



# Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària 2017-2020

---

Novembre de 2016



## ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ.....	3
2. REPTES PEL SISTEMA DE SALUT I PEL SISTEMA DE SERVEIS SOCIALS.....	6
3. NOUS PARADIGMES EN L'ATENCIÓ EN SALUT I SERVEIS SOCIALS .....	13
L'atenció centrada en la persona .....	13
L'articulació horitzontal dels sistemes d'atenció .....	13
El territori i el govern local.....	15
4. ELEMENTS PER AL DESENVOLUPAMENT DE L'ATENCIÓ INTEGRADA.....	18
5. IMPACTE ESPERAT DE LA NOVA ARTICULACIÓ.....	21
6. LA FEINA FETA: PIAISS 2014-2016.....	23
7. OBJECTIUS del PIAISS 2017-2020 .....	31
8. METODOLOGIA.....	33
9. PLA DE TREBALL .....	35
10. L'ORGANITZACIÓ DEL PIAISS .....	41



## 1. INTRODUCCIÓ

El 3 de setembre de 2013, mitjançant acord de govern, es va crear el **Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària** (PIAISS), a proposta conjunta dels departaments de la Presidència, de Benestar Social i Família (actualment Treball, Afers Socials i Famílies) i de Salut. El pla va néixer amb la finalitat de promoure la creació d'un sistema d'interacció dels serveis sanitaris i socials que contribuís a generar un model d'intervenció global coordinada, amb una mateixa visió de conjunt i centrada en la persona. Amb posterioritat, mitjançant l'acord de govern de 25 de febrer de 2014, es va renovar el pla, amb la intenció de reforçar alguns dels seus objectius i incorporar-ne d'altres que es van considerar necessaris per la seva rellevància en l'abordatge col·laboratiu del procés d'atenció a la persona, com són les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). També es va modificar l'estructura dels òrgans de govern del pla.

El PIAISS assumeix el repte de catalitzar l'articulació d'un model d'atenció centrat en la persona que:

- Permeti donar una resposta apropiada a les persones en situació de vulnerabilitat i amb necessitats d'atenció sanitària i social complexes a causa de la fragilitat, la cronicitat, la dependència i l'exclusió social.
- Superi la fragmentació dels processos d'atenció en base a contínuums assistencials.
- Faciliti la presa de decisió compartida i apoderi les persones com a subjectes actius en el desenvolupament del seu projecte de vida.
- Amplii la capacitat de prevenció dels sistemes actuals.
- Promogui la innovació, la pràctica col·laborativa i la coresponsabilitat en el procés d'atenció, mitjançant la formació, l'intercanvi i l'accés a la informació entre professionals sanitaris i socials, orientada a l'elaboració d'un pla d'atenció compartit entre professionals que pertanyen a diferents organitzacions i àmbits d'atenció.
- Assoleixi uns millors resultats en salut i benestar, una millor utilització dels serveis i una millor experiència en l'atenció.



Així doncs, **la missió del PIAISS** és la de promoure i participar en la transformació de l'actual model d'atenció sanitària i social per tal de garantir una atenció integrada centrada en les persones capaç de donar una resposta adequada a les seves necessitats d'atenció sanitàries i socials.

El PIAISS esdevé, des de la seva creació, l'instrument estratègic que ha de donar suport a la definició d'un model d'atenció que respongui d'una manera integral i integrada a les necessitats socials i sanitàries de les persones. Aquestes necessitats tendeixen a interaccionar entre elles generant situacions que no es poden abordar separatament sense provocar disfuncions dels dos sistemes en l'actuació global sobre la persona.

Quan ambdues situacions de necessitat, més o menys complexes, conflueixen en la mateixa persona, la resposta adequada només és possible des d'un abordatge que compleixi determinats criteris. En primer lloc, cal que situï a la pròpia persona en el centre del sistema d'atenció, i no les seves necessitats o patologies individualitzades. I en segon lloc, cal que proposi un model d'intervenció que sigui capaç d'integrar i articular les respostes socials i sanitàries de forma que el sumatori de les aportacions garanteixi un abordatge consistent de les necessitats de cada persona. Aquest model ha de permetre l'assoliment de nivells òptims d'efectivitat, eficiència, eficàcia i equitat ajustats a cada sistema individual de necessitats socials i sanitàries.

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

La primera etapa del PIAISS ha garantit un procés d'arrencada del treball del sistema de salut i del sistema de serveis socials, fortament sustentat pel govern local i amb una significativa implantació territorial. Aquest procés es pot qualificar d'exitós i altament positiu. En aquests primers anys del pla s'han produït diverses aportacions, però sobretot destaquen per la seva rellevància les dues següents:



- La incorporació a l'**agenda política** i operativa de la **necessitat de promoure l'atenció integrada** dels serveis sanitaris i socials com eina clau de treball.
- El desplegament d'una **xarxa d'experiències i de professionals** d'ambdós sistemes d'atenció, fortament **arrelada a alguns territoris**.

Aquesta xarxa d'experiències ha suposat la configuració d'un espai de treball i d'aprenentatge que permet desenvolupar la segona etapa d'acció del PIAISS.

Un cop iniciada una nova legislatura, **al llarg de 2016** s'ha avançat en el desenvolupament d'instruments de suport a la implementació del model d'atenció integrada i centrada en la persona. En aquest sentit, s'ha progressat significativament en el projecte d'interoperabilitat entre la història clínica i la història social dels serveis socials bàsics i l'adopció d'un instrument de cribratge de les necessitats d'atenció social complexa. També s'ha definit una primera proposta de marc d'avaluació i aprovat el consens terminològic en atenció integrada. En paral·lel, s'ha treballat en l'avaluació, el redisseny organitzatiu i la planificació de la nova etapa del PIAISS. Aquest document pretén recollir i desenvolupar aquestes línies d'actuació pel període 2017-2020.

En la proposta de treball es recullen i actualitzen les bases conceptuals i programàtiques del PIAISS; es fixen els objectius i projectes a desenvolupar; es reafirmen i s'amplien les metodologies emprades fins a l'actualitat; i s'avança en l'ampliació de la base organitzativa del pla, amb l'objectiu explícit d'eixamplar i reforçar les estructures de treball institucionals, territorials, professionals i tecnològiques.

Així doncs, el PIAISS inicia una nova etapa que conserva els objectius inicials, recull i aprèn de les experiències dels seus primers anys de treball i es planteja noves fites. Tot això amb l'objectiu de construir un model d'atenció integrada dels serveis sanitaris i dels serveis socials, eficaç i sostenible, i al servei de les persones del nostre país.



## 2. REPTES PEL SISTEMA DE SALUT I PEL SISTEMA DE SERVEIS SOCIALS

El conjunt de les societats occidentals, i per extensió els seus sistemes de benestar, presenten una sèrie de reptes comuns als que estan intentant donar resposta a través d'un procés de transformació i del disseny de noves polítiques públiques. Alguns d'aquests reptes impacten de forma directa i simultània en el sistema sanitari i en el de serveis socials. Són factors que interactuen fortament entre ells, i que exigeixen un abordatge diferent per part dels models d'atenció d'ambdós sistemes que, a més, es veuen abocats a una interacció i cooperació creixent. Entre aquests factors en destaquen set que, per la seva generalització i rellevància, marquen l'agenda de treball, especialment en l'espai europeu.

### A. Factors que configuren la demanda d'atenció

- L'envelliment de la població
- La cronicitat
- La fragilitat
- Les situacions de dependència i/o discapacitat
- La vulnerabilitat social
- Els nous escenaris de convivència (famílies)

### B. Nou rol del ciutadà vers els serveis socials i sanitaris

En aquests moments, les necessitats de les persones a les quals ha de donar resposta el sistema sanitari i el sistema de serveis socials estan passant de ser majoritàriament de naturalesa aguda (patologies i situacions sanitàries i socials puntuals i guaribles en general) cap a situacions de multimorbiditat, complexitat clínica, fragilitat i dependència de naturalesa *crònica* (estable i continuada o permanent). Aquest canvi en les necessitats ens obliga a reconsiderar l'orientació dels nostres sistemes, reequilibrant la tradició de *curar* a la necessitat de *cuidar*. I cuidar suposa, sovint, atendre persones en situacions complexes i de forma permanent o de mitja i llarga durada.

### A. Factors que configuren la demanda d'atenció

#### ***L'envelliment***

Un dels grans reptes que cal afrontar és el demogràfic. L'envelliment de la població està configurant un nou escenari de necessitats i demandes. Pel que fa a Catalunya,



ja fa anys que es produeix aquesta tendència i l'índex d'envelliment (relació entre la població de 65 anys o més i la població de menys de 15 anys) així ho mostra, essent actualment de 116,71, valor que se situa per sobre dels anys anteriors. Aquesta mateixa tendència també s'observa en l'evolució del percentatge de sobreenvelliment (percentatge de població que supera els 84 anys respecte la població de 65 anys o més) que ha passat del 12,8% (2007) al 16% (2016).

Les projeccions demogràfiques ens mostren com la població es continuarà envellint progressivament en els propers anys, preveient que l'any 2025 les persones més grans de 65 anys representin el 20% de la població de Catalunya acompanyat d'un fort creixement de la població de més de 80 anys. Segons aquestes mateixes projeccions, l'any 2020 gairebé 1,5 milions de persones tindran 65 anys i més i la població de 85 anys i més serà de 250.000 persones. L'any 2050 la tercera part de la població serà major de 65 anys i un 12% serà major de 80 anys. Per tant, Catalunya passarà a ser un dels països del món més envellits.

### ***La cronicitat***

En el darrers anys, la cronicitat ha augmentat com a conseqüència de l'envelliment però també d'altres fenòmens com les millores diagnòstiques i els avenços terapèutics que allarguen la supervivència de les persones. Aquest augment constant es produeix en tots els grups d'edat de la població. En aquest sentit, malalties cròniques com l'asma i l'obesitat i d'altres relacionades amb la salut mental i el neurodesenvolupament, són quatre dels problemes de salut més prevalents en la població infantil. Ara bé, el gruix de l'increment de la cronicitat es troba en la població més envellida. A l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2015, es mostra com el 34,3% de la població general té alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. Aquest percentatge és superior en les dones i augmenta en els grups de més edat (del 12,3% en la població de 0 a 14 anys al 69,7% en la població a partir dels 75 anys).

En relació a la salut mental, actualment a Catalunya prop de 300.000 persones (3,82% de la població atesa) podrien ser considerades en condició crònica de salut mental, més de la meitat dels quals estarien en situació de complexitat.

Pel que fa als perfils de prevalença relacionats amb els determinants socioeconòmics, els grups de població més desfavorits i amb nivells d'estudis més baixos presenten una major prevalença de discapacitat i trastorns crònics.



### ***La fragilitat***

La fragilitat és una entitat clínica multidimensional que es defineix com un estat de vulnerabilitat davant factors estressants, condicionada per la limitació dels mecanismes compensadors que, encara que dinàmica en el temps i potencialment modificable, situa a l'individu en una situació d'alt risc de patir mals resultats en salut. La presentació de la fragilitat s'acaba fent tangible amb l'aparició de dèficits a nivell funcional, cognitiu, nutricional i social, podent presentar diferents síndromes geriàtrics.

Hi ha dos corrents principals en la comprensió de la fragilitat. El primer defineix l'anomenat "fenotip de la fragilitat" mitjançant la presència de cinc fenòmens, que són: la pèrdua de pes, la disminució de la força física, la pèrdua d'energia, la dificultat en la marxa i la baixa activitat física. En funció d'aquests elements, s'estableix la situació de pre-fragilitat i fragilitat. Aquí es valora la fragilitat pura, prèvia a la discapacitat, i permet detectar quan una persona comença a ser fràgil per poder-hi fer intervencions preventives.

El segon corrent, entén la fragilitat com una acumulació progressiva de dèficits que situen les persones, sovint grans, en una situació de major vulnerabilitat, acumulació de condicions agudes i cròniques. Atès que aquests dèficits són fàcilment quantificables, és factible mesurar el grau de reserva d'aquestes persones a partir dels anomenats Índexs de Fragilitat, com una variable contínua.

La prevalença de fragilitat a nivell poblacional és variable atenent els criteris utilitzats. En el *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es recull la prevalença de fragilitat en diferents estudis internacionals, que oscil·la entre el 7% i el 12%. En una recent revisió sistemàtica, la prevalença mitjana de fragilitat en majors de 65 anys que viuen a la comunitat va ser del voltant del 10%, arribant a un 25% en majors de 85 anys. L'estudi de fragilitat denominat FRADEA ha posat de manifest, en població major de 70 anys, que la fragilitat suposa un risc ajustat de mortalitat 5,5 vegades major, un risc de nova discapacitat 2,5 vegades major i un risc de pèrdua de mobilitat 2,7 vegades major.

És evident que les persones amb fragilitat avançada gairebé sempre presentaran necessitats complexes.





### ***La dependència i la discapacitat***

Segons la darrera ESCA (2015), el 10,6% de la població de 15 anys i més necessita l'ajuda, regularment o puntual, d'altres persones per realitzar les activitats habituals de la vida quotidiana derivat d'un problema de salut. El 4,3% de la població adulta necessita ajuda o companyia de manera regular i el 6,3% en necessita de manera puntual. La dependència, la manca d'autonomia personal, és un fenomen més freqüent entre les dones i amb les persones de més edat. En la població de 75 anys i més, el 32,1% dels homes i el 43,0% de les dones són dependents d'altres persones.

En el marc del seguiment del desplegament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, també es recullen dades que ens mostren la dimensió i el perfil del fenomen de la dependència. Entre 2007 i 2016 (setembre), 572.768 persones van sol·licitar la valoració del grau de dependència, d'aquest total el 63% eren dones i el 53,9% eren majors de 80 anys.

Pel que fa a la discapacitat, segons dades de l'ESCA 2015, el 15,7% de la població de 15 anys i més, en pateix alguna (el 13,6% dels homes i el 17,7% de les dones). La prevalença de la discapacitat augmenta a mesura que els grups són de més edat. En la població de 0 a 14 anys, la prevalença de la discapacitat és del 2,6%. Les principals discapacitats que pateix la població de 15 anys i més són similars en els homes i les dones, i estan relacionades amb limitacions importants del moviment (10,4%), problemes per caminar (5,5%) i dificultats greus per fer les feines de la llar (4,8%). Les dones tenen una prevalença més elevada que els homes en les situacions de discapacitats més predominants.

### ***La vulnerabilitat social***

En molts casos, les necessitats de salut van acompanyades d'unes condicions socioeconòmiques negatives (vulnerabilitat) que han de ser contemplades en l'atenció. És necessari trencar la visió compartimentada i oferir una atenció més integrada, basada en l'atenció centrada en la persona, que garanteixi una intervenció técnico-organitzativa en què estiguin implicats l'àmbit social i el sanitari. Aquesta atenció es veuria complementada per la implicació d'altres àmbits relacionats amb el benestar de les persones (justícia, habitatge, ocupació,...).



L'abordatge d'aquests reptes creixents suposa l'increment de la demanda de serveis socials i sanitaris però sobretot, atesa la complexitat creixent, sovint associada a pobresa severa i crònica, obliga a la reorientació dels serveis per facilitar i prioritzar l'atenció a la cura continuada per sobre de l'atenció a les situacions agudes o puntuals. L'abordatge integral i integrat de les necessitats socials i de salut és imprescindible per procurar el màxim benestar a la ciutadania.

El 2015 la Taxa AROPE (A Risk of Poverty or Exclusion) se situa a Catalunya en el 23,5% de la població, essent la del conjunt de la UE-27 del 23,7%. Per altra banda, la privació material severa afectaria al 6,7% de la població catalana.

Així mateix, aproximadament el 4-5% de la població presenta necessitats complexes, majoritàriament relacionades amb càrregues rellevants de multimorbiditat crònica. L'impacte d'aquest grup poblacional en el model convencional d'atenció, en els resultats en salut esperables així com en el perfil i el cost de l'ús de recursos és molt important. Per aquest motiu, cal assegurar una resposta assistencial adequada a les necessitats i preferències de les persones, que garanteixi les condicions òptimes d'equitat i justícia social que permetin minimitzar desigualtats.

Cada vegada és més present a la literatura la necessitat d'identificar i incorporar en el model de complexitat els determinants socials que tenen un impacte sobre la salut de les persones.

### ***Els nous escenaris de convivència***

Una altra de les transformacions que ha esdevingut un repte pel sistema de benestar és la progressiva superació de les formes tradicionals de divisió sexual del treball productiu i reproductiu, en un context de reconfiguració de les mides, estructures, dinàmiques, valors i modalitats familiars i convivencials. Aquest fenomen ha tingut conseqüències molt significatives en els escenaris de convivència i en l'exercici dels rols de cura. Ha implicat una clara disminució de la disponibilitat familiar i, en general comunitària, per a la cura i atenció a les persones.

L'organització social de les cures i l'atenció a les persones és un dels reptes a l'entorn del qual cal organitzar un àmbit d'activitat i una resposta col·lectiva, equitativa, intel·ligent i sostenible. Sembla clar que només es pot donar aquesta resposta des d'un model integrat.



Actualment, segons l'Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de l'any 2015, un 22,5% del total de la població de 65 anys i més de Catalunya viu sola, percentatge que es preveu vagi augmentant.

Alguns autors senyalen que l'aïllament social és un dels principals condicionants de salut de la nostra població. L'Informe de l'IMERSO Personas Mayores 2014" mostra que el 56% dels homes i el 72% de les dones majors de 65 anys pateixen algun tipus de soledat. En aquest sentit, i d'acord amb la bibliografia revisada, l'aïllament social i la solitud prediuen la mortalitat amb la mateixa consistència que molts factors de risc coneguts. El risc de mortalitat prematura augmenta un 26% en persones que senten solitud, un 29% en persones amb aïllament social i un 32% en les que viuen soles. El sentiment de solitud, més que l'aïllament social o el viure sol, prediu l'aparició de demència de forma independent a altres factors de risc coneguts. Aquest es un pròdrom d'aquesta malaltia. Els ancians aïllats tenen més risc de deterioració cognitiva. La solitud i l'aïllament social també es relacionen amb símptomes depressius i, en el cas dels homes, suposen un factor de risc de suïcidi.

## **B. Nou rol del ciutadà vers els serveis socials i sanitaris**

A aquests elements de base objectiva, cal afegir un nou repte, un canvi social gradual però força accelerat que planteja moltes i noves exigències al mateix temps que obre un món d'oportunitats. Es tracta del canvi de perfil de les persones, de la ciutadania.

El perfil i el rol de les persones vers els serveis públics s'ha modificat radicalment en les darreres dècades i ho seguirà fent. El canvi més rellevant se centra en l'increment de capacitats, coneixements, accés a la informació i autonomia de les persones. La ciutadania és i serà més experta, més informada, més exigent i també més capaç, i per tant més activa. Podem esperar una progressiva transformació del rol de la ciutadania d'una posició més passiva, depenent i submissa a una amb major capacitat d'autocura, per assumir responsabilitats sobre la seva pròpia vida i situació, i capaç de desenvolupar un rol actiu i autònom en l'atenció a les seves pròpies necessitats.

Tot això obliga a abandonar un model d'atenció a les persones reactiu, centrat en la malaltia, fragmentat i paternalista, i a potenciar-ne un de nou proactiu, centrat en la persona, d'atenció integral i deliberatiu. Aquest nou perfil de ciutadà ha de poder participar en la presa de decisions de forma compartida conjuntament amb els professionals.



Aquesta transformació en el perfil i el rol de la ciutadania ha de ser una oportunitat per la millora del benestar individual i col·lectiu. El canvi de rol permet i obliga contemplar-lo i incorporar-lo en la configuració dels models d'atenció i en el disseny de totes les polítiques públiques, però amb especial intensitat en l'atenció social i sanitària. L'èmfasi en l'educació general i en salut, en l'adaptació a hàbits i comportaments sostenibles individual i col·lectius, són les eines que han de permetre un exercici eficaç i responsable d'aquest nou rol.

També pot ser una oportunitat per recollir la “veu” de les persones i els ciutadans, incorporant ja des de l'inici la seva presència en el codisseny i la cocreació dels propis serveis i participant en òrgans de govern i comissions de treball interdepartamentals i territorials.



### **3. NOUS PARADIGMES EN L'ATENCIÓ EN SALUT I SERVEIS SOCIALS**

En els documents fundacionals del PIAISS estan àmpliament recollits i desenvolupats els elements que estructuraven l'estratègia d'atenció integrada social i sanitària, i els components principals que li donen cos. Es presenten a continuació els principals referents paradigmàtics que sostenen aquesta proposta.

#### ***L'atenció centrada en la persona***

L'antic paradigma assistencial, focalitzat en patologies individualitzades i basat en l'excel·lència de les pràctiques individuals, ja no és capaç de fer front a la creixent complexitat de les necessitats de les persones. Els àmbits de millora en l'impacte de l'acció sorgeixen de la reformulació funcional dels equips assistencials i de noves maneres d'organització i interacció en el context territorial en què la integració horitzontal va guanyant rellevància davant de la integració vertical i la hiperespecialització.

És per això que el paradigma de l'atenció centrada en la persona, per totes les polítiques de benestar, fa imprescindible incorporar dimensions d'articulació de les estructures clàssiques assistencials de l'àmbit sanitari i social més complexes. Aquestes estructures estan caracteritzades per les intervencions compartimentades i la rigidesa, i els rols tradicionals d'alguns serveis com els hospitalaris (increment de la demanda de recursos alternatius com el de postaguts). L'atenció centrada en la persona es basa en el pas d'un model centrat en la malaltia o en les dificultats socials cap a un model centrat en la persona i les seves fortaleses, en el seu entorn més proper, tenint en compte els seus valors, les seves vivències i experiències, en l'exercici dels seus drets, independència i capacitat d'elecció, construint el procés sobre l'individu.

#### ***L'articulació horitzontal dels sistemes d'atenció***

Els sistemes d'atenció sanitària i social i altres pilars de l'estat del benestar han crescut al llarg dels darrers vuitanta anys, a un ritme altament accelerat en tots els sentits. Després dels 30 anys d'avenç de l'estat del benestar (1945-1975), quantitativament i econòmicament, les pressions de la globalització i l'amenaça creixent a la sostenibilitat econòmica per l'alta fiscalitat, s'ha iniciat un període d'ajust continuat que ha esdevingut una tensió permanent sobre l'estat del benestar.



No ha succeït el mateix, però en l'àmbit de la qualitat i el desenvolupament científic, tècnic i professional, especialment en l'àmbit de la salut. El desenvolupament en coneixement, capacitat professional i tecnològica ha estat i segueix sent intens i ràpid. I no sembla que hi hagi cap canvi en aquesta tendència tot i les dificultats de disposar de recursos. Aquest progrés s'ha basat en l'aprofundiment i la innovació vertical. La segmentació i la hiperespecialització ha estat el tractor dominant.

Aquesta via de desenvolupament ha provocat un creixement paral·lel de la compartimentació de disciplines i una orientació clara a la patologia o a la situació, i no a la persona en que conflueixen malalties, condicions i situacions. Aquesta dinàmica portada a l'extrem, comporta un abandonament excessiu de la visió integral i integrada del subjecte atès, de la persona.

A la mateixa velocitat que s'avançava en aquesta direcció, es fa més evident la necessitat de trencar les estanquitats verticals, tant de les especialitzacions internes com dels propis sistemes, especialment de salut i de serveis socials.

Avui, la prioritat i la urgència és resoldre aquesta rigidesa i articular i coordinar, transversalment i horitzontal, els abordatges especialitzats i les compartimentacions sistèmiques en els àmbits. I aquesta és la funció de l'atenció integrada social i sanitària i l'objecte principal de treball del PIAISS.

Aquesta integració transversal i horitzontal però, no es pot plantejar com una substitució de la integració vertical. El valor aportat per aquesta orientació és massa valuós per renunciar-hi. El progrés en termes de coneixement, professionalització i tecnologia passa inevitablement per la especialització i l'aprofundiment en el coneixement, i no pas en un retorn al coneixement generalista i inespecífic. Les ciències de la salut han donat prou mostres de l'avenç d'aquesta lògica de treball condicionada per els mateixos sistemes bàsics de les disciplines del coneixement i de la ciència. I sembla evident que els serveis socials, molt més joves en aquesta perspectiva, han de recórrer el mateix camí a partir de la recerca empírica, la construcció científica i el desenvolupament d'eines d'intervenció.

Cal configurar un model, per tant, que doni respostes articulades entre elles per garantir una atenció coordinada. La resposta organitzativa no hauria de passar per la constitució d'un nou sistema i sí per a l'articulació dels serveis actuals per utilitzar aquells més adequats. La integració no ha de ser orgànica, sinó que ha de



maximitzar respostes articulades que adaptin als serveis ja existents, gestionant la circulació i transició entre els dos sistemes.

Així doncs, el repte és complex, com ho és també la mateixa realitat que ha d'enfrontar. Cal mantenir les dimensions verticals de treball però cal trobar la forma d'incorporar capacitats transversals que ofereixin, finalment una visió integral i integrada de la persona, al mateix temps que garanteixin un coneixement profund de tots i cadascun dels elements que configuren el seu "sistema de necessitats".

### ***El territori i el govern local***

L'escenari de treball de la dimensió vertical de serveis sanitaris i de serveis socials és el propi sistema tècnic de cada sector. Els seu equipaments, els centres de recerca, els dispositius mòbils, i més recentment, les tecnologies de la informació.

L'escenari de la integració és el territori, i molt especialment en el sistema urbà, en què es concentra un major volum de població. També està el marc de les tecnologies de la informació, capaces d'operar simultàniament en la dimensió vertical i horitzontal; una virtut excepcionalment rellevant per l'atenció integrada que cal transferir al conjunt del sistema.

És en el territori on estan les persones i on conflueixen tots els dispositius d'actuació dels diferents sistemes. Així doncs, és en aquest àmbit d'actuació on cal concretar la integració al mateix temps que s'assegura en el vèrtex del conjunt del sistema a nivell interdepartamental, d'altra manera serà inviable.

I en el territori és clau el govern local, exercit per diferents entitats com els ajuntaments, les mancomunitats, els consells comarcals i les diputacions provincials, la representació territorial del govern català, i el "*streetlevel*" com actors i escenaris de treball. Els processos horitzontals de cooperació, la governança d'aquests processos i d'aquests professionals, les eines de comunicació i avaluació i l'assignació de recursos han de ser territorials i locals. Fora d'aquest escenari s'han de produir conceptes, models, dissenys organitzatius, instruments i decisions comunes. Però la integració només es pot fer efectiva en la persona i en el seu escenari vital.

D'altra banda, el model d'atenció integrada haurà de tenir un caràcter territorial, desplegat al voltant dels serveis de base comunitària, al mateix temps que ha de permetre treballar de manera integrada amb altres organitzacions que operen dins del mateix territori i que presenten serveis més especialitzats, creant un autèntic





ecosistema d'atenció integral i integrada La implementació s'assumeix com un element central a través de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida entre els diferents agents que es fan càrrec de la governança en el territori i la resta de serveis que hi operen.

S'entén, com a fet determinant, la visualització del territori i dels seus agents com un “microsistema” (figura 1) que assumeix de manera compartida la responsabilitat en els objectius de salut i benestar de la població amb complexitat social i sanitària, una adequada utilització dels serveis evitant hospitalitzacions innecessàries i institucionalitzacions inadequades, i millorant l'experiència d'atenció de les persones que viuen en el territori. És el que anomenem visió Triple meta (*Triple aim*) present ja en molts marcs avaluatius de models d'atenció integrada al món. Aquesta responsabilitat compartida es pot exercir amb independència de les modalitats de prestació i provisió, i no implica en cap cas la integració de caràcter estructural, tant vertical com horitzontal. L'atenció integrada tendeix a atribuir als dispositius de base comunitària un caràcter central en l'atenció a les persones amb complexitat social i sanitària.

Figura 1

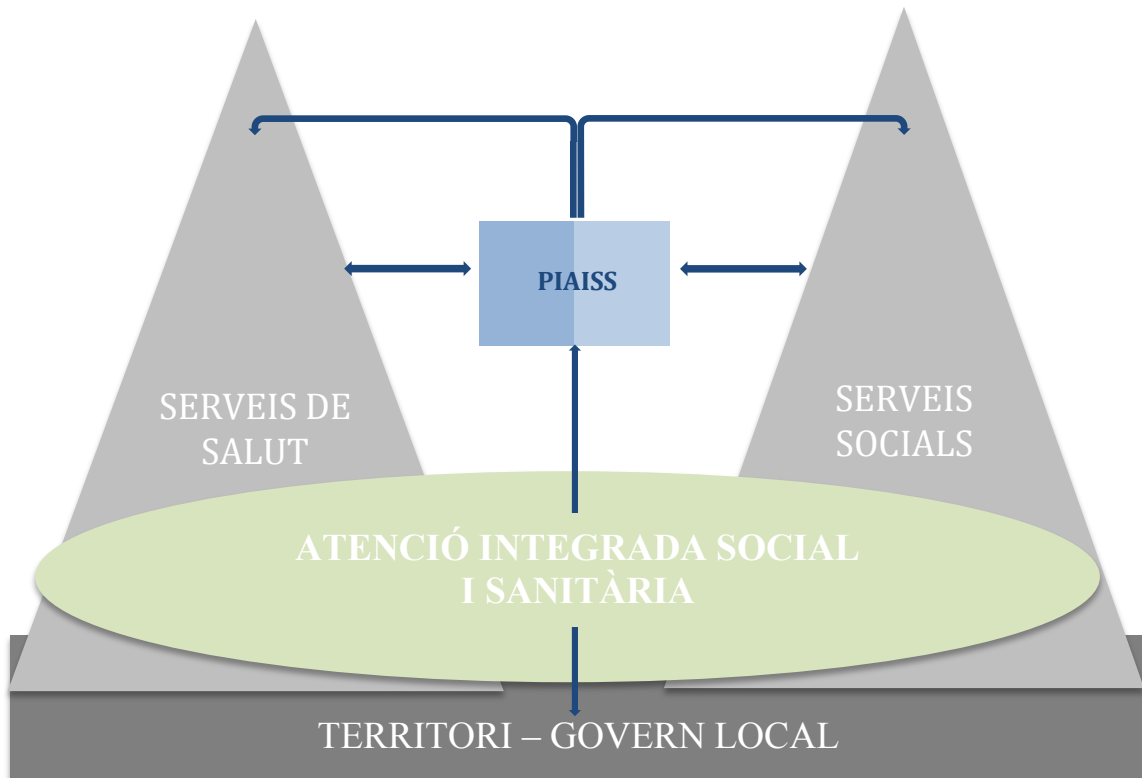


Els serveis de salut, serveis socials i ens locals constitueixen els fonaments de la proposta del PIAISS per avançar en el manteniment i desenvolupament de les capacitats de resposta a les necessitats que aporten els serveis de salut i els serveis socials. I al mateix temps, el Pla contribueix en garantir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

Es proposa a continuació, una visió gràfica d'aquesta estructura (figura2)



Figura 2





#### 4. ELEMENTS PER EL DESENVOLUPAMENT DE L'ATENCIÓ INTEGRADA

L'atenció integral és l'instrument clau per garantir un abordatge conjunt de les necessitats de la persona. Aquest procés de reconfiguració ha d'implicar a tots els recursos i els territoris del sistema sota unes propostes genèriques comunes que siguin, alhora aplicades respectant les singularitats de cada context. És a través de la integració que podrem desenvolupar i garantir el *contínuum assistencial* dels serveis i oferir una millor atenció de situacions de risc, fragilitat, cronicitat, dependència i/o exclusió social. En aquest sentit l'atenció ha de fugir de cronificar la fragilitat.

Al voltant de la integració, cal una definició conjunta d'objectius, el disseny d'instruments i eines per assolir-los i l'articulació d'intervencions de cadascun dels àmbits. És així com s'abordaran les necessitats des dels serveis i professionals de l'àmbit social i sanitari, de manera compartida, col·laborativa, coordinada i complementària.

Al llarg del document s'han anat indicant alguns dels elements que permeten articular l'atenció integrada. En aquest apartat se'n vol fer una recordatori de forma ordenada. D'una banda, hi ha els elements relacionats amb aspectes més estratègics i, de l'altra, aquells instrumentals per a desplegar-los.

- a) Adopció del **paradigma de l'atenció centrada en la persona**, situant a la persona al centre del procés d'atenció. Aquest paradigma suposa anar més enllà de curar o cuidar, i cerca atorgar la màxima autonomia possible, en el propi entorn de les persones.
  - Articular sistemàticament processos adaptats a la persona per garantir l'abordatge integral.
  - Focalitzar-se en l'escenari habitual de vida de la persona (domicili habitual) com a espai principal de cura i atenció.
  - Fer un abordatge en què la comunitat i la família són els entorns preferents, provocant un desplaçament de les modalitats d'atenció basades en el règim d'internament cap el context domiciliari i l'atenció des dels centres d'atenció primària.



b) **Apoderament de les persones** com “gestores principals” del seu propi cas, abandonant la visió i l'abordatge des de la perspectiva d'un subjecte passiu. Tal com apuntàvem en els reptes, el rol de les persones vers els serveis vinculats al seu benestar ha canviat i està canviant de manera substancial. En aquest context, cal que les persones esdevinguin agents actius, però per fer-ho és imprescindible traslladar-los més informació i més comprensible, atorgar poder d'elecció i decisió, i respectar les necessitats i preferències. En línies generals, per poder assolir l'èxit en el desplegament d'un model basat en la centralitat de les persones, cal implicar a la ciutadania en el procés de disseny i desplegament de les polítiques públiques.

- Intercanviar i fer accessible la informació a la ciutadania.
- Dissenyar i implementar estratègies adreçades a l'autoresponsabilitat i el foment de l'autocura de les persones, famílies i persones cuidadores.
- Crear mecanismes per facilitar la participació de la ciutadania en el codisseny i coproducció de les estratègies a desenvolupar en els àmbits sanitari i social.
- Fomentar estratègies per a la implicació de la persona en la presa de decisions compartida relacionada amb al seu procés assistencial.
- Desenvolupar estratègies conjuntament amb la ciutadania per a la millora de l'alfabetització en salut.
- Incorporar progressivament a les persones i ciutadans en els òrgans de gestió i en les comissions que ajudin a construir el model d'atenció tant a nivell departamental com territorial.

c) Articulació dels **contínuums assistencials** i dels processos d'atenció eliminant l'aïllament i la fragmentació. Un dels principals obstacles a superar per millorar la integració en l'atenció és la compartimentació existent, *en* els serveis sanitaris (diferents línies assistencials) i socials, i *entre* els dos àmbits. El repte és considerable i ens obliga a desplegar accions en aquests dos nivells.

- Garantir la gestió del cas, com a metodologia que sustenta el procés d'atenció i que incorpora necessàriament una redefinició dels lideratges professionals, el rol del professional de referència i les pràctiques compartides.
- Preservar la especificitat i l'especialització, tot i que aquestes poden ser considerades un símptoma de la fragmentació dels serveis cal



conservar-les perquè continuen sent necessàries per garantir la qualitat i eficàcia de l'assistència. El repte doncs, passa per fer aquest dos elements compatibles en la atenció integral i transversal.

- Continuar desenvolupant la integració vertical en paral·lel al desenvolupament de la integració horitzontal. Cal facilitar i promoure l'especificitat i l'especialització en tant que garants de l'eficàcia i el coneixement tècnic.
- Intercanviar i habilitar l'accés a la informació entre professionals socials i sanitaris.
- Vetllar per la millora en la qualitat de les "transicions" entre àmbits d'atenció, especialment en processos crítics com serien la planificació de l'alta hospitalària en persones en situació de complexitat.

d) La **innovació en salut i serveis socials** al servei de la construcció de la integració de l'atenció. El repte passa per ser capaços d'assumir i aplicar la creixent innovació el més ràpid possible. En aquest sentit és necessari avançar en el desplegament i l'adaptació de la tecnologia, al mateix temps que es millora la capacitació dels professionals a les transformacions que se'n generen.

- Impulsar la recerca i la innovació en l'atenció integrada de salut i social.
- Crear un marc d'avaluació comú en l'àmbit de la integració.
- Capacitar els professionals tècnicament i organitzativa.

e) La incorporació d'una visió de **resultats esperats** basada en el concepte ja comentat de "**triple visió**": obtenir de millors resultats de salut i benestar, adequar la utilització de serveis evitant hospitalitzacions innecessàries i institucionalitzacions inadequades, millorar l'experiència i percepció d'atenció de les persones i dels professionals.

f) El desenvolupament d'**eines d'anàlisi, planificació i avaluació conjuntes i de programació territorial compartida**, amb l'objectiu de projectar i analitzar territorialment les xarxes respectives d'atenció social i de salut. Aquestes eines haurien de permetre adoptar mesures que, si escau, siguin útils tant per la detecció de poblacions de risc, generació de nous dispositius integrats, com per l'adequació dels existents per garantir els contínuums assistencials des de la perspectiva integrada.



## 5. IMPACTE ESPERAT DE LA NOVA ARTICULACIÓ

El model català d'atenció integrada vol garantir que les persones, especialment aquelles que es troben en situació de complexitat social i sanitària:

- Visquin en les millors condicions de salut, qualitat de vida i autonomia durant el major temps possible.
- Siguin capaces de cuidar i millorar la seva pròpia salut i benestar.
- Puguin expressar els seus valors i les seves preferències i que aquestes siguin considerades en el procés d'atenció social i sanitària reconeixent-los una posició apoderada en el desenvolupament del seu propi projecte vital.
- Rebin una resposta planificada, personalitzada, proactiva i adaptada a les seves necessitats socials i sanitàries; i disposin d'una valoració integrada i integral, un pla d'atenció compartit i un professional de referència a qui adreçar-se i que vetlli per la gestió integrada del cas.
- Tinguin experiències i percepcions positives i satisfactòries dels serveis socials i de salut que utilitzen.
- Rebin l'atenció adequada en la intensitat i modulació de serveis que s'escau, on i quan sigui necessària.
- Siguin capaces de viure, en la mesura del possible i en condicions de seguretat, de forma independent en la llar o en dispositius de proximitat a la seva comunitat.
- Siguin ateses de manera continuada i sense dificultats en les transicions entre serveis sanitaris i socials.
- Participin d'activitats i programes basats en la prevenció i la interacció social i comunitària, per tal que incorporin hàbits saludables i millorin la seva qualitat de vida.



- I que els seus cuidadors i cuidadores rebin formació i suport per a fer-ho de la manera més adequada i per reduir l'impacte en la seva pròpia salut i benestar que aquest pot ocasionar.



## 6. LA FEINA FETA: PIAISS 2014-2016

Un cop creat el PIAISS i constituïts els òrgans de govern i òrgans participatius, l'equip operatiu va iniciar els treballs per definir les prioritats i línies estratègiques. Fruit d'aquest procés es va aprovar el full de ruta del PIAISS i els projectes operatius pel període 2014-2015.

A mode de balanç, a continuació s'enumeren les principals línies de treball i actuacions d'aquest primer període.

### **Accions transversals destacables**

- Acord de Govern 120/2013, de 3 de setembre de 2013, per al qual es crea el Pla interdepartamental d'interacció del serveis sanitaris i socials.
- Acord de Govern 28/2014, de 25 de febrer de 2014, per al qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- Constitució de l'òrgan de govern del PIAISS el dia 11 de març de 2014 del qual en són membres el secretari del Govern, el conseller de Salut, la consellera de Benestar Social i Família, la secretària general de Salut, la secretària general de Benestar Social i Família, el director general del CatSalut, la directora general de l'ICASS, el director del PIAISS. S'han dut a terme 8 sessions de l'Òrgan de Govern del PIAISS.
- Constitució del Consell Assessor del PIAISS el dia 10 de juliol de 2014 amb la realització de 3 sessions.
- Constitució del Consell de participació el dia 20 de gener de 2015 amb la realització de 2 sessions.
- Aprovació del full de ruta del PIAISS per part de l'òrgan de govern el dia 15 de juliol de 2014.
- Aprovació dels projectes operatius 2014-2015 per part de l'òrgan de govern el dia 9 de setembre de 2014.
- Aprovació del document de bases conceptuals del model català d'atenció integrada per part de l'òrgan de govern el dia 17 de febrer de 2015.

### **Accions vinculades a cada línia de treball**

1. Atenció integrada social i sanitària en salut mental i addiccions
  - Elaboració d'un document que dissenya la incorporació del sector de salut mental a l'estratègia d'atenció a la cronicitat del Departament de Salut



conjuntament amb el Pla Director de Salut Mental i Addiccions (PDSMiA) i presentació al CatSalut d'un resum operatiu que recomana la inclusió d'objectius en la contractació dels proveïdors.

- Constitució d'un grup de treball per a liderar l'evolució de l'anterior document en visió social i sanitària i redacció preliminar d'un document annex al document de bases conceptuals del model català d'atenció integrada en el cas de la salut mental.
- Designació del Pla de l'Estany com a primer territori on s'implementa un model d'atenció integrada en Salut mental amb l'acompanyament del PIAISS i el PDSM, essent actualment un procés iniciat i en fase de desplegament, que s'està estenent en l'àrea d'atenció infanto-juvenil a La Garrotxa
- Adopció del model integrat de gestió dels serveis d'habitatge en salut mental liderat pel Pla Integral d'Atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions i presentació d'aquest per part del Govern.

## 2. Atenció integrada per a les persones que viuen en serveis residencials

- Elaboració i aprovació per part de la direcció del PIAISS del document de mínims per a la definició del Model Català d'atenció a les persones que viuen en serveis residencials.

## 3. Atenció integrada i territori

Aquest projecte ha tingut dues vessants. La primera, inclosa en aquest apartat amb accions adreçades a definir i modelitzar des d'un punt de vista general el que es comprèn per implementació territorial d'un model d'atenció integrada. La segona, definida més endavant, referida al suport i acompanyament a diferents territoris.

Pel que fa la modelització:

- Redacció i aprovació de la primera versió de la *Guia d'implementació territorial* i de la *Guia pràctica d'atenció a les persones*.
- Definició preliminar d'una proposta de zonificació integrada: Mapa d'implementació territorial del model.

## 4. Atenció integrada i prevenció

- Constitució de la comissió de treball, amb referents interdepartamentals de PINSAP, PPAC, COM Salut, DG Acció Cívica i Comunitària, Envel·liment actiu de la Diputació de Barcelona, per al disseny i desenvolupament de les estratègies de protecció, promoció i prevenció en l'àmbit comunitari.





- Constitució de la comissió de treball, amb responsables de PIAISS; Subdirecció General d'Equipaments Cívics i Activitats de Departament de Benestar Social i Família; Subdirecció de Promoció de la Salut de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i amb la col·laboració de la Càtedra de Promoció de la Salut de UdG, per elaborar conjuntament el disseny i desenvolupament de les estratègies adreçades a la potenciació dels actius en salut a l'àmbit comunitari.
5. Model català d'atenció integrada a domicili
- Constitució d'un equip de treball per a l'elaboració del document de mínims per a la definició del Model Català d'atenció al domicili.
  - Organització Jornada sobre models d'atenció domiciliària integrada el 25 novembre 2015 amb participació responsables principals projectes col·laboratius que han implementat model atenció integrada a domicili.
  - Constitució d'una comissió de treball per la optimització de la relació entre el servei d'emergències mèdiques i la teleassistència formada pel PPAC, PIAISS, 061 CatSalut Respon i Diputació de Barcelona titular del servei de teleassistència.
6. El paper de les persones en el nou context d'atenció
- Elaboració del document de definició del model d'atenció centrada en la persona.
  - Creació d'una comissió de treball per la identificació de tota la oferta existent en matèria de suport, apoderament i capacitació dels cuidadors/es.
  - Aprovació per part de l'òrgan de govern del Model Català de Planificació de decisions anticipades i presentació al Comitè de Bioètica de Catalunya i al Comitè d'ètica de Serveis Socials per a la seva validació.
  - Disseny i validació de l'estratègia d'abordatge social i sanitari a la desnutrició derivada de complexitat clínica.
7. Projecte d'integració dels sistemes d'informació
- Acord en la utilització del CIP com a identificador comú entre els dos sistemes.
  - Projecte pilot entre l'Ajuntament de Barcelona, TIC-Salut i CatSalut per compartir dades de les persones, socials i sanitàries, a l'HC3 necessàries per la seva atenció i per a l'avaluació dels resultats de la mateixa.
    - Signatura del conveni entre el Departament de Salut i l'Ajuntament de Barcelona per a la interoperabilitat entre el SIAS i l'HC3 el juny de 2015.



- Definició del marc funcional d'intercanvi de dades entre l'HC3 i els serveis socials bàsics de l'Ajuntament de Barcelona formada per professionals dels dos sectors.
- Inici treball estandardització diagnòstics socials amb Oficina estàndards de TICSalut.

#### 8. Accions transversals

- PIAISS espai de consens: s'han creat diferents espais de treball per compartir i consensuar elements relacionats amb el pla.  
Entre d'altres activitats destaquen les següents:
  - Consell Assessor i Consell de participació ja esmentats
  - Segona capa social i sanitària: Consell assessor ampliat amb la participació de 80 professionals (40 socials i 40 sanitaris).
  - Estratègia de consens terminològic de l'atenció integrada amb la col·laboració de TERMCAT.
  - Grup de treball de casos diana de l'atenció integrada: amb 14 professionals (7 socials i 7 sanitaris).
  - Grup nominal d'atenció integrada
  - Estudi Delphi per a la identificació dels reptes i elements clau en un model d'atenció integrada.
  - Taller d'atenció integrada en la Jornada anual del Pla de Salut amb 40 professionals
  - Taller d'atenció centrada en la persona de la Jornada anual del Pla de Salut: amb 40 professionals (20 socials i 20 sanitaris).
  - Grup de treball entre l'equip operatiu del Pla Director de Salut Mental i addiccions i amb el Pla director Sociosanitari.
- PIAISS entorn de gestió del coneixement, innovació i recerca:
  - Recerca aplicada per a la caracterització i prevalença de la complexitat social i sanitària en col·laboració amb l'ICO, Càtedra de cures pal·liatives de la Universitat de Vic, Diputació de Barcelona, Ajuntament de Sabadell, PPAC i PIAISS.
  - Recerca qualitativa socio-constructiva per a la identificació de les perspectives, valors i experiències de la ciutadania respecte el procés de PDA amb l'objectiu d'integrar les aportacions de la ciutadania per validar el marc conceptual del Model Català de PDA i establir recomanacions per a la seva implementació a Catalunya. Realitzada en col·laboració PPAC, PIAISS, Càtedra de cures pal·liatives de la Universitat de Vic i IDIAP Jordi Gol.



- Fòrum ITESSS amb el desenvolupament de treballs en diferents àmbits.
  - Participació en projectes europeus: Models estratificació ASSEHS coordinat per *Kronikgune* participant conjuntament amb TICSalut, projecte *Horizon 2020 "SELFIE"* per atenció persones en situació multimorbiditat conjuntament IDIBAPS-Hospital Clínic i coordinat per Erasmus Universitat Rotterdam.
  - Signatura MoU amb Escòcia per a la col·laboració en aprenentatge en el disseny i model d'atenció integrada.
- PIAISS entorn de formació:
    - Certificació d'expertesa en atenció integrada per persones en situació complexitat de la CAMFIC i altres societats
    - Participació en comitès científics i organitzadors de congressos
    - Realització de docència en cursos, jornades, congressos, fòrums...
    - Colideratge i participació en el Màster GESSAPH amb orientació sanitària i social
  - Participació del PIAISS en diverses activitats de representació i difusió en l'àmbit estatal, europeu i internacional.

### **Revisió de l'acció territorial**

Paral·lelament als treballs de modelització es va iniciar la implementació del model d'atenció promogut per el PIAISS a diversos territoris de Catalunya.

En aquests processos d'implementació el lideratge ha correspost a les entitats que ostenten la condició de "governança": Serveis territorials del Departament de Benestar Social i Família, la Direcció territorial del CatSalut en representació del Departament de Salut i els governs locals que ostenten la titularitat dels serveis socials bàsics en el territori.

A partir de la voluntat d'aquest òrgan de governança territorial funcional, el conjunt d'actors locals han impulsat en els territoris un grup operatiu per a l'elaboració d'un Pla Funcional d'atenció integrada a nivell territorial.

### **Impuls i recolzament dels projectes pilot definits en la fase PPAC:**

- **Tona - Mancomunitat La Plana.** Projecte premiat per Bsalut l'any 2014 en curs amb una certa reformulació per a avançar en clau comarcal.



- **Alt Penedès – Vilafranca.** Governança constituïda i equip de treball operatiu. El grau de implementació és notable. Premi a la millor comunicació del congrés internacional d'atenció integrada, IFIC 2015.
- **Vilanova i la Geltrú.** Equip de treball operatiu en funcionament. Inici de treballs per la redacció d'un pla funcional. El grau de consens generat en el conjunt d'actors del territori és notable.
- **Mataró.** Projecte col·laboratiu iniciat. Pendent de reformulació en clau territorial més enllà de la coordinació entre les primàries.
- **Reus.** Projecte col·laboratiu iniciat en una zona delimitada en procés de consens pel que fa als escenaris d'avenç.
- **Lleida ciutat.** Projecte col·laboratiu iniciat en una zona delimitada de la ciutat en procés de consens pel que fa als escenaris d'avenç.
- **Salt – Gironès.** Equip de treball operatiu consolidat i projecte amb intensa implementació. El grau de consens generat en el conjunt d'actors del territori és notable.

Aquests projectes han estat avaluats per part de l'AQuAs per encàrrec de l'ICASS<sup>1</sup>.

#### **Suport tècnic i metodològic a territoris emergents:**

- **Alta Ribagorça:** governança constituïda i Pla funcional elaborat i aprovat.
- **Cerdanya:** governança constituïda i Pla funcional elaborat. El 9 de gener 2015 va ser aprovat per la governança.
- **Alt Urgell:** governança constituïda i equip de treball també. Inici de treball del Pla funcional. Elevat interès dels agents de governança i provisió locals per tirar endavant el PIAISS.
- **La Garrotxa:** governança constituïda i Pla funcional elaborat i aprovat per la governança. El grau d'implementació és notablement avançat i amb una gran implicació i mobilització territorial.
- **Pla de l'Estany:** un dels primers territoris on s'implementa un projecte d'atenció integrada en salut mental.
- **Osona:** els diferents actors del territori tenen un gran nombre de projectes que configuren un entorn avançat d'atenció integrada. Osona és un cas d'ús per un projecte europeu (Sustain) liderat per l'AQuAs. Tona, projecte que venia de la fase anterior s'ha incorporat a aquest procés d'àmbit territorial superior.

---

<sup>1</sup>[http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/mes\\_projectes/qualitat\\_atencio\\_sanitaria/model\\_collaboratiu\\_atencio\\_social\\_salut\\_catalunya/](http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/mes_projectes/qualitat_atencio_sanitaria/model_collaboratiu_atencio_social_salut_catalunya/)



- **Baix Llobregat** (Sant Boi, Cornellà, Viladecans i Gavà): governança constituïda i equip de treball operatiu també.
- **Terres de l'Ebre: Rivera d'Ebre i Terra Alta, Amposta i Montsià, Tortosa i Baix Ebre:** governança constituïda. Inici de treballs operatius. Canvis en el lideratge del projecte han ocasionat una aturada en el seu desenvolupament. Cal considerar la iniciativa Salut+Social de ICS i l'Ajuntament d'Amposta per compartir dades, que va ser premiada per BSalut 2016.
- **Granollers, Canovelles i les Franqueses:** governança constituïda. S'ha definit un contingut operatiu de treball però està essent difícil avançar. Hi participa també el consell comarcal del Vallès Oriental.
- **Alt Empordà:** malgrat des del PIAISS no ha participat de forma significativa en l'inici del seu treball, hi ha diferents proveïdors i actors del territori que han estat elaborant un document funcional per començar a treballar l'atenció integrada al territori.
- **Sabadell:** malgrat des del PIAISS no s'ha participat en l'estratègia territorial és un entorn històricament avançat en atenció integrada. En aquests moments estan esdevenint un territori amb una experiència clau en l'estratègia d'identificació i valoració de les persones en situació de complexitat tributàries de rebre atenció integrada atès que estan fent una recerca poblacional molt significativa per aquesta finalitat. Sabadell és un cas d'ús per un projecte europeu (Sustain) liderat per l'AQuAs

A banda d'aquests projectes hi ha altres territoris en els què s'estan iniciant activitats en aquesta direcció o que estan a l'espera de començar: Ripollès, Hospitalet de Llobregat, Manresa – Bages, Alt Camp i Coca de Barberà, Igualada – Anoia, entre d'altres.

Per últim cal destacar el projecte de Barcelona:

- **Projecte d'Envel·liment actiu de l'Ajuntament de Barcelona com a model col·laboratiu per la ciutat de Barcelona:**
  - Creació d'una taula municipal per l'atenció integrada constituïda l'1 de juny de 2016
  - Projecte de "Retorn a domicili per pacients amb ICTUS" amb coparticipació d'hospitals de Barcelona, Equips d'atenció primària i serveis socials de l'Ajuntament de Barcelona. Projecte en fase d'implementació en el que participa el PIAISS



- Projecte d'*Envel·liment actiu a domicili*: L'Ajuntament ha liderat l'àmbit funcional per la definició del model d'atenció.
- Projecte de sistemes d'informació orientat a compartir dades de les persones, socials i sanitàries, a l'HC3 i SIAS, basat en el consens entre els professionals dels dos sectors sobre les dades mínimes a compartir, amb el consentiment de la persona



## 7. OBJECTIUS DEL PIAISS 2017-2020

Per a poder seguir avançant en la missió del PIAISS, es formulen els següents objectius operatius:

- Avançar en la **modelització del sistema integrat de treball** per el seu desplegament en tot el territori:
  - Avaluar i difondre les experiències territorials.
  - Desenvolupar models replicables al conjunt del territori.
  - Adoptar mecanismes per escalar a nivell de sistema dels desenvolupaments assolits.
  - Identificar les àrees de treball específiques que han d'operar integradament.
  - Desenvolupar de forma centralitzada eines de treball per a tot el sistema d'atenció social i sanitària per implantar-les posteriorment al conjunt del territori.
- Mantenir un treball d'**experimentació i aprenentatge organitzatiu i sistèmic** centrat en:
  - Mobilitzar els recursos socials i sanitaris en el territori en el desenvolupament de l'atenció integrada.
  - Implicar un nombre creixent de líders professionals en aquesta dinàmica de treball.
  - Desenvolupar eines de coordinació, cooperació i governança d'aquesta cooperació.
- Desenvolupar processos d'**aprenentatge i capacició**:
  - Capacitar als professionals per desenvolupar les seves funcions en el marc de l'atenció integrada.
  - Promoure la recerca en l'àmbit de l'atenció integrada mitjançant l'increment de projectes finançats en aquest àmbit.
  - Promoure la innovació operativa a partir de la recerca i l'experimentació.
  - Capturar coneixement a nivell internacional i difondre i posicionar l'experiència de Catalunya en aquest àmbit.
- Desenvolupar **eines d'anàlisi, planificació, programació i models d'avaluació conjunta** en l'àmbit social i de salut:
  - Mapejar i realitzar una anàlisi territorial conjunta de les xarxes d'atenció i prevenció.



- Detectar poblacions de risc i adoptar estratègies de prevenció compartides.
  - Adequar els serveis i recursos assistencials amb major valor afegit social i sanitari per a la ciutadania.
  - Generar dispositius integrats d'acord amb la visió centrada en la persona.
  - Orientar comunitàriament els serveis de salut i socials
  - Dissenyar eines d'avaluació conjuntes i /o compartides.
  - Analitzar diferents models de finançament i assignació de recursos que permeti una implementació efectiva del model.
- Foment de la **interoperabilitat i la integració dels sistemes d'informació** de salut i social
    - Establir llenguatges i estàndards comuns.
    - Adoptar una estratègia TIC conjunta.
    - Articular la història clínica i social compartida.





## 8. METODOLOGIA

Després dels primers anys del desplegament del PIAISS, basats principalment en els projectes pilot adaptats al territori, per aquesta nova etapa del pla definim tres àmbits instrumentals d'intervenció basats en l'aprenentatge i la cerca de la innovació:

- a) Avaluar i extreure lliçons apreses dels pilots desenvolupats durant la primera etapa del PIAISS, per identificar components sistèmics del model.
- b) Definir i desplegar directament línies de treball i propostes sistèmiques.
- c) Dissenyar i desplegar experiències col·laboratives entre l'àmbit de la salut i el social per construir un model de creixement i aprenentatge que puguin esdevenir processos de treball sistèmics.

A banda d'aquests àmbits, els següents elements han de caracteritzar el disseny i desplegament de les principals estratègies del pla: la transversalitat, la coordinació horitzontal i el treball en xarxa. Per assolir els objectius que ens hem marcat i el punt en el què es troba aquest pla, cal renunciar i superar les estructures verticals de treball i jerarquia establertes.

El model d'atenció a les persones exigeix el disseny i el desplegament de polítiques i instruments facilitadors i promotors de l'atenció integral i integrada, que s'expressa finalment en un conjunt d'objectius i pràctiques compartides. Aquests elements facilitadors s'orientarien a la implementació necessària de factors transversals com a la identificació i el progrés d'implementació de contextos assistencials, així com a grups poblacionals específics en els quals el desenvolupament d'enfocaments d'atenció integrada resulta particularment significativa en termes poblacionals.

Aquests instruments facilitadors i promotors serien:

- La **gestió** basada en la **confiança amb i entre els professionals** que disposen d'una àmplia capacitat d'exercir l'autonomia.
- La configuració d'un **organigrama pla i transversal** pensat i elaborat per fer possible la missió de cuidar i atendre les persones abordant totes les



seves necessitats. S'han d'articulat mecanismes que facin que les xarxes treballin de manera efectiva

- **L'avaluació dels resultats** dels territoris, equips i professionals. S'ha d'establir un marc d'avaluació en clau poblacional i territorial amb enfocament de "triple visió" que permeti valorar la situació relativa de cada territori. Aquest marc ha de contemplar la recollida d'un conjunt mínim d'indicadors en diferents dimensions: resultats en salut i benestar, eficiència, experiència d'atenció de les persones ateses i satisfacció dels professionals en el nou model.



## 9. PLA DE TREBALL

Els dos principals àmbits de treball del PIAISS són el departamental i el territorial contemplant la multifactorialitat. El pla de treball per aquesta nova etapa s'estructura en base a tres àmbits:

- A. Projectes funcionals
- B. Projectes de suport i transversals
- C. Projectes territorials

La metodologia principal utilitzada en la primera etapa del PIAISS ha estat, prioritàriament, treballar en projectes concrets. Aquests projectes difonien la importància del treball integrat social i sanitari en el territori a partir de la proposta conceptual del PIAISS, aplicada al desenvolupament de propostes concretes i territorialitzades. Aquesta metodologia, de tipus *bottom-up*, ha donat bons resultats i una base territorial i professional excepcional al voltant del desenvolupament de l'atenció integrada entre serveis socials i sanitaris. També s'han generat models conceptuals bàsics tan de caràcter general com en àmbits específics.

Es proposa formular explícitament un àmbit de treball que se centri en el desenvolupament de coneixement, recerca, capaciació i aprenentatge, els **projectes de suport transversal**.

Preservar i donar continuïtat a aquesta línia de treball és la primera feina a fer en la nova etapa i es realitzarà a través del que s'anomenen **projectes territorials**.

A aquesta metodologia es proposa afegir-hi un treball més intens i explícit centrat en la definició, desenvolupament i desplegament d'eines i instruments de model, construïts a partir del treball interdepartamental. La formulació dels instruments es planteja des d'una lògica *top-down* i es realitza assegurant la participació del conjunt dels actors departamentals i territorials generant així els consensos bàsics necessaris i la definició de guies pràctiques d'implementació pel seu posterior desplegament sistèmic. Aquesta línia de treball s'anomena **projectes funcionals**.

A continuació es presenta una primera proposta, a debatre, complementar, i revisar per l'univers PIAISS que concreta els projectes i activitats a realitzar en els propers tres anys. Aquesta proposta, fins i tot quan estigui formalitzada abans de inicis del 2017, es mantindrà com una proposta oberta i revisable com a mínim un cop l'any i en qualsevol moment que ho acordin els òrgans de governança del PIAISS.



## **A. Projectes funcionals**

### ***1.- Desenvolupament i integració dels sistemes d'informació socials i sanitaris***

- Definir una estratègia d'integració de sistemes d'informació i comunicació en serveis socials i de salut basada en interoperabilitat, adoptant el CIP com a codi d'identificació i utilitzat la història clínica com a punt de partida on construir la interoperabilitat.
- Crear les condicions jurídiques, ètiques i funcionals per a la implementació de l'estratègia d'integració de sistemes d'informació.
- Avançar en la interoperabilitat entre HC3 i sistemes d'informació dels SSB
- Valorar la incorporació del model atenció no presencial entre l'àmbit sanitari social.

### ***2.- Articulació d'un model d'implementació territorial basat en una atenció integrada de base comunitària***

- Aprovar el model territorial d'atenció integrada.
- Continuar el procés d'implementació a nivell territorial d'experiències d'atenció integrada.
- Avançar en la creació de les condicions per la implementació del model a nivell territorial. En aquest procés es contemplarà la cooperació amb les estructures de planificació, compra i avaluació dels departaments i l'adopció d'acords de cooperació interadministrativa per a la implementació.
- Desenvolupar instruments tecnico-professionals de suport a la pràctica assistencial integrada especialment per a la identificació i atenció a les persones en situació de complexitat social i sanitària.
- Definir conceptes i eines per a la pràctica del treball comunitari des dels serveis socials i els sanitaris de forma harmonitzada amb les mesures del Pla de Suport al Tercer Sector.
- Dissenyar un model de base comunitària a partir del treball conjunt dels agents implicats també d'acord amb les accions previstes en el Pla de suport al Tercer Sector.
- Configurar i desplegar un mapa d'actius de la comunitat.



### ***3.- Atenció integrada social i sanitària al domicili***

- Reactivar la comissió de treball per a la definició del model d'atenció a les persones en situació de complexitat al domicili i validació del mateix per part de tots els actors implicats.
- Identificar bones pràctiques d'atenció domiciliària dins del model d'atenció compartida que puguin ser incorporades en l'Observatori d'Innovació en Gestió de l'AQuAS.
- Dissenyar i adoptar els indicadors per avaluar el grau d'implementació del model d'atenció integrada a domicili i incorporar-los progressivament al marc d'avaluació del model d'atenció integrada.
- Participar en l'estratègia per a la definició del model de desplegament dels serveis d'ajudes tècniques i adaptacions a la llar per garantir que el disseny atén a una visió integrada social i sanitària.

### ***4.- Atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials***

- Reactivar la comissió de treball per a la definició del model d'atenció integrada a les residències i validació del mateix per part de tots els actors implicats.
- Identificar de bones pràctiques d'atenció integrada a la salut de les persones que viuen en centres residencials que puguin ser incorporades en l'Observatori d'Innovació en Gestió de l'AQuAS .
- Dissenyar i adoptar els indicadors per avaluar el grau d'implementació del model d'atenció integrada a la salut de les persones que viuen en centres residencial incorporant-los progressivament al marc d'avaluació del model d'atenció integrada.
- Estudiar l'impacte, negociació i implementació de la reordenació de l'atenció sanitària a les persones institucionalitzades en residències conjuntament amb el Pla estratègic d'Atenció Primària i Comunitària.

### ***5.- Atenció integrada en salut mental***

- Alinear i harmonitzar l'estratègia del Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions i del PIAISS, especialment en l'àmbit de la salut mental i la gent gran.



- Participar en les experiències territorials d'un model d'atenció integrada amb persones en situació de complexitat i trastorns de salut mental.

## **B. Projectes de suport transversal**

### **1. Informació, difusió i participació**

- Facilitar i potenciar el treball en xarxa per a intercanviar coneixements i experiències, potenciar l'aprenentatge i la col·laboració. Com instrument de suport a aquesta estratègia, crear espais de consulta i suport entre professionals a través d'un portal col·laboratiu que esdevingui un punt de trobada virtual dels professionals assistencials i de la gestió de l'àmbit social i sanitari i experts dels dos àmbits.
- Donar a conèixer l'estratègia del PIAISS així com els projectes que es desenvolupen en el marc d'aquest Pla a través d'una estratègia de comunicació.
- Posar en comú experiències i bones pràctiques en l'àmbit de l'atenció integrada sanitària i social a través d'una jornada anual amb tots els agents del PIAISS.

### **2. Formació**

- Elaborar una estratègia compartida en matèria de formació i capacitació de professionals en atenció integrada. Incorporar a aquesta estratègia el disseny i realització d'una formació per a referents territorials dels dos departaments per a acompanyar l'estratègia d'implementació territorial dels models d'atenció integrada.
- Renovar el rol de lideratge, participació i suport a la formació multisocietats i col·legis professionals en la formació d'expertesa d'atenció a les persones en situació de complexitat a la comunitat. Visió i enfocament d'atenció integrada sanitària i social, amb continguts específics també de l'àmbit d'atenció domiciliària i residencial.
- Desenvolupar i implementar el pla de formació de planificació de decisions anticipades (PDA) pels professionals de l'àmbit sanitari i social de Catalunya.



- Revisar i dissenyar noves estratègies adreçades a la formació de persones cuidadores.

### **3. Recerca, coneixement i innovació**

- Traduir i validar l'escala de suport a la identificació de les necessitats d'atenció social complexes (*self-sufficiencymatrix*).
- Difondre el projecte de consens terminològic en atenció integrada de TermCat.
- Redefinir l'Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya en l'Observatori d'innovació en Gestió de la Sanitat i els Serveis Socials a Catalunya, assumint com a eix propi la incorporació i avaluació de bones pràctiques d'innovació la integració social i sanitària.
- Continuar el projecte Fòrum ITSSS en el marc d'un conveni de col·laboració en àrees d'interès especial.

### **4. Avaluació**

- Adoptar un acord per disposar d'un marc d'avaluació bàsic del model d'atenció integrada de base territorial que incorpori els indicadors acordats que incorpori l'àmbit de l'ACP i domicili i atenció a les residències.
- Crear un equip comú reduït format per membres del Departament de Salut i el de Treball, Afers Socials i Famílies, per incorporar instruments de contractació (contractes, acords de gestió, contractes programes...), objectius comuns i indicadors d'avaluació.
- Habilitar en la Central de Resultats del Departament de Salut i en una aplicació similar dins Departament Treball, Afers Socials i Famílies, un conjunt mínim indicadors relacionats amb PIAISS. Els indicadors han de ser visibles, amb lectura poblacional i territorial, i comú als aplicatius dels dos departaments.
- Elaborar un estudi de cost–efectivitat dels models d'atenció integrada i anàlisi de les oportunitats en la assignació de recursos.



## **5. Activitat Internacional**

- Realitzar activitats que permetin consolidar el posicionament internacional de Catalunya com a referent en atenció integrada social i sanitària.
- Adoptar acords de col·laboració genèrics o temàtics per àrees d'especial interès amb països o regions avançades on ja s'han fet contactes previs: Flandes, Finlàndia i Irlanda del Nord. Els acords es centraran en models d'atenció integrada sanitària i socials i-TIC avançat.
- Signar acords de col·laboració amb la *International Foundation for IntegretedCare* (IFIC) i el Fòrum ITESS.
- Signar acords de col·laboració amb l'OMS, pel que fa al model d'atenció centrada en la persona i atenció integrada, entre d'altres.
- Participar activament en el *Memorandum of Understanding* (MoU) entre Catalunya i Escòcia a través del disseny i implementació d'un model d'atenció integrada sanitari i social. S'han programat un conjunt d'activitats i *webinars* conjunts en àrees prioritzades d'interès comú entre Catalunya i Escòcia. És un projecte en actiu que té gran interès pel disseny i implementació del model l'atenció integral sanitària i social d'Escòcia.

## **C. Projectes territorials**

L'impacte real en la transformació del model d'atenció a les persones per part dels serveis socials i de salut es produeix quan se'n fa efectiva la implementació territorial. En aquest sentit, des del PIAISS s'assumeix la necessitat de seguir intensament amb l'activitat de suport als territoris en cooperació amb les estructures territorials dels departaments però també amb l'avaluació de les experiències disponibles per identificar aquells elements nuclears i de valor. Per això el PIAISS pretén avançar en:

- L'avaluació del valor, adequació i sentit dels diferents projectes territorials.
- La continuïtat en el suport a la implementació.





## 10. L'ORGANITZACIÓ DEL PIAISS

El disseny de l'organització del PIAISS, en el marc del Departament de la Presidència, ha de ser coherent amb la seva vocació d'articular horitzontalment i transversalment el treball de les tres estructures institucionals que presten els serveis de salut i de serveis socials a Catalunya: el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, el Departament de Salut i, especialment rellevant, el Govern Local. A aquests tres organismes és possible que s'hi puguin afegir d'altres de forma parcial i complementària.

Aquesta vocació comporta defugir de la possibilitat que el PIAISS esdevingui una nova estructura vertical/departamental que s'instal·li entre les actuals. Així doncs, el pla ha de ser una eina promotora de la cooperació entre els tres actors principals de l'atenció social i sanitària a Catalunya i ha d'operar més com una xarxa que no pas com un sistema jerarquitzat.

L'orientació del PIAISS se centra en promoure la cooperació i coordinació horitzontal i transversal i en desenvolupar processos i instruments, especialment sistemes de informació i eines tècniques, que estabilitzin i consolidin aquestes relacions. El model d'organització més adequat per la consecució d'aquest objectiu és l'organització en xarxa. Aquesta xarxa ha de ser capaç d'articular als actors implicats i aportar elements de governança sense necessitat de recomposar les estructures departamentals consolidades actualment existents. I ho ha de fer tan en el vèrtex superior del sistema (nivell departamental) com en el nivell de contacte amb la ciutadania (nivell local i territorial).

La funció de desplegar les propostes i aprenentatges del PIAISS correspondran, en última instància, a les estructures verticals ja existents que són les que tenen capacitat per a formalitzar i dotar econòmicament a l'organització dels serveis de salut i socials.

L'estructura que es proposa per articular el PIAISS té totes les característiques de l'organització en xarxa. Especialment les dues principals:

- L'**eina** de decisió és el **consens**
- Les **estructures** són **igualitàries** i poc jerarquitzades.



Els òrgans que es proposen són els següents

1. Òrgan de govern
  - Comissió executiva
2. Comitè Operatiu
3. Consell assessor
4. Consell de participació

Així mateix, sempre que sigui necessari s'establiran comissions de treball per a l'adopció dels acords necessaris en el desplegament del Pla.

### **1. Òrgan de govern**

Funcions

- Impulsar institucionalment el desenvolupament del Pla
- Exercir la direcció estratègica del Pla i fixar-ne els objectius.

Membres:

- Consellera de la Presidència
- Consellera de Treball, Afers Socials i Famílies
- Conseller de Salut
- Secretari del Govern
- Secretari d'Afers Socials i Famílies
- Secretari general de Salut
- Director general de Protecció Social
- Director del Servei Català de la Salut
- Coordinadora de les Polítiques Públiques per a l'Estat del Benestar

Aquest òrgan disposarà d'una **Comissió Executiva** responsable de la gestió ordinària formada per:

- Secretari d'Afers Socials i Famílies
- Secretari General de Salut
- Coordinadora de les Polítiques Públiques per a l'Estat del Benestar

### **2. Comitè Operatiu**

Funcions:

- Donar suport al disseny, planificació, execució i avaluació dels projectes a impulsar des del PIAISS.
- Dur a terme el seguiment del pla així com de les accions proposades.



- Proposar accions correctores entre la planificació estratègica del pla amb la implementació en el territori.
- Aportar propostes d'activació transversal d'organismes i institucions dels departaments implicats, per poder facilitar la implementació del pla.

### **3. Consell Assessor**

#### Funcions

- Aportar experiència i coneixement al Pla, especialment en l'acompanyament en la implementació de l'estratègia i la proposició d'accions que ajudin i facilitar-la.
- Participar activament en el disseny i implementació del model d'atenció integrada social i sanitària.
- Representar els diferents nivells assistencials, territoris i el conjunt de la cartera.

### **4. Consell de participació**

#### Funcions:

- Deliberar sobre el contingut i desenvolupament del model d'atenció integrada social i sanitària que promou el PIAISS.
- Debatre i emetre informes sobre els projectes del Pla.
- Difondre en les entitats del sector a les quals representen en aquest Consell l'estat i evolució del PIAISS.
- Fer el seguiment, debatre i valorar l'execució del Pla i els seus projectes.
- Formular propostes i recomanacions per millorar el model d'atenció integrada social i sanitària que promou el PIAISS.
- Trametre les seves conclusions a altres consells de participació de la Generalitat.

### **Comissions de treball**

Tal i com ja s'ha mencionat, l'eina operativa per a desenvolupar projectes i propostes són les comissions de treball, especialment pel desenvolupament dels projectes funcionals. Aquestes tindran la durada ajustada al projecte o projectes que tinguin encomanat desenvolupar.

Cada projecte o àmbit definit en l'apartat del pla de treball pot tenir una o més comissions de treball.