econòmica del model.</li> <li>✓ Presa decisions estratègiques.</li> <li>✓ Proposta d'accions de millora del model.</li> <li>✓ Actualització i validació d'acords estratègics del nou model.</li> </ul>	Semestral.

**Comitè executiu de TASF**

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Director territorial de TASF.</li> <li>✓ Directores/es de les residències.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguiment d'indicadors.</li> <li>✓ Avaluació de resultats pròpia del Departament.</li> <li>✓ Presa de decisions tàctiques.</li> <li>✓ Identificació de riscos i identificació del pla d'acció.</li> <li>✓ Proposta d'accions de millora del model.</li> </ul>	Trimestral.

**Comitè executiu de Salut**

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comissió Clínica CatSalut.</li> <li>✓ Proveïdor de Salut. d'Atenció Primària.</li> <li>✓ Equip d'Atenció Primària.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguiment d'indicadors.</li> <li>✓ Avaluació de resultats pròpia del Departament.</li> <li>✓ Presa de decisions tàctiques.</li> <li>✓ Identificació de riscos i identificació del pla d'acció.</li> <li>✓ Proposta d'accions de millora del model.</li> </ul>	Trimestral.

### Comissió Farmacoterapèutica

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Professionals assistencials experts en diverses disciplines: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Metges/esses.</li> <li>✓ Infermers/es.</li> <li>✓ Farmacèutics/ques.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assessorament i presa de decisions en relació a l'ús dels medicaments i productes sanitaris en l'àmbit de les residències de Catalunya.</li> <li>✓ Selecció de medicaments i productes sanitaris; assessorament en l'ús dels medicaments i productes sanitaris; disseny d'una política d'ús d'antibiòtics; valoració dels aspectes de seguretat relacionats amb els medicaments, definició de pràctiques segures i elaboració de recomanacions de seguretat; i recollida i anàlisi dels errors de medicació notificats.</li> <li>✓ Elaboració de la Guia Farmacoterapèutica de les residències de Catalunya, així com la seva aplicació.</li> <li>✓ Elaboració de programes d'intercanvi terapèutic.</li> </ul>	<p>Mensual.</p>

### Comitès de coordinació operativa

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comitè Operatiu CatSalut.</li> <li>✓ Director/a de la residència.</li> <li>✓ Director/a de l'equip d'Atenció Primària.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguiment d'acords.</li> <li>✓ Revisió i avaluació de resultats.</li> <li>✓ Control de l'assistència als Comitès de coordinació operativa per part dels equips mèdics.</li> <li>✓ Identificació de riscos i identificació del pla d'acció.</li> <li>✓ Proposta d'accions de millora del model.</li> </ul>	<p>Mensual.</p>

### Sessions clíniques d'equip d'Atenció Primària

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Metges/esses de les residències.</li> <li>✓ Infermers/es de les residències.</li> <li>✓ Equip Atenció Primària. (a determinar en funció del comitè de coordinació operativa)</li> <li>✓ Farmacèutic/a de referència, en els casos que es consideri.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dotar dels coneixements i informacions necessàries als equips sanitaris per desenvolupar les tasques assignades. (Formació i informació)</li> <li>✓ Realitzar un seguiment dels indicadors relacionats amb la prescripció farmacèutica fruit del Model d'Atenció Farmacèutica previst.</li> <li>✓ Realitzar un seguiment dels indicadors de Qualitat Assistencial.</li> <li>✓ Realitzar un seguiment dels indicadors conforme els criteris de la ISO de qualitat dels Centres residencials.</li> <li>✓ Tractament de temes ad hoc.</li> </ul>	<p>Ad hoc en funció del Comitè.</p>

DOCUMENT PROVISORI



**06**



**Consideracions  
necessàries per  
desplegar el  
model**

DOC  
PROV

DOCUMENT  
PROVISIONAL



## 6. Consideracions necessàries per desplegar el model

Per implementar el model definit s'ha de garantir:



### Canvis en la normativa

- Aprovació per part del Consell de Direcció del Departament de Salut i per la Direcció de la DGPS del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies l'adscripció dels metges/esses i infermers/es de les residències de la DGPS i sociosanitaris com unitats funcionals o orgàniques dels equips d'Atenció Primària de referència.
- Modificació i conseqüent aprovació de les competències autoritzades de les infermeres/infermers que treballen en l'àmbit residencial.
- Analitzar l'impacte del canvi de model sobre la normativa, convenis i contractes per identificar-ne els canvis a realitzar.
- Aprovació per part del Departament de Treball, Afers Social i Famílies de les normatives establertes per al disseny de les infraestructures de centres i serveis residencials adscrits al seu departament per tal de poder-los adequar a les noves necessitats de serveis de les persones ateses.
- Aprovació de la compartició de les diferents estacions de treball clínic (ECAP, HC3, ...).



### Operativització territorial

- Reunió dels comitès de direcció interdepartamental, executius d'ambdós departaments i de coordinació per a implantació del model a nivell de Catalunya i apropar-ho a territori.
- Assignació i redimensió de l'equip d'Atenció Primària i de l'equip d'Atenció a la residència d'acord amb el grau de complexitat i dependència de les persones que viuen en les residències.



### Definició d'un pla de gestió del canvi

- Definir el pla de formació per als professionals encarregats de l'execució de les tasques sanitàries a les residències.
- Definir el pla de comunicació (agents d'interès implicats, guia d'estil i accions de comunicació).



### Model d'avaluació

- Definir un model de seguiment (avaluació) automatitzat i simplificat a partir dels diferents quadres de comandament existents del Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Definició de forma conjunta entre els dos departaments les fonts d'informació d'on s'extreu la informació dels indicadors.
- Implantació del model d'avaluació així com el nou model de relació en base als òrgans de coordinació.

## 6. Consideracions necessàries per desplegar el model

Per implementar el model definit s'ha de garantir:



### Sistemes d'informació

- Coordinar amb el grup de sistemes d'informació les necessitats i requeriments d'interoperabilitat o integració dels sistemes d'informació dels centres residencials i l'Atenció Primària de Salut.
- Garantir la disponibilitat i accessibilitat per part de tots les professionals a l'HC3.
- Disseny i implementació de la plataforma per a l'explotació del model d'avaluació



### Suport a la implantació

- Executar el pla de gestió del canvi.
- Posar en marxa una prova pilot amb suport als equips d'implantació.
- Elaborar els documents de suport a la implantació (guia, checklist, cronograma, ...)
- Realitzar un seguiment del cronograma d'implantació i de l'assoliment dels objectius definits.



### Extensió del model

- Definir el nou model d'Atenció Sanitària Integrada pels Centres de dia alineat amb el present model definit.
- Definir el nou model d'Atenció Sanitària Integrada per les llars residencials alineat amb el present model definit.





07



## Annexes

DC  
PROV



## 7. Annexes

### 7.1 Detall de les funcions de les estructures de suport

#### 7.1.1 PADES

##### El Paper dels PADES com a suport a les residències

Els equips del PADES són equips especialitzats en atenció pal·liativa i en l'atenció a pacients geriàtrics amb malalties cròniques avançades. S'haurien d'integrar funcionalment a altres equips d'atenció domiciliària i comunitària, tant d'atenció primària com d'hospitalització domiciliària, que ofereixen atenció a les persones institucionalitzades, ja que a l'entorn residencial hi ha un elevat percentatge de persones amb multicomorbiditat i complexitat, és a dir, amb perfil susceptible de ser atès pels equips del PADES.

Per tal d'oferir una atenció residencial de qualitat a les persones amb malalties en fase avançada, amb multimorbiditats, freqüentment lligada a dependència, és fonamental conèixer els recursos de cadascun dels territoris i conèixer la seva capacitat de resolució, ja que ambdós factors poden condicionar el seu model d'organització. En aquesta línia, a més de l'atenció directa que ofereixen els PADES, cal destacar el rol de gestió de casos d'aquests equips, que permet integrar també la participació de diferents equips, programes i serveis que donin resposta a les necessitats d'intervenció acordades i prioritzades pel pacient, la seva família i l'equip assistencial de la residència.

El PADES ha d'evolucionar i potenciar el seu rol de recurs de suport d'atenció a les residències, com a subàmbit d'atenció domiciliari i comunitari, que permeti oferir un ampli rang d'atenció a les necessitats dels diferents tipus de persones que es troben a les residències, amb sistemes cooperatius flexibles y criteris d'intervenció actius que previnguin i resolguin l'atenció continuada i urgent, amb metodologies compartides d'atenció planificada i gestió del cas. Les recomanacions per a la planificació territorial sectoritzada de la atenció de pacients geriàtrics amb malalties cròniques avançades i amb necessitats pal·liatives consisteixen en combinar mesures de millora des dels serveis convencionals d'atenció primària, d'atenció sanitària a les residències juntament amb els equips del PADES. És necessari optimitzar el potencial dels equips del PADES, actuant en aquells casos més complexes i en els que hi ha un major benefici de la intervenció experta, interdisciplinària i integral que ofereixen els PADES.

A més de l'atenció directa, els equips PADES tenen un paper important en la gestió de casos complexos, en la coordinació de recursos entre nivells assistencials i també en la docència a la xarxa d'atenció primària i comunitària i d'atenció residencial.




## 7.1.2 EAR

### El paper dels EAR com experts en geriatria de suport de l'atenció primària

Els EAR (Equips d'Atenció Residencial) són dispositius sanitaris multidisciplinaris i assistencials experts en geriàtrics, creats a partir de l'any 2009 amb la finalitat de donar suport als professionals sanitaris de l'atenció primària i de les residències geriàtriques per a millorar l'atenció a la gent gran i fràgil, ingressada en un centre residencial.

El desenvolupament del nou model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran comporta la realització, amb visió de futur, d'un procés de reflexió sobre l'estratègia i l'operativa de l'activitat assistencial a dur a terme per part dels EARs. Per assolir els millors resultats possibles en el desplegament del model acordat, serà necessària la utilització de tots els recursos disponibles de la xarxa de salut. En aquest sentit, caldrà valorar i tenir en compte la situació actual, respecte a la disponibilitat de professionals sanitaris, per tal de garantir una resposta adequada a les necessitats de les persones que viuen en residències.

És per això, que al respecte dels Equips d'Atenció Residencial, es plantegen una sèrie de propostes en relació al desplegament del model proposat:

-  És necessari adaptar el funcionament dels EARs al nou model interdepartamental aprovat i incloure'ls en el seu desplegament.
-  La tasca a realitzar ha de ser concordant amb el model, evitant en el possible la fragmentació, la duplicat de tasques, els errors i/o malentesos entre els diferents professionals involucrats que poden ocasionar un perjudici a les persones que viuen a centres residencials.
-  És cabdal la definició d'aquest nou rol dels EAR a nivell territorial (Xarxes d'Atenció Primària) per part del Comitè Executiu de Salut que posi de relleu:
  - Valoració del rol dels EARs com a equips d'atenció directa proactiva, o equip especialitzat per a garantir el continuïtat assistencial en moments d'especial complexitat, com per exemple a les transicions.
  - Valoració de la integració funcional o jeràrquica dels EAR en l'equip d'atenció primària de proximitat de la residència, en cas que el propi equip no pugui disposar de professionals per a poder desenvolupar aquesta tasca de forma pròpia.
  - Optimització i redimensionament dels recursos en base a les noves tasques detallades en el present document que fan que, els professionals deixin d'actuar com a un recurs de suport i passin a ser professionals d'atenció directa, comportant un increment de les tasques a desenvolupar.

### 7.1.3 Hospitalització a Domicili (HAD)

#### El paper de la HAD com a alternativa a l'ingrés hospitalari convencional (HC)

L'Hospitalització a Domicili (HAD) és un recurs integral assistencial per atendre a pacients amb processos aguts o descompensacions de la seva patologia crònica que necessiten una atenció sanitària especialitzada de complexitat hospitalària al seu domicili. La seva cartera de serveis es fonamenta en dos eixos: Esquemes assistencials i àmbits d'actuació. Per una banda, destaquem l'alta precoç, evitació d'ingrés i suport domiciliari especialitzat. En canvi, en referència als àmbits d'actuació destaquem la patologia mèdica aguda, aguditzacions de patologia crònica, maneig postquirúrgic en pacients amb complicacions, pacients amb necessitat de cures pal·liatives complexes i àmbits específics d'alta especialització.

El creixement de l'HAD a Catalunya s'ha produït de manera no coordinada ni planificada. Dóna resposta a les demandes dels gestors hospitalaris concrets. Això comporta una gran diversitat en cartera de serveis, tant en relació al perfil i diagnòstic del pacient. La seva implementació comporta tres grans avantatges: Es minimitzen les complicacions nosocomials que generen un elevat cost, s'alliberen llits hospitalaris que permeten donar servei a altres pacients i permeten un estalvi, ja que el cost per estada és inferior a la hospitalització convencional.

L'HAD dispensa cures i tractament d'intensitat hospitalària. Per tant ha de disposar de tota la infraestructura de serveis pròpia d'un hospital (laboratoris, gabinets d'exploracions complementaries, diagnòstic per a la imatge, atenció continuada). Depèn de la Direcció mèdica / Assistencial de l'hospital. Els equips que presten l'atenció han de ser transversals i multidisciplinaris per donar servei al màxim nombre de complicacions mèdiques. Es componen per metges, infermeres, administratius, fisioterapeutes i treballadors socials, terapeutes ocupacionals i treballadores familiars, entre altres. Especialment fonamental és la figura del cuidador, que és qui es farà càrrec de l'atenció a domicili del malalt. Es prioritzen metges d'especialitats troncales (Medicina Interna o Medicina de Família), infermeres expertes en cures de rang hospitalari, polivalents i amb l'expertesa i capacitat de desenvolupar la seva feina al domicili, sense suport directe d'altres professionals. Per a garantir l'experiència dels professionals a l'HAD cal establir uns continguts formatius normalitzats. A nivell operatiu, el desplegament de l'HAD ha de tenir en compte dos factors: el territorial (cobertura de la major part possible del territori de referència) i el poblacional (prou capacitat operativa com per a garantir l'atenció de totes les persones que ho requereixin).

#### 7.1.4 Hospitalització de Subaguts

##### **El Paper de les unitats de Subaguts com a alternativa assistencial a l'hospitalització convencional de les persones institucionalitzades**

La gent gran institucionalitzada presenta alta comorbiditat i complexitat i pateixen descompensacions que requereixen que la persona rebi atenció sanitària a l'hospital. El fet de que la majoria d'ingressos són per descompensació de malalties cròniques conegudes i que no necessiten d'una alta intensitat diagnòstica ni terapèutica, fa pensar en que podrien ser ateses en recursos d'atenció intermèdia, principalment unitats de subaguts, ubicades preferentment en àmbits vinculats a centres socio-sanitaris, evitant l'ingrés convencional a l'hospital d'aguts.

Es vol evitar ingressar en els hospitals d'aguts els pacients crònics de residències amb agudització que requereixen internament de curta durada, que no necessiten alta tecnologia i que ja estan correctament diagnosticats i estables hemodinàmicament. L'atenció a subaguts està destinada a persones amb malalties cròniques aguditzades que necessiten tractament integral i/o supervisió clínica continuada, amb l'objectiu d'estabilització clínica i de rehabilitació integral. A més, aquest tipus d'atenció a unitats de subaguts disminueix el risc associat a l'hospitalització dels pacients geriàtrics, i per tant, té millors resultats en salut i també va acompanyada de menys reingressos i de menys utilització dels serveis d'urgències.

El requisit d'ingrés a les unitats de subaguts és que sigui per una agudització ben diagnosticada, sovint d'una malaltia crònica coneguda, amb una previsió d'ingrés inferior a 12 dies, el que requereix d'una avaluació clínica exhaustiva prèvia a l'ingrés. En funció de la situació clínica pot incloure la realització de proves complementàries com analítica, gasometria, radiologia,... Per tant, es podran ingressar directament des de la residència, tot garantint que s'ha fet aquesta valoració del pacient per part d'un equip interdisciplinari expert o per professionals capacitats. Cal establir el circuit per a que l'equip faci la valoració de forma precoç i es pugui fer el contacte personal o telefònic entre l'equip que faci la valoració i el del centre on sigui la unitat i amb les proves complementàries i els informes adients i pertinents. També es pot fer la derivació a urgències, hospitals de dia o EAIA amb capacitat de fer proves diagnòstiques, i des d'on se'ls derivarà a la unitat de subaguts. En cadascun dels territoris, en funció dels recursos i circuits, s'establirà el circuit pertinent. En tot cas, es requereix valoració i orientació diagnòstica i terapèutica i, conseqüentment, les exploracions complementàries (proves) necessàries per fer-ho.

## 7. Annexes

### 7.2 Explicació dels rols de la matriu RASCI

Per relacionar els serveis que ofereixen les residències amb els equips sanitaris al catàleg de serveis s'ha utilitzat una **matriu d'assignació de responsabilitats RASCI**. D'aquesta manera s'aconsegueix assegurar que cada un dels serveis de l'abast del catàleg estigui assignat a un individu o equip sanitari:

Rol		Descripció
<b>R</b>	<i>Responsible</i>	Aquest rol correspon a qui realitza la tasca/servei. Només pot haver un responsable (R) per cada tasca; si hi ha més d'un, el treball ha de ser subdividit a un nivell més baix.
<b>A</b>	<i>Accountable</i>	Aquest rol es responsabilitza que la tasca es realitzi i és el que ha de rendir comptes sobre la seva execució. Només pot existir un <i>accountable</i> (A), que asseguri que la tasca sigui executada pel seu responsable (R).
<b>S</b>	<i>Support</i>	Són recursos assignats al responsable (R) per a la consecució del servei. A diferència del consultat (C), el paper de suport (S) treballa en el servei.
<b>C</b>	<i>Consulted</i>	Aquest rol posseeix alguna informació o capacitat necessària per a realitzar el servei.
<b>I</b>	<i>Informed</i>	Aquest rol ha de ser informat sobre l'avanç i els resultats de l'execució del servei. A diferència del consultat (C), la comunicació és unidireccional.

Exemple  
il·lustratiu

	Àrea de Tecnologia	Àrea de Negoci Internacional	Àrea d'Innovació
Planificació del projecte	<i>Accountable (A)</i>	<i>Support (S)</i>	<i>Responsible (R)</i>
Gestió de l'actuació territorial	<i>Support (S)</i>	<i>Support (S)</i>	<i>Responsible (R)</i>
Gestió de proveïdors	<i>Informed (I)</i>	<i>Support (S)</i>	<i>Responsible (R)</i>
Desenvolupament de proves pilot	<i>Responsible (R)</i>	<i>Informed (I)</i>	<i>Support (S)</i>
Llançament d'iniciatives innovadores	<i>Accountable (A)</i>	<i>Responsible (R)</i>	<i>Support (S)</i>



DC  
PROVIDE