



MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA

Cap a una atenció centrada en la persona

Albert Ledesma Castelltort, Carles Blay Pueyo, Joan Carles Contel Segura,
Assumpció González-Mestre, Ester Sarquella Casellas i Lluís Viguera Espejo

Versió 4.0 de 25 de maig de 2015

Índex

Presentació.....	7
1. Què és el model d'atenció integrada?.....	8
2. Per què atenció integrada?	9
Per quins motius és necessària la transformació del model actual cap a un d'atenció integrada?	
Què esperem d'aquesta transformació del model?	
3. A qui s'adreça l'atenció integrada?	12
4. Quin és el marc?.....	14
Integració de l'atenció a Catalunya	
Vocació transversal i poblacional	
El rol de la persona	
El lideratge dels professionals	
5. Com atensem les persones?	20
Compromisos	
Elements nuclears	
6. On s'implementa?.....	28
7. Com implementar el model?.....	31
Des de l'àmbit centralitzat i amb visió de país	
Implementació territorial	
Aspectes que cal preveure en el Pla funcional territorial i que la governança ha d'assegurar	
Aspectes instrumentals que cal desenvolupar en l'àmbit central i implementar en el territorial	
8. En síntesi	39

Agraïments

Òrgan de Govern

Hble. Sr. Boi Ruiz Garcia

Hble. Sra. Neus Munté Fernández

Sr. Jordi Baiget Cantons

Sra. Maria Dolors Rusinès Bonet

Sra. Roser Fernandez Alegre

Sra. Carmela Fortuny Camarena

Sr. Josep Maria Padrosa Macias

Dr. Albert Ledesma Castelltort

Conseller de Salut

Consellera de Benestar Social i Família

Secretari del Govern

Secretària general de Benestar Social i Família

Secretària general de Salut

Secretària d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal (SISPAP)

Director del Servei Català de la Salut

Director del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS).

Consell Assessor

Enric Arqués Martí

Teia Fàbrega Pairó

Antoni Juan Pastor

Pilar Piñeiro Méndez

Antoni Salvà Casanovas

Manel Valls Martorell

Fòrum de Salut Mental

Consorci d'Acció Social de La Garrotxa

Institut Català de la Salut

Institut Català de la Salut

Institut de l'Envel·liment, UAB

Fundació sociosanitària de Manresa

Comitè Operatiu del PIAISS

Carles Blay Pueyo

Assumpció González Mestre

Joan Carles Contel Segura

Ester Sarquella Casellas

Lluís Viguera Espejo

José Antonio Dominguez

Comitè operatiu PIAISS i Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)

Comitè operatiu PIAISS i PPAC

Comitè operatiu PIAISS i PPAC

Comitè operatiu PIAISS

Comitè operatiu PIAISS

Diputació de Barcelona. Gerència de Benestar i comitè operatiu PIAISS.

Grup d'experts

Ester Amado Guirado

Jordi Amblas Novellas

Paloma Amil Bujan

Institut Català de Salut (ICS)

Hospital de la Santa Creu de Vic

Programa del Pacient Expert de Catalunya

Eva Aragon Capellera

Marisa Arumí Ortiz

Israel Belchi Pujol

Eva Bonamusa Ventura

Pere Bonet Dalmau

Manuela Bonillo Caballero

Alba Brugués Brugués

Ingrid Bullich Marin

Carmen Cabezas Peña

Antoni Calero Garnica

Manel Camacho Moral

Rosa Carrasco Coria

Cari Castillo Canales

Antonio Castro Salomó

Montse Codinachs Vila

Montse Colom Codina

Josep Comín Colet

Roser Coromina Guell

Roger Cuscó Segarra

Xavier Delgado Alonso

Miquel Domenech Mestre

Montse Domenech Prat

Joan Espauella Panicot

Oriol Estrada Cuxart

Imma Ferre Jornet

Laura Ferré Gimenez

Anna Ferret Piñera

Margarita Garcia Canela

Empar Garcia Gallego

Mila Garriga Garrit

Pilar Gascón Lecha

Fundació Finestrelles

Diputació de Barcelona

Discapacitat Intel·lectual Catalunya (DINCAT)

ECOM

Fundació Althaia

Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Consorti Castelldefels Agents Salut
d'Atenció Primària (CASAP)

Departament de Salut

Agència de Salut Pública de Catalunya

CAP Maragall

Unió de Petites i Mitjanes Residències
(UPIMIR)

Institut Català de la Salut (ICS)

Consorti de Serveis Socials Salt Gironès

Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Fundació Sant Tomàs

Fundació centre mèdic psicopedagògic
d'Osona

Hospital del Mar

Consorti d'Acció Social de La Garrotxa

Departament de Benestar Social i Família

Departament de Benestar Social i Família

Pius Hospital

Consell Comarcal de l'Alt Penedès

Hospital de la Santa Creu de Vic

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

ABS Ulldecona

Creu Roja Catalunya

Consorti Sanitari Integral (CSI)

Col·legi Oficial de Treball Social de
Catalunya (TSCAT)

ABS Santa Eugènia de Berga

Consell Comarcal del Montsià

Consell de Col·legis de Farmacèutics de
Catalunya

Joan Gené Badia

Maria Gil Amaya

Toni Gilabert Perramon

Xavier Gómez-Batiste Alentorn

Montserrat Gomis Claret

Jordi González Barrufet

Ana González González

Rafael Guayta Escolies

Sònia Guerra Lopez

Miquel Gusart Ponsa

Marco Inzitari

Esther Julbe Benbingut

Carolina Lapena Estella

Cristina Lasmarias Martinez

Esther Limón Ramirez

Maria Antònia Llauger Roselló

Cristina Llohis Canals

Dolors Llorens Basses

Pilar López Calahorra

Isabel Macarulla Mercade

Marisa Martí Aguasca

Begoña Martí Cañiz

Lina Masana

Xavier Melich Porres

Sandra Millet Pi-Figueras

Victoria Mir Labalsa

Cristina Molina Parrilla

Rosa Maria Morral Parente

Blanca Navarro Pacheco

Arnald Pannocchia Arboix

Josep Maria Pepio Vilaubi

Xavier Pérez Berruezo

Consorci d'Atenció Primària de Salut de
l'Eixample (CAPSE)

Ajuntament de Mataró

CatSalut

Qualy Observatory

Secretària d'Inclusió Social i de Promoció de
l'Autonomia Personal (SISPAP)

Fundació Esclat

ONCE

Consell de Col·legis de Farmacèutics de
Catalunya

Ajuntament de Sant Boi de Llobregat

Departament de Benestar Social i Família

Parc Sanitari Pere Virgili

EAP Ramon Turró

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Institut Català d'Oncologia (ICO)

EAP Mataró

EAP Encants

Fundació AMPANS

Fundació Althaia

CatSalut

ECOM

Institut Català de la Salut (ICS)

CAP Adrià Barcelona

Universitat Rovira i Virgili

Ajuntament Amposta

Centre de Vida Independent

Institut Català de la Salut (ICS)

Departament de Salut

Institut Català de la Salut (ICS)

Hospital Benito Menni

L'Onada Serveis

Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Serveis de Salut Integrat Baix Empordà
(SSIBE)

Elena Pérez Roig	Departament de Benestar Social i Família
Alba Prat Casanovas	CatSalut
Montse Puigdollers Garcia	CatSalut
Sílvia Ricart Campos	Hospital Sant Joan de Déu
Pepi Rivera Lujan	Parc Taulí
Juan Manuel Rivera Puerto	Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (TSCAT)
Pilar Rodríguez Benito	Associació de Disminuïts Físics d'Osona (ABD)
Arantxa Rodríguez Juano	Ajuntament de Vilanova
Pepita Rodríguez Molinet	Institut Català de la Salut
Pilar Rodríguez Rodríguez	Fundació Pílares
Assumpció Ros Florenza	Fundació Santa Susanna
Montse Rossinès Bayo	Consell Comarcal del Vallès oriental
Gemma Sadurní Ràfols	Centre de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP L'Espiga)
Esteve Saltó Cerezuela	Departament de Salut
Gemma Salvador Castell	Agència de Salut Pública de Catalunya
Antonio San José	Hospital Universitari Vall d'Hebron
Pau Sánchez Ferrin	Departament de Salut
Sebastià Santa Eugènia González	Badalona Serveis Assistencials (BSA)
Marta Serra Marsal	Consorci d'Acció Social de Catalunya
Elisenda Serra Martin	Consorci d'acció social de Catalunya
Pilar Solanes Salse	Ajuntament de Barcelona
Claustre Sole Brichs	CAP Carmel
Georgina Tomàs Comas d'Argemir	Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal (SISPAP)
Maria Rosa Torres Subias	Institut Català de la Salut (ICS)
Jordi Valls Llenas	Fundació de Gestió Sanitària Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Laura Vila Alloro	Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat
Anna Vila Rull	Departament de Benestar Social i Família
Josep Maria Villegas Subirana	Consell Comarcal d'Osona
Núria Viñas Segalés	Consell Comarcal d'Osona
Corinne Zara Yahni	CatSalut

Presentació

Aquest document és fruit de les aportacions i el consens d'un ampli grup de professionals dels sectors social i sanitari a la proposta Document de bases del model català d'atenció integrada social i sanitària (en endavant, atenció integrada).

Aquesta segona versió pretén incorporar els suggeriments que han fet arribar des de diversos àmbits professionals, institucions o agents que, d'una manera o altra, estan implicats en la transformació del model d'atenció que proposa el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (en endavant PIAISS). El document resta obert a la incorporació de noves propostes de millora, atès que la voluntat és proposar un model on tothom s'hi vegi reflectit, que tothom se'l faci seu, el comparteixi i utilitzi per planificar el dia a dia de l'atenció a les persones. La seva formulació conceptual també haurà de veure's clarament millorada per les aportacions de les persones que han de rebre l'atenció social o sanitària proposada i, per tant, caldrà exposar-lo a la consideració de col·lectius d'usuaris, pacients i ciutadania.

El PIAISS neix com un conjunt de projectes i d'actuacions que pretenen transformar els models organitzatius i assistencials actuals per a persones amb necessitats d'atenció social i sanitària. Els models de què disposem han estat gestats i dissenyats des de la realitat de cada sector, més que de la realitat de les persones a qui van destinats.

Per fer realitat la transició cap a un model d'atenció integrada cal un relat que incorpori un marc conceptual sòlid, necessari per orientar, clarificar i motivar les actuacions que promou el PIAISS i que, en conseqüència, ens permeti justificar davant de la societat la profunda transformació que proposa en dues de les principals columnes que configuren l'estat del benestar: la sanitat i els serveis socials. També ha de permetre liderar el canvi als diversos responsables que l'han motivat –polítics, gestors, professionals i ciutadania– amb una proposta que sigui creïble, factible i compartida, que generi expectatives de futur en la societat, i que les persones que configuren aquesta societat percebin majoritàriament que un estat del benestar com el que hem tingut fins ara, però adaptat als nous temps, és possible i necessari i que, entre tots, serem capaços de fer-lo realitat dedicant-hi els esforços individuals, col·lectius o de sector que convinguin.

El que pretén aquest document és que les persones entenguin l'estratègia d'atenció integrada i centrada en la persona, la comparteixin i hi participin. Aquesta estratègia ha de fer factible que ens puguem dotar d'una nova manera d'atendre i de donar resposta a les necessitats de les persones –siguin socials, sanitàries o ambdues– sempre compartint amb elles, o amb les seves famílies, la presa de les decisions que permetin elaborar els plans d'atenció corresponents.

El seu fi últim, doncs, és implicar tota la societat en la missió del Pla: promoure la transformació del model d'atenció social i sanitària i participar-hi per tal de garantir una atenció integrada i centrada en les persones capaç de donar resposta a les seves necessitats.

1. Què és el model d'atenció integrada?

El model català d'atenció integrada proposa atendre les persones, comptant amb elles, tenint en consideració les seves preferències, necessitats, percepcions i expectatives, oferint-los un servei integral i multidimensional que garanteixi la continuïtat assistencial, des del compromís amb els seus drets i deures. Tot plegat mitjançant un pla d'atenció pensat i fet entre tots els professionals que participen en el procés i prestat de manera que les persones a qui va dirigit, els cuidadors o la família el percebin com un servei únic que dóna resposta a les necessitats que no puguin assumir elles mateixes o el seu entorn més proper, ja siguin de l'àmbit social, del sanitari o mixt.

El model neix amb la voluntat i la decisió d'anar més enllà del fet de curar o alleugerir els problemes de salut de la persona o tenir cura del seu benestar. Assumint que el model ha de garantir aquestes fites, també es proposa que qualsevol persona en qualsevol moment de la vida sigui considerada en la seva globalitat, i per tant en totes les dimensions, i que, promovent el nivell màxim d'autonomia personal possible, tingui sempre un projecte vital de futur que es pugui desenvolupar en l'entorn familiar i social on visqui. Un projecte amb sentit i satisfacció per a la persona, definit per ella, independentment de l'evolució dels seus símptomes o problemes i que li permeti viure una vida satisfactòria, amb esperança i aportacions, fins i tot amb les limitacions causades per la seva situació.”

Cap decisió sobre mi sense mi.

Angela Coulter

2. Per què atenció integrada?

Per quins motius és necessària la transformació del model actual cap a un d'atenció integrada?

En aquests moments es fa recomanable i necessari assumir el repte de la transformació del model d'atenció per diversos motius. N'apuntem alguns de particularment rellevants:

- En un context on la resta de països del nostre entorn estan adoptant polítiques d'atenció integrada com a centre de les estratègies d'atenció al benestar de les persones, Catalunya disposa d'un model d'atenció amb fortaleeses per a la seva transformació.
- Existeix evidència que l'atenció integrada i prioritzada és capaç de millorar els resultats d'atenció a la població amb necessitats que són complexes (per si mateixes o pel tipus de resposta que exigeixen). L'atenció integrada és la forma més efectiva, eficient, sostenible i satisfactòria d'atendre les persones, especialment les més vulnerables. Aquest fet, que per si mateix ja té prou importància en situació d'abundància de recursos, esdevé d'indefugible consideració davant escenaris econòmics de pronòstic desfavorable.
- En l'actualitat, tant l'accés als serveis assistencials com els tipus de prestacions que ofereixen són fragmentats, i el règim de copagament que les persones han d'acceptar per gaudir-ne varia molt en funció del perfil de necessitats i del dispositiu des del qual s'atenen, la qual cosa genera situacions d'iniquitat poc justificables.
- La configuració actual i futura de Catalunya des de l'òptica social, econòmica i demogràfica, l'estil de vida de les persones, les noves formes de relacionar-se, el seu rol cada vegada més responsable i apoderat, i la consideració i el respecte per les seves decisions fan necessària una nova manera d'entendre l'atenció a la salut i el benestar.
- Catalunya té una esperança de vida molt llarga, i encara la hi tindrà més. Això porta implícit un envelliment demogràfic notable, fet que s'associa a cronicitat, discapacitat i dependència. Aquestes situacions són compatibles amb el fet de disposar d'un projecte personal de futur, normalitzat i viscut amb la màxima autonomia possible i en l'entorn natural de la persona, de manera que permeti gaudir d'una manera òptima d'una vida saludable i satisfactòria.
- Essent les actuacions preventives les més efectives i eficients per donar resposta a l'escenari futur, cal considerar que la seva efectivitat es veu clarament incrementada o limitada en funció del major o menor grau d'integració (social, sanitària i, també, educativa) amb què es presten. Així, la promoció d'estratègies d'atenció integrada preventiva, com l'envelliment actiu, és la millor mesura per incrementar el període lliure de discapacitat, dependència i en definitiva major autonomia i qualitat de vida.
- Les persones amb necessitats d'atenció social i sanitària complexes, població diana prioritària del PIAISS, poden representar al voltant d'un 8% de la població, percentatge que, amb els anys, tendirà a incrementar. Sovint les seves necessitats es manifesten com un paquet indestruable de situacions a les quals cal donar una resposta integral i coordinada.
- El canvi en les necessitats és de molta magnitud, i en molts casos l'increment no és gradual, cosa que fa que la resposta adient hagi de ser de la dimensió suficient i amb

la celeritat necessària. La inacció i, fins i tot, la intervenció gradual poden repercutir negativament.

- El cost de la seva atenció pot suposar gairebé el 40% del pressupost de despesa pública. Amb l'efecte de l'envelliment de la població, aquesta xifra no pot fer altra cosa que augmentar gradualment. En aquest context, la fragmentació de la resposta assistencial genera àmbits evitables d'ineficiència en l'ús dels recursos.
- En determinats moments evolutius, la persona, la família o el nucli de convivència tenen necessitats d'atenció que són pròpies o específiques d'un servei –el social o el sanitari– que requereixen també d'una atenció integrada en els termes proposats, però articulada des d'un dels sectors. Per tant, cal mantenir també espais específics i propis de cada sector, però que siguin permanentment capaços d'identificar situacions en les quals la integració cal oferir-la amb una òptica multisectorial. Això només és possible construint el model d'atenció integrada des d'una sola visió, encara que mantenint les especificitats i actuacions que aporten valor de cada un dels sectors.

Què esperem d'aquesta transformació del model?

D'acord amb la definició expressada anteriorment, les finalitats del model d'atenció integrada són:

- Millorar els resultats de salut i benestar de les persones i de la població.
- Optimitzar la percepció de qualitat pel que fa a l'atenció que rep la població diana a les necessitats socials o sanitàries.
- Contribuir a la sostenibilitat del sistema de benestar actual, garantint la utilització més adequada dels recursos disponibles.

Específicament, els objectius de l'atenció social i sanitària integrada són:

- Millorar els resultats dels objectius i indicadors de salut i del benestar personal i social de les persones, atenent a les necessitats que tinguin per assolir el nivell òptim de qualitat de vida en cada període vital.
- Impulsar estratègies individuals i socials orientades a la prevenció de les causes que ocasionen pèrdua de l'autonomia, i al manteniment i la promoció d'aquesta.
- Millorar l'experiència en l'atenció de les persones que presentin necessitats socials i sanitàries de gestió complexa.
- Garantir el suport necessari a les persones que exerceixen la funció cuidadora no formal perquè desenvolupin aquesta funció de la manera més adequada i per minimitzar l'impacte en la seva salut i benestar.
- Definir noves actuacions que garanteixin una utilització adequada dels recursos disponibles, i que contribueixin a la sostenibilitat de l'estat del benestar.

- Garantir una pràctica assistencial que reconegui les preferències de la persona i el seu entorn des d'una posició apoderada en el desenvolupament del projecte vital de cada persona i, per tant, garantint una major coresponsabilitat de les decisions compartides.
- Aplicar una resposta planificada, personalitzada, proactiva i adaptada a les necessitats d'atenció de les persones en situació de complexitat social i sanitària, en la qual totes les persones disposin d'una valoració integrada i integral, un pla d'atenció compartit i un professional de referència que vetlli per la gestió integrada del cas.
- Garantir la coordinació i la continuïtat assistencial basada en la pràctica col·laborativa entre professionals dels dos serveis.
- Garantir l'atenció adequada on i quan sigui necessària promovent els dispositius de base comunitària de màxima proximitat.
- Millorar l'equitat en l'accés i la prestació de serveis en el conjunt del territori.
- Garantir una estratègia de reconeixement, capacitació, suport i apoderament als professionals dels dos sectors per tal que aquests puguin desenvolupar la seva funció amb excel·lència com a agents principals de canvi.

3. A qui s'adreça l'atenció integrada?

Del model d'atenció integrada, se'n beneficia tota la ciutadania, atès que l'aplicació permet al sistema de serveis socials i al sistema sanitari atendre millor les necessitats del conjunt de la societat, garantir-ne el manteniment i –en alguns casos– millorar els resultats actuals en salut i benestar, així com augmentar el grau d'eficiència i sostenibilitat, i assegurar una experiència positiva d'atenció. No és possible crear un model d'atenció integrada només per a un determinat grup de població. D'altra banda, l'atenció integrada només és factible si els elements que conté impregnen tots els dispositius i el conjunt de persones, professionals, polítics, gestors, etc. i són creats per posar-los a disposició de tothom. L'atenció integrada és necessària en qualsevol situació de salut o de benestar de la persona.

No obstant això, i per motius de prioritat, es posa el focus inicial en l'atenció integrada a la població amb necessitats socials o sanitàries complexes,¹ complexitat que deriva de la seva pròpia constitució o de la dificultat per donar respostes òptimes. Des d'una òptica de realisme i factibilitat d'implementació, i considerant la demanda i l'ús de recursos que generen, la qualitat de l'atenció que reben, l'insuficient nivell de satisfacció que refereixen i, finalment, les necessitats d'atenció que no tenen cobertes, es prioritza iniciar el model d'atenció integrada en el grup poblacional següent:

- Persones que presenten –o estan en risc de presentar– necessitats d'atenció social o sanitària complexes, de manera concurrent prioritàriament, o no concurrent quan una d'aquestes pugui impactar en l'adequada atenció a l'altra, i independentment que les persones siguin o no capaces de gestionar-les per elles mateixes.

Aquesta delimitació conceptual de la població diana inclou l'atenció a tots aquells col·lectius que responguin a un perfil de necessitat social o sanitària complexa,² l'atenció integrada dels quals pugui suposar un benefici per a la qualitat de la resposta assistencial.

Sens perjudici d'altres grups que es puguin identificar com a població diana i atenent al fet que les persones no responen estrictament a una identificació amb un dels col·lectius, sinó que poden presentar condicions complexes que estiguin recollides en més d'un, considerem que cal mencionar els següents:

- Persones amb discapacitat derivada de condicions físiques, psíquiques, sensorials o de salut mental.
- Persones amb problemes de salut mental, drogodependències i VIH/sida que s'identifiquin com a pacients crònics complexos en salut mental o aquells que no poden ésser considerats complexos des d'un punt de vista clínic, la condició social dels quals requereix d'una resposta integrada per a l'abordatge d'ambdues necessitats.
- Persones amb malalties cròniques de gestió complexa i malaltia crònica avançada.

¹ Al llarg de tot document, sempre que es faci esment a necessitats complexes, s'inclou tant aquelles necessitats que són complexes *per se*, per la dificultat intrínseca que impliquen, com les que ho són per la dificultat que comporta la resposta de gestió assistencial que exigeixen en el cas o en el context concret d'una persona. Aquesta definició està ampliada més endavant.

² Vegeu l'annex 1 del document per ampliar algunes consideracions al voltant de les necessitats complexes d'atenció, el nivell de coneixement disponible i de la necessària evolució conceptual i operativa que requereixen.

- Persones grans amb dependència o sense, però que estiguin en situació de vulnerabilitat, fragilitat i/o en d'altres condicions de salut que generin globalment una condició de complexitat.
- Persones o unitats de convivència que siguin víctimes de situacions de violència en les seves diverses manifestacions, o que estiguin en risc de ser-ho.
- Persones que, tot i tenir la condició de complexitat derivada de qualsevol de les condicions anteriors, però específicament derivada de situacions d'exclusió i aïllament social, estan –voluntàriament, o no– fora dels circuits d'atenció. Sovint en condicions socials molt complexes a les quals no es dona resposta, bé perquè no tenen el dret normatiu a la prestació o bé perquè elles mateixes renuncien a ser ateses amb les conseqüències presents o potencials inevitables i molt negatives que això representa per a la seva salut.
- Infants o adolescents en situació de vulnerabilitat, risc o dificultat social que tinguin conseqüències per a la seva salut en el sentit més ampli.
- Persones o unitats de convivència que presentin complexitat derivada de desestructuració familiar, que tingui conseqüències sobre la salut i que requereixi d'una resposta integrada per a l'assoliment dels objectius.
- Persones o unitats de convivència que presentin una situació d'urgència de caràcter social i sanitària.

Tal com ja s'ha mencionat, no es pot crear un model d'atenció integrada per a un grup específic perquè la transformació dels dispositius, les organitzacions, etc. són per a tothom i afecten l'atenció de tots. Sí que, tal com el PIAISS proposa, es pot prioritzar per qui i per on es comença a actuar, però conduint la transformació i la implementació amb l'objectiu que arribi a tothom i a tot arreu.

Conseqüentment, al llarg del procés de disseny i d'implementació del model d'atenció integrada que es proposa, les actuacions i les accions que es facin tindran un impacte positiu, en termes d'atenció integrada, per a tota la ciutadania. En tot moment es tindran en compte les necessitats de tota la població i es procurarà que la transformació del model tingui repercussions positives en totes les persones i en tots els dispositius d'atenció.

El grup poblacional següent que s'ha de prioritzar és, o serà, el de les persones que tenen necessitats d'atenció simultànies no complexes; són les que tenen més risc de pujar pels graons de la complexitat. Per tant, abordar la seva atenció amb una visió que inclogui la prevenció com a millor mètode per evitar aquesta progressió és una mesura molt eficient.

En termes de població diana cal fer referència explícita a la vocació preventiva del model d'atenció integrada, i, per aquest motiu, en la definició poblacional es recull el risc de presentar necessitats d'atenció social i sanitària. Els aspectes preventius individuals i comunitaris que s'han desenvolupat de forma prou satisfactòria fins ara s'han de mantenir i, fins i tot, millorar des d'una òptica transversal i integral de la persona, la família i l'entorn en què viu. S'ha d'actuar no només sobre les conseqüències d'un estil de vida poc saludable, sinó també sobre els determinants o desencadenants d'aquests comportaments. Per fer-ho amb èxit és imprescindible adoptar una visió única, integral i integrada de les actuacions.

Les intervencions de caràcter preventiu que es proposen en totes les fases vitals i condicions de salut o benestar de les persones han de fer-se simultàniament en el temps i de forma conjunta amb les actuacions més assistencials proposades per a la població diana prioritzada. En alguns casos o fases evolutives de les persones, les actuacions preventives estan menys establertes, normalitzades o incorporades i, per tant, requereixen d'actuacions específiques per posar de relleu les que són efectives i eficients, normalitzant-les i incorporant-les al procés d'atenció.

4. Quin és el marc?

Integració de l'atenció a Catalunya

Per posar de relleu el marc on ens movem, cal ésser conscients que partim de dos sectors, el social i el sanitari, que van nàixer plegats i just quan aprenien a caminar els van separar per desenvolupar-se i madurar deslligadament. Els darrers 25 anys hi ha hagut diversos intents d'aproximació (el Programa Vida als Anys, el Programa de Dependència (PRODEP) i múltiples iniciatives i experiències de base territorial). És prou evident que no es van aconseguir assolir els objectius que es plantejaven, però es van fer passes en la bona direcció que ara permeten tenir estructures i dispositius que fan més factibles els objectius del PIAISS.

Els serveis socials i sanitaris han contribuït a un estat del benestar prou eficient i satisfactori, però ho han fet sense considerar que la mateixa persona és la destinatària de l'atenció que presten i, el que és més important, no han considerat fins ara que l'atenció a les persones que més ho necessiten respon millor a les necessitats i és més satisfactòria si s'ofereix de manera conjunta, sincrònica i prioritzada.

Per integrar el servei i l'atenció, tots dos sectors han de posar a disposició de les persones les seves virtuts, coneixements, funcions i capacitats, i s'ha de mostrar disposats a canviar els conceptes, les normes i les organitzacions de què disposen per fer possible una resposta realment integrativa.

Cada sector parteix d'un punt diferent en el seu desenvolupament, recursos, sistemes d'informació, modernització de les estructures, valors, normes o criteris d'accés a les prestacions. Cada sector té les fortaleeses i debilitats. Ara és el moment del posar-les a disposició de la visió conjunta i de les persones, per tal que els dos àmbits segueixin creixent amb un grau de maduració equiparable. Sense mirar enrere ni fer judicis de valor sobre les actuacions fetes en cadascun d'ells en pro de la ciutadania. Ha arribat el moment, perquè així ho exigeix la societat, d'avançar plegats, mantenint i reforçant les especificitats de cada sector per posar-les conjuntament a disposició de les persones.

Assolir aquest nou paradigma social en el nou model d'atenció integrada centrada en la persona que es proposa en aquest document és una responsabilitat de tots.

Vocació transversal i poblacional

El procés d'atenció integrada que proposa el PIAISS és transversal: els seus elements essencials són comuns a tots els casos, persones, situacions vitals i territoris de Catalunya. Per tant, per dissenyar-lo i implementar-lo cal entendre'l com un programa poblacional:

- Adreçat a totes les persones que viuen o resideixen a Catalunya.
- Adaptat al moment vital de cadascuna d'elles, promovent l'actuació dels professionals (d'un o dels dos sectors) que en cada fase evolutiva pertoqui.
- Compromès amb compartir el coneixement i la informació de la persona o família, necessaris per atendre-les en qualsevol moment i lloc del país i també per avaluar els resultats del procés i garantir-ne la qualitat.

- Construït des del naixement de la persona, des de la gestació, i fent-lo créixer i desenvolupant-lo al llarg del seu cicle vital, seguint les circumstàncies evolutives de la seva salut i benestar.
- Constituït per la conjunció de les visions preventiva, curativa, rehabilitadora, i pal·liativa, amb la proporció idònia a cada moment, en funció de les necessitats d'atenció o la condició social o de salut.
- Determinat a implicar i responsabilitzar la persona en el procés de construir el seu pla d'atenció en cada fase vital, considerant la seva opinió, introduint les seves decisions i respectant-les sempre que estiguin dins del marc de l'ètica i el professionalisme.
- Assentat en el territori, com a espai geogràfic i social preferent on s'articula el model d'atenció, amb una àmplia llibertat o autonomia per configurar el com i amb una elevada fidelitat o adherència a allò que proposa i garanteix el Govern com a sistema de salut i benestar a Catalunya.
- Fonamentat en una atenció primària –social i sanitària– que assumeix el compromís d'atendre les persones preferentment en el seu entorn més proper, sempre comptant amb tots els recursos d'aquella comunitat, formals i informals, especialitzats o no, que acabaran configurant els dispositius territorials capaços de garantir l'atenció integrada.
- Basat en equips territorials d'atenció a les persones en el seu entorn, més enllà d'on o per a qui treballin i exercint les funcions i competències que li són pròpies al servei dels ciutadans. Amb objectius comuns i amb el compromís d'assolir-los i aplicar-los de forma efectiva.
- Fet amb garanties pel que fa a resposta planificada, personalitzada i adaptada a les necessitats assistencials de les persones, que millori la qualitat de l'atenció i els permeti una major coresponsabilitat i apoderament.
- Dissenyat per implementar una proposta d'atenció pensada a partir de les necessitats de la persona, centrada en ella i el seu entorn, on els àmbits, els rols professionals, les especialitats, les competències i les funcions es posen al servei del model i les persones i no a l'inrevés. Promovent la participació activa de les persones, les famílies, el teixit associatiu, el veïnat, els cuidadors o el voluntariat en el procés de tenir cura de la seva salut i benestar.
- Garantint a les persones que la seva opinió i les seves decisions formen part del procés d'atenció i que, dins dels límits ètics i professionals, seran considerades i respectades pels professionals que participen de la seva atenció. Quan s'escaigui, la família o el cuidador o el representant legal assumiran aquest rol en nom de la persona, la qual cosa serà també promoguda i respectada pels professionals implicats.
- Fent de l'entorn natural de la persona –el lloc on viu i on es mou– el dispositiu d'atenció preferent, potenciant la capacitat d'atendre-la al seu domicili, al centre residencial, al centre d'atenció primària o als serveis socials de base.
- Considerant i fent èmfasi en la prevenció de les situacions que generen, o poden generar, necessitats d'atenció en totes les fases del procés d'atenció, entenent que la inversió de recursos en aquest àmbit és el que comporta més beneficis en termes de salut, esperança i qualitat de vida. Cal destacar la importància de la prevenció en l'àmbit dels determinants socials com a mesura, en relació amb el cost, més efectiva i eficaç de què disposem per millorar la salut. Per tant, cal promoure, per part del Govern i amb visió de país, aquest àmbit d'actuació preventiva amb el desenvolupament de les actuacions reflectides en el PINSAP que assegurin més enllà de les funcions que tenen els departaments de Salut i de Benestar Social i Família.

El rol de la persona

Per a l'assoliment dels objectius plantejats, el model català d'atenció integrada situa com a marc d'actuació i, a la vegada, com a element nuclear assistencial l'atenció centrada en les persones (ACP). La coresponsabilitat de la persona en la preservació de les seves condicions de salut, d'autonomia i de benestar és totalment imprescindible per al desenvolupament d'una atenció d'alta qualitat, alhora que eficient i sostenible.

La resposta i atenció a les persones s'ha de modelar sobre la base d'una atenció que tingui com a eix principal la pròpia persona, el respecte a les seves opinions i decisions, que sigui capaç de donar resposta a les diverses situacions o condicions de salut o socials que generen necessitats d'atenció no cobertes per la pròpia persona o el seu entorn i que tingui com a fonaments l'equitat en l'accés i en el finançament.

De fet, el que es proposa, la planificació de l'atenció centrada en la persona i, per tant, basada en drets, independència i eleccions, suposa un canvi d'enfocament radical, en el qual el procés està construït sobre les preferències i il·lusions d'un individu, en la seva visió subjectiva de si mateix i de la seva vida.

Aspectes que cal introduir per fer realitat i creïble la planificació centrada en la persona:

- Escoltar la persona, comprendre-la i aprendre dels seus punts forts, capacitats i aspiracions. Consisteix a donar força a la veu de la persona amb el compromís d'atorgar-li capacitat de decisió en l'elaboració del seu pla d'atenció.
- Reconèixer els membres de la família i els amics com a essencials en la vida de la persona. Especialment en persones amb discapacitat, ja que es veu afectada la distribució de poders a la família, entre els amics i entre altres persones significatives per a ella. Hem de veure l'individu en un context familiar i comunitari, aquell que el proveeix d'un fòrum creatiu de planificació, de resolució de conflictes i d'obertura de vies de treball encaminades a la millora de la seva qualitat de vida.
- Centrar el focus de la planificació en les capacitats de la persona, el que és més important per a ella i els suports que necessita.

L'ACP és un compromís d'accions que reconeix els drets de la persona que cal considerar coma procés continu d'escolta, aprenentatge i acció.

Les actuacions necessàries per aplicar de manera transversal l'ACP i assolir els objectius identificats en el Model català d'atenció integrada són les següents:

- Considerar la persona com a copartípic i coresponsable de la planificació, el desenvolupament i l'avaluació del procés d'atenció. Es tracta, doncs, que la persona i el seu entorn/família se situïn en el centre de totes les decisions.
- Facilitar eines a les persones per prendre decisions informades en el maneig i l'autogestió de la seva salut i benestar, i escollir quan convidar altres a actuar en el seu nom (família, amics, etc.).
- Fomentar el treball professional col·laboratiu dels serveis socials i de salut, de manera que es facin visibles i es tinguin en compte les capacitats individuals, preferències, valors, situacions familiars i socials, circumstàncies, estils de vida i metes de les persones.
- Reorientar la pràctica d'atenció vers la promoció de l'autogestió, la independència i l'autonomia de la persona/família, proporcionant-los eines i instruments per a l'exercici d'un veritable projecte vital propi.

D'acord amb les estratègies europees, i seguint l'aforisme "Cap decisió sobre mi sense mi", els elements principals de l'ACP són: el suport a l'autogestió i a la presa de decisions compartides; la millora de l'experiència en salut; la millora de la comprensió de la informació, i les actuacions adreçades a la promoció i prevenció de la salut i el benestar.

Aquests elements col·loquen la persona al bell mig del procés d'atenció, i porten la resta d'agents assistencials a treballar de manera solidària, coordinada i col·laborativa.

La persona, destí final de l'atenció, adopta diversos rols en aquest model d'atenció integrada. En tots els casos, tant si el subjecte actiu del servei és el cuidador com el familiar, el veí, el voluntari o el membre d'una associació, li proposem una coresponsabilització en el procés d'atendre la persona o el nucli familiar. Canviaria, doncs, el model fins ara convencional de benestar, basat en la transferència de la responsabilitat de cura al sistema públic, que assumeix tots els deures. Deures que fins fa unes dècades eren responsabilitat de la persona i del seu entorn.

Ara, conscients que aquest vell paradigma no és factible i amb una realitat que ens demostra que moltes persones o nuclis familiars tenen necessitats d'atenció no cobertes, la proposta del PIAISS passa per incrementar el rol cuidador de la societat en general, i de les persones en particular, per tal que assumeixin deures que són propis, sense perdre el dret principal a ser cuidats, si cal. Cuidar de la salut és un deure que tenen les persones i el seu entorn. Assumir-lo facilita, de retruc, el seu dret de ser cuidat, sempre que calgui i en qualsevol circumstància vital.

Així, el procés d'atenció i la coresponsabilitat de la persona passa per:

- Ser responsable de la pròpia salut i cuidar-se per mantenir-la el màxim temps possible. Això passa a ser un deure individual vers la societat, que no condiciona el dret a ser atès, fins i tot, si mai l'ha exercit.
- Apoderar-se per cuidar-se, primer per mantenir la salut amb els millors estils de vida i determinants socials quan està sa o per cuidar-se quant es tenen problemes de salut o socials.
- Participar de l'atenció als seus familiars, veïns, amics, conciutadans per fer possible la cura de les persones que ho necessitin en l'entorn natural on viuen.
- Promoure moviments socials o comunitaris associatius que fomentin la recuperació del vell paradigma de cuidar-nos entre nosaltres, especialment entre la família, genètica o social. I també participar d'aquests moviments.
- Exercir de *sentinella comunitari* per fer emergir les persones que tenen necessitats i estan fora del radar del sistema i, per tant, sense atenció, tinguin o no dret formal a les prestacions.

Perquè aquest canvi de rol de la ciutadania sigui possible, el sistema assumirà –amb realisme i factibilitat– el compromís de:

- Cuidar la persona, donant resposta a les necessitats que ella o el seu entorn no puguin assumir tot sols.
- Promoure l'apoderament de la persona i el seu entorn.
- Obrir espais de participació a la ciutadania i al seu entorn. En primer lloc, des de l'òptica individual, promovent la seva participació en la construcció i provisió del Pla d'atenció, considerant la seva opinió i prenent les decisions de manera compartida. En segon lloc, obrint també espais de participació i coresponsabilitzant la família i l'entorn.

- Pel que fa als professionals, es comprometen a construir el procés d'atenció considerant la persona de manera integral, promovent l'exercici dels seus deures, respectant i garantint els seus drets i fomentant la seva participació activa a l'hora de prendre decisions i de fer el Pla d'atenció.

Per tant, el PIAISS ha de garantir que, comptant amb la col·laboració de la ciutadania i del conjunt de la societat, augmentarà la capacitat d'atendre les persones en l'entorn comunitari (dispositius socials i sanitaris sense institucionalització o domiciliaris).

Per manca de coneixement o d'evidència de la possible eficiència d'un model d'atenció integrada poblacional com el que es proposa, és difícil fixar ara quins han de ser els límits exactes entre la responsabilitat individual, la de la comunitat i la del Govern de Catalunya a l'hora d'atendre a les persones. No obstant, la voluntat que inspira el model és que l'assumpció, per part de tots, de la necessitat de cuidar la nostra salut, individual i col·lectiva i la implicació activa en aquest objectiu faran possible que l'estat del benestar vagi el més lluny possible en el compromís d'atendre les necessitats socials o sanitàries que tenen les persones. Volem superar els conceptes de l'estat del benestar i de la societat del benestar per anar més enllà i crear un país on el benestar de les persones neixi, creixi i pervisqui a la responsabilitat col·lectiva i compartida, amb la màxima equitat i justícia possible.

Per fer-ho, cal un nou pacte social i polític per delimitar els drets i deures de cadascuna de les parts, amb el més ampli consens possible, fixant de forma clara i transparent quins compromisos, deures i garanties assumeix el Govern de Catalunya en l'atenció a les persones i en quines condicions donarà resposta a les necessitats d'atenció que tinguin al llarg del procés vital de cadascuna d'elles.

El lideratge dels professionals

L'altre agent protagonista de l'atenció integrada és el professional, que ha d'assumir un nou rol, amb unes determinades competències i una capacitat relacional que permeti el treball col·laboratiu amb altres professionals i amb la persona o família que atén.

El rol de lideratge dels professionals manifestat també en el disseny del model i de les rutes d'atenció que el configuren, exercit tant en l'àmbit del centre com del territori on treballa, com de Catalunya globalment. No es tracta només del lideratge natural dels professionals amb més reconeixement i expertesa. Es tracta també de posar de relleu i incorporar al procés de disseny i implementació de les rutes els professionals de totes les disciplines i especialitats que presten serveis assistencials, formalment o informalment, i dels dos sectors. Sense ser exhaustiu, cal esmentar el personal mèdic i d'infermeria, els treballadors socials de salut o de serveis socials, els educadors socials, els farmacèutics comunitaris, els terapeutes ocupacionals, els rehabilitadors, els fisioterapeutes, els psicòlegs, els cuidadors professionals, els auxiliars administratius, etc. i els directius d'ambdós sectors o de les entitats proveïdores que gestionen els serveis. Tots estan interpel·lats per l'atenció integrada.

Des del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i des del PIAISS s'han incorporat professionals de tots els sectors i professions en el procés de disseny i d'implementació, essent aquesta la millor decisió que s'ha pres i la que més rendiment ha tingut. En aquests moments està consolidada la seva participació a aquest nivell. De fet, aquesta segona versió del document es fruit de la implicació i les aportacions dels professionals i ens comprometem a assegurar-la al llarg de tot el desenvolupament del Pla. En aquest sentit, caldrà que des dels òrgans de govern que quedin establerts es

mantingui el vincle permanent amb els professionals per anar adaptant permanentment el model.

El lideratge professional cal exercir-lo també en el territori, amb la participació de tots els professionals en el disseny i la implementació local del model. Fer aflorar, identificar i incorporar en aquest procés els lideratges assistencials és una funció principal de l'òrgan de govern territorial. El professional és qui millor coneix cada procés d'atenció i qui més expertesa té en aquest camp. Per tant, hem d'assegurar que assumeix aquest paper en el territori.

Per fer possible aquest lideratge, des de l'apoderament i la implicació, cal que el model de gestió actual de les organitzacions, sovint basat en el control i la verticalitat en la presa de decisions no compartides, es transformi per donar pas a una gestió basada en la confiança amb els professionals, que disposen d'una àmplia capacitat d'exercir l'autonomia en el seu lloc de treball, i un organigrama pla i transversal pensat i elaborat per fer possible la missió de cuidar i atendre les persones amb uns objectius pertinents, poc nombrosos, eficaços i útils per avaluar els resultats de l'equip i de cada professional.

El tercer àmbit del lideratge professional es posa de manifest en les persones que ha d'atendre, tant de forma individual com familiar o comunitària. Obrint espais de relació i participació del procés a la ciutadania i guanyant-se la confiança de la persona o nucli familiar atès, fent que confii que el professional li aporta un servei de qualitat i la garantia que en aquest procés hi participaran tots els professionals que calgui, que hi afegeixin valor, i sense que la persona hagi d'anar a buscar-los. Així esdevindrà el líder del procés en tots els moments i aspectes.

Aquests àmbits que hem definit en el marc del model d'atenció integrada, el rol de la persona i el reforçament del lideratge professional, comporten assumir deures i compromisos per totes les parts. El sistema de benestar, els seus agents i professionals han d'assumir el repte i crear un entorn assistencial capaç de donar una atenció de qualitat a les persones en el dispositiu més adequat i en condicions de seguretat, tendint a reduir la institucionalització per tal que aquests dispositius puguin atendre adequadament les situacions més complexes.

La proposta de fer de la comunitat i la família els entorns d'atenció preferents comporta el desplaçament de les modalitats d'atenció basades en el règim d'internament cap al context domiciliari i els centres d'atenció primària –social o sanitària–, la qual cosa requereix de la participació activa de l'entorn de la persona, i d'ella mateixa.

Cal tenir també en consideració que, pel nombre creixent de persones a les quals caldrà atendre, l'augment de necessitats que tindran relacionades amb la longevitat, l'increment del nombre de persones que viuen soles o que no tenen família que els pugui o vulgui cuidar, no serà possible mantenir les taxes actuals de ciutadans que reben resposta en dispositius d'institucionalització.

Amb aquestes premisses conceptuals i operatives, cada territori s'ha de plantejar el procés d'implementació, tot prioritzant les actuacions i la població per a la qual inicia el Pla, i tenint en compte, a més, que les actuacions integrades en una determinada població transformen necessàriament el conjunt de models d'atenció i de dispositius, de manera que també es modifiquen les actuacions a les poblacions no prioritzades inicialment.

5. Com atenem les persones?

En aquest apartat es descriuen en termes assistencials els aspectes següents del model d'atenció integrada:

- Els compromisos que s'assumeixen en relació amb les persones ateses en aquest nou model d'atenció integrada.
- Els elements nuclears del model d'atenció integrada.

Compromisos

Els compromisos que el Govern assumeix en l'atenció social i sanitària a les persones que presenten necessitats d'ambdós àmbits, especialment aquelles en condició de complexitat, són que:

- les persones visquin en les millors condicions de salut, qualitat de vida i amb el major grau d'autonomia possible durant el màxim temps possible;
- les persones siguin capaces d'assumir un rol actiu i responsable en la funció d'autocura per millorar la pròpia salut i benestar;
- les preferències de les persones i del seu entorn tinguin una importància vital en el procés d'atenció social i sanitària, i que es reconegui una posició apoderada de la persona en el desenvolupament del seu projecte vital;
- les persones que utilitzen els serveis de salut i els serveis socials tinguin experiències positives i satisfactòries d'aquests serveis;
- les persones en situació de complexitat rebin una resposta planificada, proactiva i personalitzada segons les seves necessitats socials i sanitàries, que disposin d'una valoració integrada i integral, d'un pla d'atenció compartit i d'un professional/equip de referència a qui adreçar-se que vetlli per garantir una adequada gestió del cas;
- les persones rebin l'atenció adequada en la intensitat i modulació de servei que escaigui, i on i quan sigui necessària;
- les persones siguin capaces de viure de forma independent a la llar o en dispositius de proximitat a la seva comunitat, mantenint en la mesura que els sigui possible els vincles amb les persones que són importants per a elles;
- les persones que utilitzin els serveis de salut i serveis socials estiguin ateses en condicions de seguretat en qualsevol dels dispositius que utilitzin;
- les persones que utilitzin els serveis socials i de salut estiguin ateses de forma continuada i sense interrupcions en les transicions entre serveis sanitaris i socials;
- les persones que exerceixin la funció cuidadora rebin el suport necessari per desenvolupar aquest rol de la forma més adequada;
- les persones que exerceixin la funció cuidadora rebin el suport necessari per reduir l'impacte potencial que el desenvolupament d'aquest rol pot ocasionar en la seva salut i benestar;
- els serveis socials i sanitaris garanteixin la coordinació i la continuïtat assistencials basades en la pràctica col·laborativa entre professionals dels serveis socials i sanitaris de tots els nivells d'atenció;
- els recursos disponibles s'utilitzin de la forma més adequada i eficient amb eficàcia en la prestació de serveis socials i de salut, contribuint així a una major sostenibilitat de l'estat del benestar;

- el sistema sanitari i el sistema de serveis socials garanteixin l'accessibilitat i l'equitat en la prestació de serveis socials i sanitaris en l'àmbit territorial;
- les persones que treballen en els serveis de salut i els serveis socials tinguin el suport i la formació necessaris per poder desenvolupar la seva funció en aquest model amb excel·lència, com a agents principals de canvi, i que se sentin compromeses amb la feina que fan, contribuint així a un canvi de paradigma;
- els sistemes d'informació sanitaris i socials actuals es desenvolupin i s'adaptin per donar resposta a un model d'atenció integrada i que permetin avaluar la qualitat d'aquest model.

Elements nuclears

Des del punt de vista assistencial, l'atenció integrada transforma substancialment la pràctica dels professionals dels dos sectors. Per aquest motiu és essencial definir una proposta al voltant de com es presta, que pugui ser discutida i validada amb els professionals.

En aquest apartat entenem com a nuclears els aspectes següents:

- L'*atenció centrada en la persona*, com a marc on sustentar la pràctica assistencial (definit en l'apartat anterior).
- El propi *procés d'atenció*, que serà desenvolupat a continuació.
- 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.

El procés d'atenció proposat per atendre de forma integrada, personalitzada, continuada i coordinada les persones prioritzades és transversal i es basa en els elements següents: identificació i cribratge; confirmació de la condició; valoració integral; pla d'atenció integral; determinació de professional referent; gestió de cas i pràctica compartida; provisió de serveis integrada, i avaluació del Pla d'atenció.

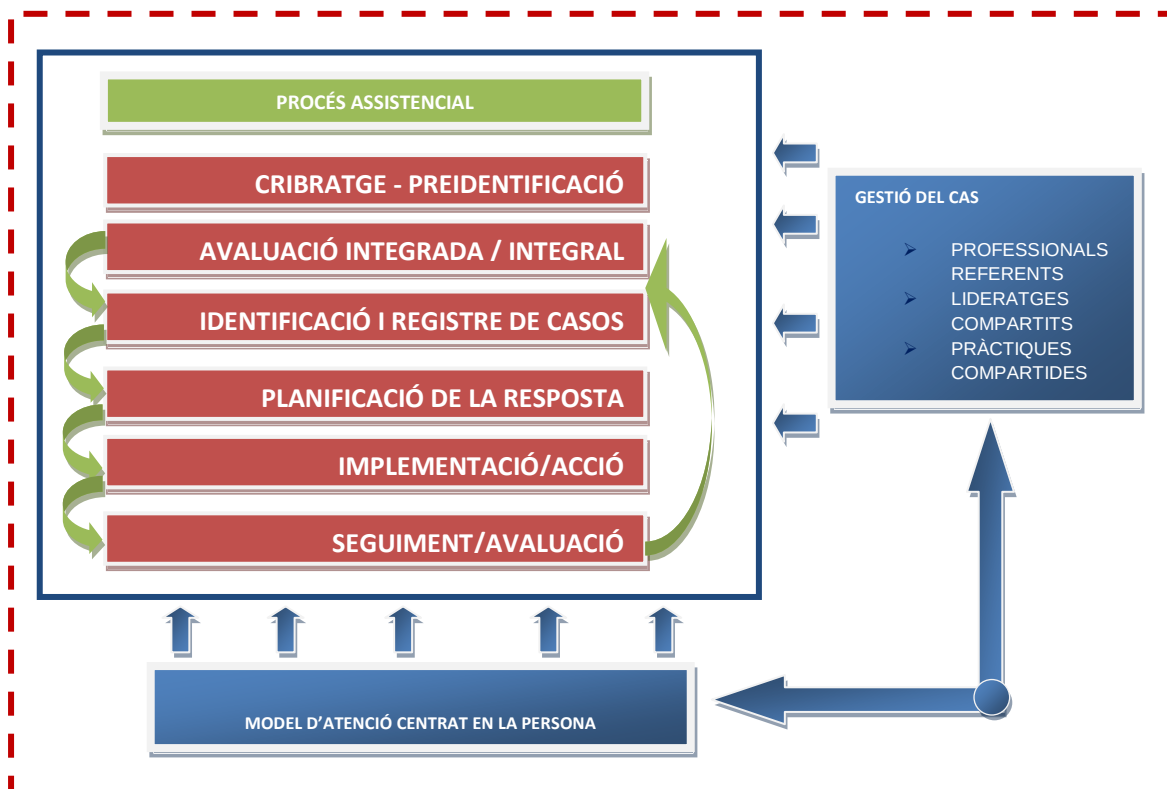


Figura 1. Visió de la dimensió assistencial que s'aplica en un model d'atenció integrada. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014)

A continuació s'aprofundeix en cadascun d'ells:

- **Identificació i cribratge** de la condició de salut o de benestar de la persona.

Identificació de la condició de la persona en cada moment evolutiu. En alguns casos aquesta identificació requerirà d'una confirmació amb instruments de cribratge i valoració *ad hoc*, capaços d'identificar les persones amb necessitats d'atenció social o sanitària, o les persones en risc de tenir-ne.

- **Confirmació i registre de la condició** en els sistemes d'informació.

Tal com mostra la figura 2, la determinació de condició de complexitat social o sanitària, o de la condició que s'escaigui finalment, i, per tant, el seu registre, s'esdevé de l'existència d'un determinat perfil de necessitats, del criteri professional i, sobretot, dels beneficis potencialment derivats de l'aplicació del model d'atenció.

3 elements per establir la condició



Figura 2. Elements per establir la condició de complexitat. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014)

El professional pot disposar d'elements de suport tals com l'estratificació poblacional, o protocols específics per identificar i determinar la condició de complexitat, però en cap cas han de substituir el seu criteri professional.

- **Valoració integral de la persona per identificar les necessitats d'atenció que tingui.**

Amb el compromís de l'equip d'atenció de fer un procés que tingui en compte i prevegi totes les esferes de la persona i posi de relleu les necessitats d'atenció, les capacitats per afrontar-les i per participar o ser part de la resposta assistencial. Aquesta valoració multidimensional s'exerceix de manera homologada com a base per a l'elaboració d'un pla d'atenció prioritzat.

- **Pla d'atenció prioritzat** per atendre les necessitats que no pugui afrontar.

El Pla d'atenció a la persona ha de fer-se de la manera més eficaç i eficient possible, amb els elements descrits anteriorment, considerant l'opinió de la persona i les decisions anticipades que prengui, les quals ha d'estar presents en el Pla i s'han de respectar. S'ha de fer de manera compartida per tots els professionals i altres persones de l'entorn necessàries per proveir la millor atenció.

Aquest Pla ha d'estar actualitzat i a disposició de tots els professionals i agents que participen de l'atenció a la persona i en qualsevol punt on es presti l'assistència. Aquesta planificació ordenada i compartida ha de ser especialment consistent en el cas de la població inicialment prioritzada, la que té condicions i necessitats de major complexitat, ha de tenir en compte sempre els valors i les preferències de la persona, i els ha de respectar.

Per poder planificar la resposta, cal disposar d'un model conceptual d'identificació de necessitats que estableixi la lògica assistencial i el procediment per detectar els àmbits mereixedors d'actuació i els objectius assistencials que es proposen. Els elements bàsics i comuns de la planificació de l'atenció en aquest grup poblacional haurien de ser:

- Dades d'identificació personal i de l'entorn personal i professional.
- Descripció prioritzada de necessitats.

- Objectius assistencials de millora.
- Actuacions preventives.
- Actuacions proactives (especificant el què, qui i com).
- Actuacions reactives a crisi/agudització/descompensació (especificant el què, qui i com).
- Seguiment del cas, indicant els criteris d'avaluació, revaloració i actualització.
- Síntesi de les actuacions més destacades, a disposar en entorns compartits d'informació amb accés ràpid (equivalent a l'actual pla d'intervenció individualitzat compartit, PIIC, del sistema sanitari).

Cada persona tindrà un únic pla d'atenció que hauria de ser substitutiu d'altres plans sistèmics d'intenció relacionada: pla terapèutic individual, pla de treball individual, pla individual d'atenció, pla personalitzat d'atenció, pla de cures, etc.

Dins les limitacions legals preceptives, els plans d'atenció seran accessibles per a tots els professionals i altres persones implicades.

➤ **Determinació del referent professional.**

Cada persona tindrà un professional referent que l'aconselli i el guiï a través dels diversos dispositius assistencials en cada moment evolutiu, per tant, fàcilment accessible per a ella. En el cas de persones amb necessitats complexes, caldrà garantir que disposen dels elements que configuren el model de gestió de cas. És responsabilitat de cada territori el disseny i la implementació de com s'articulen aquestes garanties, tant pel que fa al referent com a la gestió del cas. Conceptualment, els professionals amb millor posició per exercir aquests rols són aquells que millor coneixen el pacient, que més competents són i més necessitats poden cobrir, que són més accessibles, tenen més bona predisposició i generen més confiança en la persona. En tot cas, el més important és que la persona i el seu entorn de cuidadors coneguin qui és, com hi poden accedir i què en poden esperar.

Com s'ha comentat anteriorment, cada persona ha de comptar amb professionals que assumeixin la condició de professional de referència. Les funcions d'aquests referents serien garantir i coordinar el registre, l'avaluació multidimensional, el pla d'atenció, el pla individual d'atenció compartit i el seguiment del procés d'atenció.

El professional referent i les relacions de lideratge s'establiran sobre la base dels pactes territorials d'atenció integrada, combinats amb la participació de la persona interessada i, si s'escau, la seva família, tot buscant l'encaix amb els requeriments del marc legislatiu existent. De fet, en tot el procés, la persona tindrà una posició de colideratge i coresponsabilització i, en tot cas, la persona i, si s'escau, la seva família han de conèixer i acceptar el lideratge que el professional referent tindrà en la gestió de les seves necessitats, sanitàries i socials.

Algunes consideracions sobre el rol referent:

- La situació idònia és la d'un únic professional referent que lideri i condueixi el grup professional que ha de desenvolupar i gestionar el Pla d'atenció. Aquest professional pot ser tant de l'àmbit sanitari com del social. De fet, aquesta posició ha de poder ser assumida per qualsevol professional

capacitat, habilitat i compromès a dur-lo a terme amb qualitat, i ha d'estar clarament identificat en la història clínica de la persona atesa.

- El professional referent tendirà de manera natural a correspondre a les figures gestores de cas quan el lideratge s'assigni als serveis de salut. No obstant això, el pacte territorial, les peculiaritats del cas i l'elecció de la persona i el seu entorn determinaran qui té la millor posició per assumir el rol.
- Ocasionalment, però, la complexitat del cas farà que calgui preveure un equip d'un màxim de tres professionals que el gestionin de manera compartida, sovint procedents de diferents àmbits d'atenció, sanitaris o socials. La figura 3 proposa una visualització gràfica d'aquests lideratges compartits, que hauran de ser adoptats en funció de les necessitats de la persona i les seves preferències.
- La resta de professionals implicats reconeixeran l'ascendent dels referents, sens perjudici del lideratge que puguin mantenir en els àmbits competencials específics.

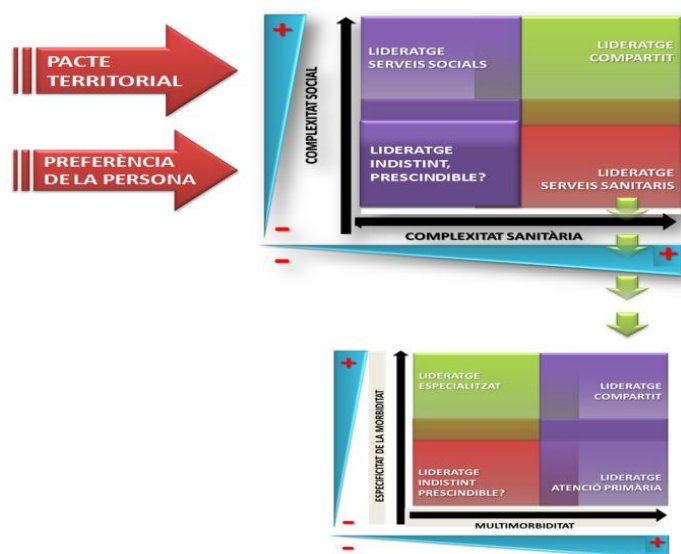


Fig. 3. Escenaris de lideratge de la gestió del cas en funció de la condició de la persona (social-sanitària / primària-especialitzada). Font: elaboració pròpia (PIAISS)

- **Gestió de cas (*Case / Care management*) i pràctica compartida (*sharedcare*)** a la persona, en funció del grau de complexitat que presenti.

Entenent que, com més elevat és el grau de complexitat de la gestió assistencial que cal aplicar, més petita és la possibilitat que la pugui dur a terme un únic professional o equip; la provisió dels plans d'atenció planificats cal articular-la i garantir-la des del disseny i la implementació de la ruta d'atenció integrada a la complexitat amb visió compartida i clau territorial.

Entenem per gestió del cas el mètode pel qual es dóna resposta de forma proactiva i planificada a les necessitats d'atenció, considerant les preferències de la persona, a partir d'una valoració multidimensional de la qual s'esdevé un pla d'atenció que es basa en estratègies de pràctica col·laborativa, col·laborada per la persona (i, si s'escau, la seva família o la persona que en té cura) i un professional referent.

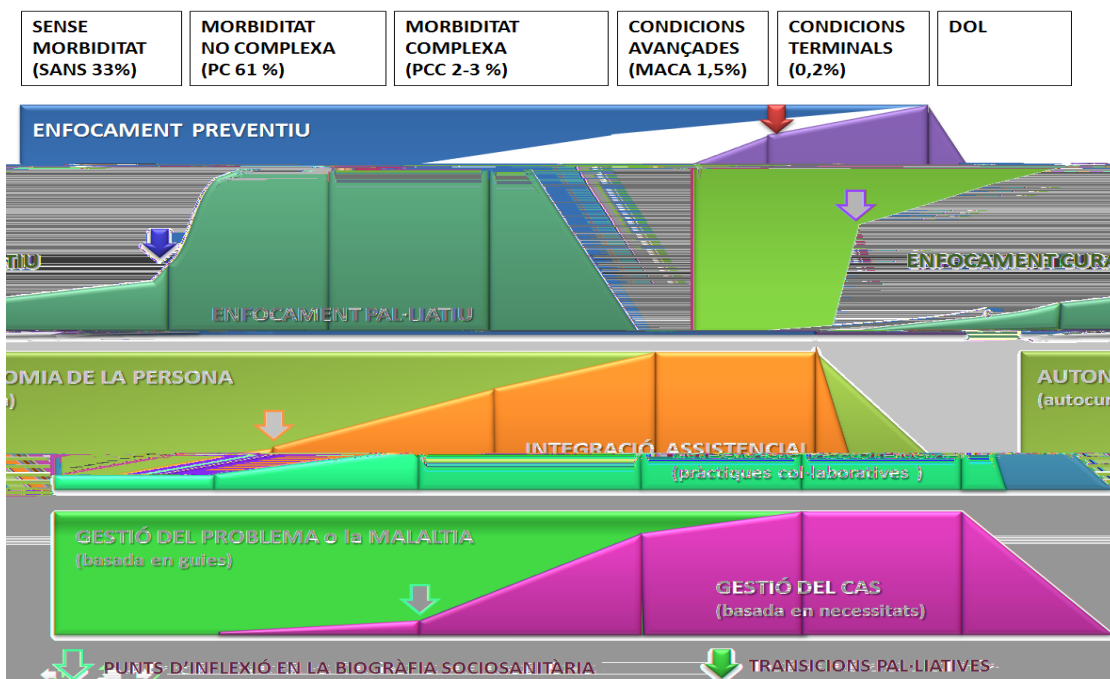


Figura 4. El continuïum de la complexitat: de la gestió del problema a la gestió del cas. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014) adaptada del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC, 2012)

Tal com es desprèn de la figura 4, la gestió del cas és imprescindible en aquelles situacions de més complexitat, en les quals un abordatge integral i integrat comporta efectes positius per a la qualitat de l'atenció. En aquest context col·laboratiu, caldrà dissenyar una proposta única sobre gestió de casos des del punt de vista terminològic i conceptual per a Catalunya.

Els pactes territorials (de manera preferent) i els equips assistencials (de manera subsidiària) poden implementar, de manera localment adaptada, la proposta operativa de gestió de cas, acomplint els preceptes que el PIAISS eventualment estableixi com a nuclears i comuns.

En qualsevol cas, cal considerar els diferents components metodològics i organitzatius d'aquest nou model d'interacció professional. El model d'atenció integrada genera la necessitat d'establir un nou paradigma en les relacions professionals, els elements clau del qual es mostren a la figura 1.

➤ Pràctica compartida (*sharedcare*):

Un dels elements conceptuals i operatius determinants del model és assegurar que l'abordatge de l'atenció a les persones sigui compartit per tots els professionals que participen del procés i atenen la persona. En la implementació de les noves rutes territorials s'ha de tractar aquest aspecte i donar-li forma per tal que quedi garantit, tant en els aspectes organitzatius, de valors i d'actituds que cal canviar a títol individual com en el marc de l'equip, servei o entitat. Tot i que caldrà seguir desenvolupant què és, què implica i quins elements cal tenir en compte en el nou escenari de pràctiques compartides, la visió de l'atenció, integrada i interdisciplinària s'hauria de fonamentar en:

- L'establiment i la cura d'un estat de relacions personals positives entre els professionals.
- La concreció d'objectius comuns entre ells.
- La compartició d'informació d'interès conjunt.
- La promoció de sistemes, circuits i tecnologies de comunicació efectives.
- La implementació d'espais i moments que els permetin treballar junts.
- La comprensió i el respecte entre els rols i les habilitats de cadascú.
- La plasticitat de la *manera de fer* professional, adaptant-lo a la complexitat i a les necessitats de cada persona.

➤ **Provisió del servei** amb les condicions que ha estat planificat.

➤ **Avaluació** del Pla d'atenció i redefinició d'aquest sempre que calgui. És important dur a terme l'avaluació de tot el procés (en l'àmbit individual i poblacional) des de la qual es pot fer el manteniment, l'actualització o l'adaptació dels plans d'atenció.

Cada un d'aquests aspectes ha de ser degudament desenvolupat pels comitès d'experts que col·laboren amb el PIAISS i enriquit amb la progressiva experiència derivada de les implementacions territorials.

Es reitera que el model d'atenció que es proposa s'inicia en el grup més complex de persones, perquè implementar-lo *de nou* i per a tothom és una tasca inabastable. En la mesura que es faci complementàriament i sincrònicament s'apreciarà que la tasca és cada cop menys feixuga, però, alhora, més agraïda i que arriba a més persones.

Els instruments facilitadors, objectius, sistemes d'informació, formació, recerca, resultats, etc. també són transversals i, un cop desenvolupats per a aquesta població, inicialment amb un gran esforç, seran útils i d'aplicació més eficient per a la resta de segments poblacionals.

6. On s'implementa?

El model català d'atenció integrada té un marcat caràcter territorial, desplegat al voltant dels serveis de base comunitària. La seva proposta d'implementació assumeix com un element central la territorialització 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 microsystema (vegeu la figura 5) que assumeix de manera compartida la responsabilitat en els objectius de salut i benestar de la població amb complexitat social i sanitària. 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. I és, per tant, des del territori i amb el lideratge comunitari des d'on cal definir rutes assistencials integrades, instruments per a la gestió adequada de les transicions entre serveis, l'atenció en model 7x24, l'estratègia compartida d'atenció domiciliària o els mecanismes de treball multiprofessional.

Atenció integrada, on?: “es presta arreu i la fem entre tots”



Figura 5. Visualització dels agents d'un microsystema responsable de l'atenció integrada a les persones. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014)³

És evident que en el territori hi ha un conjunt de dispositius assistencials i professionals a disposició de les persones i amb la finalitat d'atendre-les quan els calgui. Tots, independentment de la seva professió, dependència jeràrquica, funcions o capacitats, tenen un paper de protagonista principal, especialment quan assumeixen l'atenció a la persona en algun dels diferents moments del seu cicle vital i la seva condició de salut o benestar.

Fins ara, uns i altres, els formals, que ho fan des d'entitats proveïdores, i els informals, des de la iniciativa individual o des del teixit associatiu de la comunitat, han tendit a organitzar l'atenció a les persones i a les famílies amb una visió molt relacionada amb els objectius que tenien com a centre o com a entitat, fins i tot com a professional, individu o col·lectiu. El disseny de les rutes d'atenció es feia per a cada àmbit i sense garantir la continuïtat de l'atenció, ni evitar les duplicitats, ni incorporar les decisions de les persones.

Pels recursos de què disposen, per la seva accessibilitat, per la finalitat per a la qual estan pensats, per les seves capacitats i competències, cadascun dels dispositius ha de jugar un paper protagonista. Una de les fortaleses que té el nostre sistema és la diversitat d'àmbits en què està estructurat. D'una banda, disposem d'uns àmbits especialitzats, i fins i tot específics de Catalunya, com els hospitals d'atenció intermèdia (fins ara sociosanitària), i de l'altra, una atenció primària social i sanitària propera, accessible, ben dotada i acostumada a treballar en equip.

Ara el que proposa el PIAISS és repensar els circuits d'atenció a les persones, començant per les que tenen la condició de complexitat, i veure entre tots com ho fem, què fa cadascú i a on ho fa. La proposta vol apropar a l'entorn de la persona els professionals que l'han d'atendre, per proporcionar-li atenció a domicili; potser en els casos més estables o menys complexos un professional (o un equip) d'atenció primària pot assumir aquesta atenció. Fins aquí hi hauria poca innovació, sempre que s'assegurés l'homogeneïtat en servei o en extensió arreu del país.

La innovació sorgeix quan cal augmentar la capacitat d'atendre persones a casa seva en situacions més complexes o de descompensació, i reservar els hospitals, d'aguts o d'atenció intermèdia i els centres residencials per a persones en situacions de màxima complexitat. Efectivament, cal garantir que l'atenció es presta en el dispositiu més adequat i en el moment més apropiat, però cal que els dispositius de resposta comunitària incrementin la seva capacitat de resposta a la complexitat. Per fer-ho possible, cal organitzar i articular la resposta assistencial mitjançant equips o dispositius territorials, amb diversos professionals, socials i sanitaris, que treballin col·laborativament, es desplacin fora dels seus centres i aportin el coneixement i l'experiència per atendre aquestes persones allà on visquin, ja sigui a casa seva o en un centre residencial.

Els centres especialitzats, socials i sanitaris, segueixen tenint un funció específica i determinant per exercir en règim d'internament. Però hi ha espais de millora importants perquè les condicions d'accés, o de sortida, és a dir les transicions, siguin les millors per a les persones, sense esperes innecessàries ni estades perllongades en espera d'un lloc on retornar-les.

Per fer això possible, tots som importants, tots som necessaris, no sobra ningú i cal implicar-hi tothom, també les persones per implementar aquest nou model. Les afirmacions es fan sobre la base de la prevalença esperada en aquest grup de persones i, per tant, cal posar de relleu que la possible eficiència en termes de recursos humans o econòmics s'haurà de reinvertir per fer front a l'increment important i previsible de persones amb complexitat i necessitats d'atenció, com també a l'augment de les càrregues de morbiditat en cadascuna d'elles.

En aquest procés caldrà modificar rols, funcions i competències de molts professionals, gestors i membres de la governança. Per fer-ho, cal ampliar la mirada al territori, a la persona i a les seves necessitats d'atenció i adaptar-se per dur a la pràctica allò que sabem fer, que som competents per fer, i per fer-ho allà on correspongui i sigui necessari per atendre les persones.

Des del sistema i amb una mirada territorial, s'ha de donar suport i formació als professionals i també posar a la seva disposició les eines que facilitin el procés, sabent que, en molts casos, caldrà adquirir altres capacitats i coneixements per tal de fer-se càrrec dels nous rols que correspongui assumir. El fet de treballar conjuntament permetrà compartir coneixements i fer aprenentatge en servei.

Serà necessari començar a plantejar, amb visió de futur, qüestions com les següents:

- Metges especialistes en medicina interna, cardiologia, pneumologia o neurologia poden formar part o assessorar un equip territorial d'atenció al domicili?
- Infermers d'hospital, experts en temes concrets, poden pertànyer o donar suport a aquest equip o dispositiu territorial, si això convé a la persona que cal atendre?
- Es pot pensar en equips territorials interdisciplinaris i compartits per serveis socials, atenció primària i especialitzada que participin de la ruta assistencial en funció de les necessitats localment identificades?

S'obre, doncs, un horitzó apassionant, on, des de la utopia de tenir el millor model d'atenció integrada del món, podem somiar quina serà la millor manera d'abordar aquesta transformació; on, des del realisme, puguem fer els avanços més grans possibles per acabar disposant d'un estat del benestar que sentim com a propi i on tots estiguem disposats a situar el bé comú per davant de cap altre criteri.

7. Com implementar el model?

Un cop establerts els conceptes i alguns instruments del model, amb la participació de totes les parts implicades i amb un bon nivell de consens i de compliment, el pas següent és articular una proposta d'implementació que, sumant els coneixements, l'expertesa i els recursos dels dos sectors, configuri una visió única que implementi, gestioni, avaluï, lideri, governi i garanteixi l'atenció integrada en salut i benestar.

Inicialment es proposa fer-ho i desenvolupar-ho de manera funcional. El Govern decidirà, en el moment que correspongui, com es consolida l'estructura, l'organització i el marc legislatiu que faci perviure el model de forma sostenible i que garanteixi la qualitat del servei i la satisfacció de la ciutadania.

Des de l'àmbit centralitzat i amb visió de país

En l'actualitat, tots els experts, també els integrants del PIAISS, pensen que aquest model s'ha de governar des d'una estructura única, amb una única visió capaç de promoure les actuacions que configuren la resposta a les necessitats socials i sanitàries, i també de preservar i millorar la resposta integrada a les necessitats exclusivament sanitàries o socials. Aquesta proposta no està lligada a la decisió presidencial de si s'articula des d'un sol departament o des de més d'un. En tot cas, passa per un reforçament dels dos sectors, el de la salut i el del benestar, per adaptar-se a les exigències que té el desenvolupament d'una model d'atenció integrada.

De forma simultània al disseny i a la implementació del model, el Govern haurà de fer possible, a partir de l'adaptació del marc legislatiu, l'aspecte més important per determinar la integració del servei: *prestar el servei seguint les directrius del Pla d'atenció amb la resposta prioritzada a les necessitats que calgui atendre.*

Com és obvi, les condicions d'accés a les prestacions, la gestió que se'n fa, els copagaments establerts, l'ús separat i estanc dels recursos, les normes, les acreditacions, etc. fan que això sigui impossible de portar a la pràctica en la seva màxima expressió, mentre no es facin canvis pel que fa a finançament, assignació de recursos, condicions d'accés i criteris de copagament. De moment –i en termes funcionals– hi ha importants àmbits de millora per iniciar el camí de la integració de l'atenció, sense oblidar en cap cas que, en un termini curt, caldrà replantejar les normes bàsiques de què ens vam dotar i que ara ja no són prou adequades per assolir el nivell de benestar que ens proposem construir.

➤ Reptes assolits i propostes d'avenç en aquest àmbit

S'ha constituït un òrgan de govern del PIAISS on hi ha representats els tres departaments i que té l'encàrrec explícit per part del Govern d'aprovar i desenvolupar els projectes del full de ruta. L'òrgan de govern ha pres les decisions següents:

- Elaborar i impulsar una proposta d'implementació territorial, en una primera instància funcional, per fer realitat els diversos projectes que configuren el PIAISS i els seus elements principals. Hi participen, el CatSalut, les direccions territorials del Departament de Benestar Social i Família, i les direccions de les àrees bàsiques de salut i de serveis socials.

- Fixar objectius comuns a tots els agents per desenvolupar el model en la població prioritzada en l'àmbit territorial l'any 2016.
- Planificar l'atenció en la població prioritzada de manera compartida, dins el Pla de salut de Catalunya i el Pla estratègic de serveis socials, i incloure una planificació comuna del model d'atenció integrada a la resta de població.
- Adoptar com a propi el primer document de bases conceptuals, actualment en procés de maduració amb la participació d'agents i professionals dels dos sectors.
- Incorporar el món local a l'òrgan de govern, valorant quina és la millor forma de fer-ho per tal que sigui representatiu i capaç d'assumir decisions que afecten tots els governs locals de serveis socials.

➤ **Propers passos en aquest àmbit**

Amb un treball compartit i amb propostes concretes –que caldrà valorar i aprovar des de l'òrgan de govern del Pla– també s'hauran d'elaborar actuacions referides als aspectes següents o d'altres que vagin sorgint:

- Articular una governança compartida dels sistemes d'informació a TIC-Salut i Benestar Social i Família on siguin representats els tres departaments i el món local.
- Adoptar el model conceptual i operatiu del Model català d'atenció integrada, que va configurar el document de bases i que va dirigit a tota la ciutadania.
- Aprovar la implementació del model en el seu abast més ampli en un territori demostratiu, amb un projecte de recerca aplicada que permeti confirmar les expectatives dipositades, els resultats assolits i les millores que aporta.
- Analitzar i valorar les propostes que arribin al voltant de la implementació del model i realitzar les adaptacions pertinents per fer-lo possible: àmbits territorials, adequació dels sectors en els dos departaments i el món local, com es duen a terme els intercanvis de recursos per utilitzar-los en funció de les necessitats prioritzades de les persones, etc.
- Fomentar el coneixement entre els tres agents de governança.
- Promoure activitats de formació en servei per tal de ser capaços d'assumir els reptes i les funcions adequades per implementar el model.
- Consensuar aspectes legislatius o funcionals que obstaculitzen l'avenç i proposar solucions quant a l'àmbit territorial del projecte, la visió comuna en la redistribució de recursos, les adaptacions dels dispositius assistencials, els criteris comuns d'accés a les prestacions socials, els circuits d'atenció, etc.
- Configurar un model comú d'objectius, indicadors i marc d'avaluació orientat a promoure l'atenció integrada.



associacions, etc. Un redisseny del procés d'atenció formulat a través d'un pla funcional d'atenció integrada que reculli el marc territorial d'implementació del PIAISS.

La primera tasca d'aquests governs territorials és impulsar, promoure i compartir aquest marc d'acord territorial en el redisseny del model d'atenció i les rutes assistencials per a tots els agents esmentats.

Ha de ser una proposta formalment i conceptualment compartida per tots els que participen en la governança, explicada amb el relat conceptual comú i anant més enllà de la simple convocatòria als proveïdors tradicionals, habitualment representats pels seus gestors.

Hi ha de participar tothom que hi estigui implicat, sense por d'obrir aquest espai, escoltant-los a tots i construint el model i les rutes sobre les seves aportacions.

És indispensable un pla de comunicació fet des del territori i amb la participació del territori, i on el món local tingui un ampli coneixement dels agents comunitaris clau, i desenvolupat de forma sincrònica amb la implementació del model.

Aspectes que cal preveure en el Pla funcional territorial i que la governança ha d'assegurar

- Pensar la ruta i el model des de la visió de la persona, no des de les organitzacions.
- Incorporar la persona com a coresponsable de tot el procés d'atenció, en el més ampli sentit de la paraula, tant com a individu objecte de l'atenció com també com a membre de la família o com a membre de la comunitat.
- Adoptar el territori com a àmbit de disseny i d'implementació de l'atenció integrada, deixant en un segon lloc els antics àmbits d'atenció i les visions restringides als objectius particulars dels professionals o centres.
- Fer de l'entorn de la persona el dispositiu d'atenció preferent i amb capacitat per modular la intensitat de l'atenció en funció de les necessitats que tingui.
- Pensar en solucions territorials amb equips funcionals de professionals que facin la seva tasca on sigui millor per a la persona, més enllà de qui els contracti, de l'especialitat que tinguin o de les funcions que fins ara feien i d'on les feien. Sempre sense menystenir i, per tant, preservant, els drets i deures que el professional té.
- Incorporar els recursos, les competències i les capacitats de tots els que estan implicats en l'atenció a les persones, siguin agents formals o informals de la comunitat. També és una tasca necessària que els representants del món local poden facilitar, liderar o impulsar.
- Redissenyar els equips, els dispositius, les organitzacions o la distribució del temps per adaptar-los a la nova realitat assistencial proposada.
- Facilitar la incorporació a l'estratègia del PIAISS pel que fa a la interoperabilitat dels sistemes d'informació que constitueixen la història social i sanitària de les persones, així com impulsar les TIC tot garantint la continuïtat de la informació assistencial i la relació no presencial com a instrument de gestió del servei.
- Proposar i assumir objectius, indicadors i marc d'avaluació comuns per impulsar el model i garantir-ne la seva qualitat i equitat.

- Fer participar les persones i la societat o comunitat en el disseny i la validació del model, així com en tot el procés d'atenció i en les diverses fórmules possibles.
- Facilitar activitats de comunicació del Pla que expliquin el canvi de paradigma i el promoguin.
- Explicar el relat a la societat i a les persones que la componen, generant expectatives de futur, i fomentant el sentiment que, a canvi de coresponsabilitzar-se individualment, tindran la garantia que seran cuidades quan ho necessitin.

En particular, en la taula següent es pot visualitzar la proposta de continguts que ha desenvolupat el PIAISS per començar a impulsar un model d'atenció integrada de base territorial a través de l'elaboració d'un pla funcional:

ÀMBIT	ELEMENT A CONSIDERAR
ACCIONS PRELIMINARS	☐ Òrgan de govern ☐ Equip operatiu ☐ Aproximació d'expectatives ☐ Diagnòstic compartit del punt de partida
OBJECTIU POBLACIONAL	☐ Població diana
RESPOSTA PLANIFICADA	☐ Criteris d'inclusió ☐ Aplicació del procés d'atenció integrada ☐ Participació de les persones
REDISSENY ORGANITZATIU	☐ Assignació de professionals de referència ☐ Adaptació dels rols professionals ☐ Adaptació dels equips professionals
SISTEMES D'INFORMACIÓ COMUNICACIÓ	☐ Millores locals en la gestió de la informació i la comunicació ☐ Adequació dels sistemes a l'estratègia global de compartir dades de la persona des de la interoperabilitat dels sistemes
CIRCUITS I GARANTIES	☐ Atenció 7x24 ☐ Atenció a les transicions ☐ Tramitació del reconeixement de dependència ☐ Atenció al final de la vida ☐ Gestió de crisis de l'entorn cuidador
DISPOSITIUS	☐ Optimització dels dispositius d'atenció del territori
PROGRAMES PREVENTIUS	☐ Àmbits prioritaris per a l'estratègia preventiva
MARC AVALUATIU	☐ Marc d'avaluació
DIFUSIÓ	☐ Estratègia formativa ☐ Estratègia difusió professionals ☐ Estratègia difusió comunitària
PLA FUNCIONAL	☐ Redacció ☐ Condicions operatives ☐ Estratègia de presentació

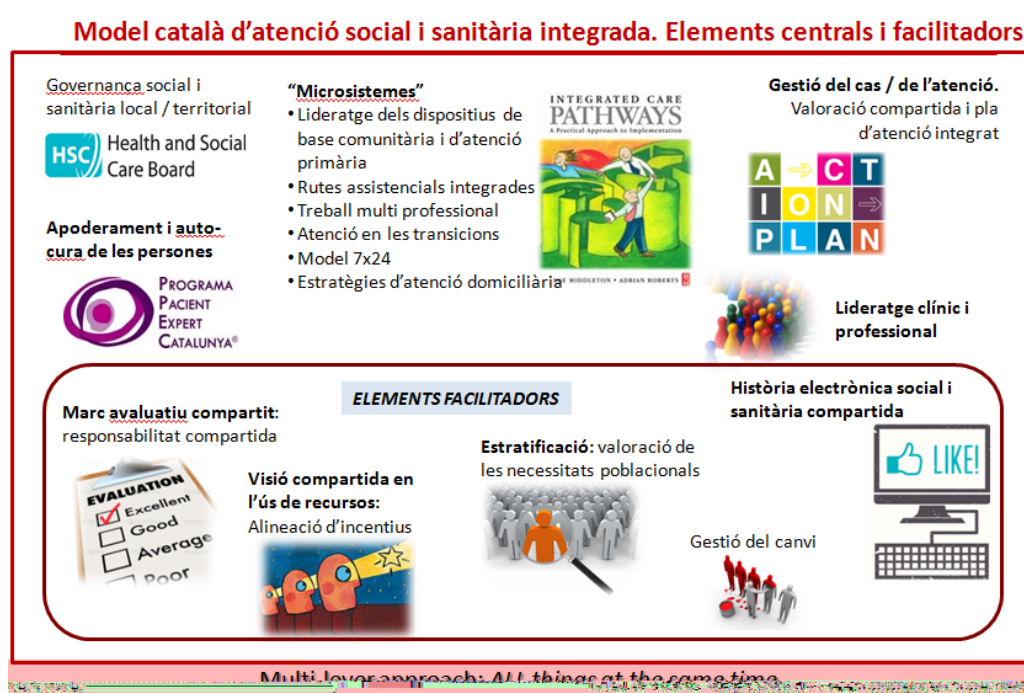
Taula 1: Elements de la llista de control preliminar d'implementació territorial de l'atenció integrada. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014)

Aspectes instrumentals que cal desenvolupar en l'àmbit central i implementar en el territorial

El resultat final de tot el projecte és que, a partir de les directrius i la planificació de la governança central dissenyada i aprovada per l'òrgan de govern del PIAISS, el territori disposi d'una governança única i compartida, que planifiqui l'atenció a les persones que hi viuen, que disposi dels recursos necessaris i de forma que els pugui emprar per a cada persona en funció del pla d'atenció prioritzat que s'ha elaborat, que garanteixi l'adaptació permanent del model a través de la contractació de serveis per mitjà d'objectius comuns i que avaluï els resultats del procés. És a dir, una governança única que lideri i governi els sistemes de salut i benestar del territori.

Pel que fa als agents que prestin l'atenció al territori, i a tots els professionals i altres persones que el conformen, han de veure el procés com una continuïtat, com una unitat funcional de dispositius assistencials que es posen a disposició de les persones per atendre-les millor, i que creen una dinàmica de treball compartit sobre la base d'uns objectius comuns i uns mecanismes de motivació amb visió territorial. El resultat del model serà millor en funció del nombre d'agents que s'impliquin en el projecte: serveis socials, centres residencials, hospitals, 061, atenció primària social i sanitària, farmacèutics comunitaris, associacions, persones clau de la comunitat, centres religiosos, voluntariat, tercer sector, etc.

En funció de la seva rellevància i impacte en el procés de transformació del model d'atenció, aquest necessita anar acompanyat d'una sèrie d'elements centrals o facilitadors.



c . Elements centrals i facilitadors del model català d'atenció integrada

Tal com mostra la figura 6, sobre la proposta de model d'atenció, caldrà donar resposta a certs elements transversals que són realment determinants:

- Previsió d'instruments d'estratificació i predicció de base poblacional que facilitin l'adequada planificació de recursos necessaris per garantir la qualitat del model d'atenció integrada.

- Estratègia de *sistemes d'informació interoperables*, que garanteixi el desenvolupament dels elements tecnològics que facin possible el model i, per tant, caldrà desenvolupar els sistemes d'informació per garantir la continuïtat de la informació per atendre les persones.
- Com a instrument destacat per a la gestió del canvi que exigeix el model, caldrà considerar l'establiment i la promoció del *perfil competencial adient* i de les propostes formatives que capacitin els professionals, gestors i altres persones per aplicar la nova visió assistencial.
- Un element imprescindible és el disseny d'un *marc d'avaluació* compartit que mesuri l'efectivitat de la proposta i permeti retre comptes des d'una òptica de responsabilitat territorial compartida. En tot procés d'implementació d'un model d'atenció poblacional, cal garantir que els objectius plantejats es compleixin i que els resultats siguin prou satisfactoris. En el cas que no es compleixin, caldrà fer adaptacions o canvis per assegurar els resultats esperats.
- En el marc del Fòrum d'Innovació, transformació i excel·lència en serveis socials i sanitaris (ITESSS), s'ha iniciat un procés de *disseny i d'innovació* amb la participació de professionals experts dels dos sectors per definir els marcs idonis d'avaluació.
- És imprescindible per al desenvolupament del model l'*alineament* entre la proposta d'atenció integrada i la implementació d'un *sistema de finançament i captació* adients.

Dins d'aquest marc existeixen altres aspectes que requereixen una modelització general per al conjunt del territori i que caldrà abordar:

- Instrument de cribatge per a la població amb complexitat social i sanitària o que estigui en risc de tenir-ne. Qui l'aplica i on s'aplica són aspectes que s'han de consensuar territorialment, encara que la major part dels casos és en atenció primària, potser urgències, i el fan treballadors socials o infermers, o ambdós professionals quan es consideri necessari perquè així ho requereixi la complexitat del cas.
- Modelitzar la valoració integral de la persona en aquesta població amb l'objectiu que sigui homogeni per a tot Catalunya, útil per fer el pla d'atenció prioritzat i validat com a mètode de reconeixement de prestacions.
- Definir el professional referent: la proposta oberta i per definir de forma conjunta és que el referent el tingui tothom, que sigui el professional que més coneix la persona, o el problema de salut o social que té, i que sigui accessible tant per a ella com per a la família i la persona que en tingui cura; entenent que, en casos sense complexitat, ha de ser d'atenció primària social o sanitària segons predomini una o altra problemàtica.
- Pel que fa a la gestió de cas com a mètode, la proposta que fem, oberta a aportacions, és que l'hem de garantir a tota persona a partir d'una determinada complexitat; normalment, assumirà les funcions que li són pròpies un professional d'atenció primària, social o sanitària en funció de les necessitats d'atenció que tingui la persona i sempre que sigui qui més la coneix i qui més li aporta en el procés de cuidar-la. En determinats casos, a pactar territorialment, professionals d'àmbits especialitzats han d'assumir aquesta funció de gestor de cas, com ara en casos de malalties minoritàries o de tercer nivell o que requereixen de coneixements molt específics, en casos en què la persona creu que un determinat professional li pot aportar més com a gestor del seu cas, etc.
- Com fem l'abordatge compartit de l'atenció i com redissenem els equips i organitzacions, i els dispositius assistencials. Per exemple, com abordem el disseny i la implementació d'un equip de treball social a partir dels recursos existents? Com

creem l'equip territorial d'atenció a les persones amb complexitat amb els recursos humans de què disposa cada territori? Com garantim l'atenció integrada a les persones que viuen en centres residencials? La resposta és bàsicament territorial, consensuada i canviant el paradigma de “a mi no em toca” pel de “què puc fer i sé fer per atendre les necessitats de les persones?”

8. En síntesi

Què?

El model català d'atenció integrada el defineix l'atenció multidimensional a les persones amb necessitats complexes sanitàries i socials. Aquest model es fonamenta en el reconeixement del rol actiu i apoderat de les persones ateses i les seves famílies, en col·laboració amb els professionals que les atenen i, també, en la valoració integral, la planificació proactiva i la pràctica compartida i col·laborativa per part dels professionals de totes les organitzacions i àmbits assistencials implicats. Els seus objectius són: la millora dels resultats en salut i benestar, l'adequació en la utilització de serveis i la percepció que tenen les persones de l'atenció que reben.

Per què?

Millorar els resultats de salut i benestar de la població diana.

Optimitzar la percepció de qualitat envers l'atenció que rep la població diana a les seves necessitats socials i sanitàries.

Contribuir a la sostenibilitat de l'actual sistema de benestar, garantint la utilització més adequada dels recursos disponibles.

Assegurar una resposta planificada, personalitzada i adaptada a les necessitats assistencials de les persones en situació de complexitat social i sanitària, millorant la qualitat de l'atenció i permetent una major coresponsabilitat i apoderament.

Per a qui?

Per a totes les persones i prioritant, per començar, les que presenten o estan en risc de presentar necessitats socials i sanitàries complexes.

En quin marc?

El reconeixement de les experiències prèvies, i els valors propis de cada sector.

L'atenció centrada en la persona i el canvi de rol d'aquesta en relació amb la pròpia condició.

El lideratge professional com a vector de la transformació.

Com?

En la dimensió assistencial, la gestió del cas com a marc metodològic que sustenta el procés assistencial i que incorpora necessàriament una redefinició dels lideratges professionals, el rol del professional de referència i les pràctiques compartides.

En la dimensió de sistema cal garantir també d'altres elements transversals imprescindibles per a la implementació del model (governança compartida, sistemes d'informació interoperables, visió compartida en l'ús de recursos, marc d'avaluació comú, models d'estratificació poblacionals i mecanismes de gestió del canvi com la formació i capacitat dels professionals).

On?

L'atenció integrada es presta arreu i la fem entre tots en un marc de coresponsabilitat entre tots els actors d'un territori, amb un clar lideratge dels serveis de base comunitària.

Annex 1. Algunes consideracions al voltant de les necessitats complexes d'atenció, el nivell de coneixement disponible i de la necessària evolució conceptual i operativa que requereixen

La població amb necessitats complexes de salut es va modelitzar i definir amb els conceptes *pacient crònic complex (PCC)* i pacient amb *malaltia crònica avançada (MACA)*, establerts al Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. L'evidència i la necessitat d'una resposta d'atenció única en aquestes persones, que es va generar en la proposta i implementació del model d'atenció sanitari que va proposar el PPAC, i el reconeixement que un pla d'atenció parcial i sectorial no seria capaç de donar resposta adequada a les necessitats sanitàries i socials que presenten les persones, en més o menys intensitat al llarg del seu cicle vital, han fet replantejar aquest primer enfocament i obrir un espai de recerca aplicada a la implementació del propi model que permeti definir de quines necessitats estem parlant, a quin àmbit pertanyen, quina és la resposta més adequada que exigeixen en funció de la capacitat de la persona per fer-hi front, del cúmul de necessitats que presenta o de la dificultat que comporta donar-hi resposta.

Per tant, s'ha obert un espai de treball col·laboratiu, on professionals dels dos sectors, conjuntament amb entitats i persones a les quals va destinada l'atenció, han de generar una visió compartida d'aquestes persones, de la seva valoració, de les necessitats potencials d'atenció i de la millor resposta possible a la seva atenció, que li serà oferta d'una forma integrada i sincrònica en el temps.

Les necessitats complexes socials (descrites així o amb la terminologia comuna que s'acabi adoptant) s'identifiquen o intueixen en aquest moment, sense que se'n disposi encara d'una caracterització adequada, a partir de tres àmbits: les vinculades a l'autonomia personal i dependència funcional; les referides a la cobertura de requeriments instrumentals o materials i, finalment, les relacionades amb la qualitat de les relacions familiars i socials.

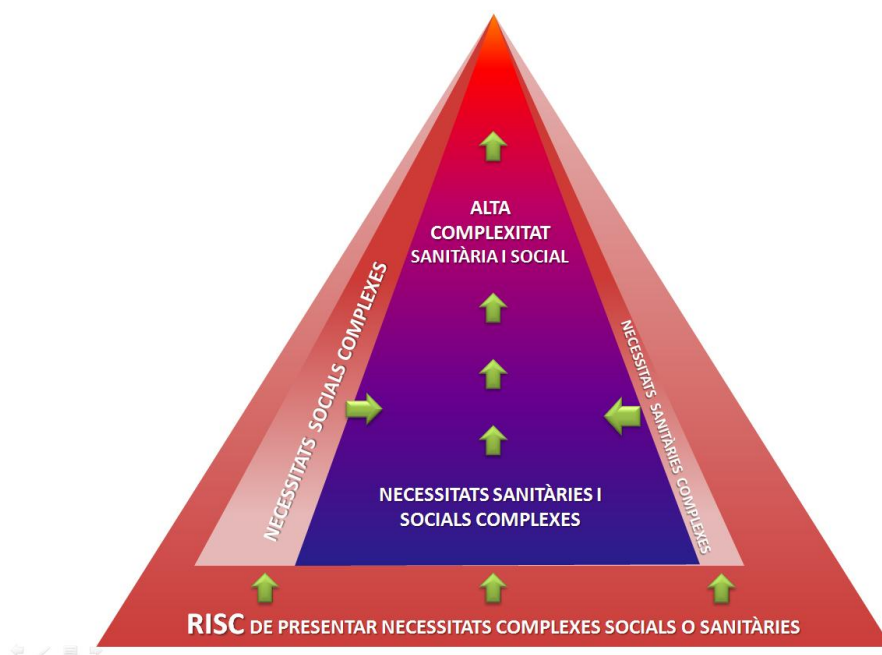


Figura 7: Piràmide de les necessitats poblacionals complexes. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014)

Aquesta primera caracterització poblacional de la figura 7 té un valor limitat, però ens és útil per facilitar o promoure una primera comprensió i representar-la. Ens obliga també a definir el constructe *necessitats complexes*. Fins i tot es podrien definir simplement com a necessitats d'atenció a la persona que són complexes per si mateixes, pel nombre, per la capacitat, o no, que té la persona d'assumir la resposta ella mateixa o el seu entorn o per la complexitat que presenta la resposta integrada i prioritzada que configura el seu pla d'atenció, sobre la base d'allò que s'expressa a la figura 8 i a la taula 2, essent conscients que aquesta definició pot modificar-se després de la necessària harmonització terminològica que el PIAISS ha endegat en col·laboració amb TERMCAT.

Necessitats complexes

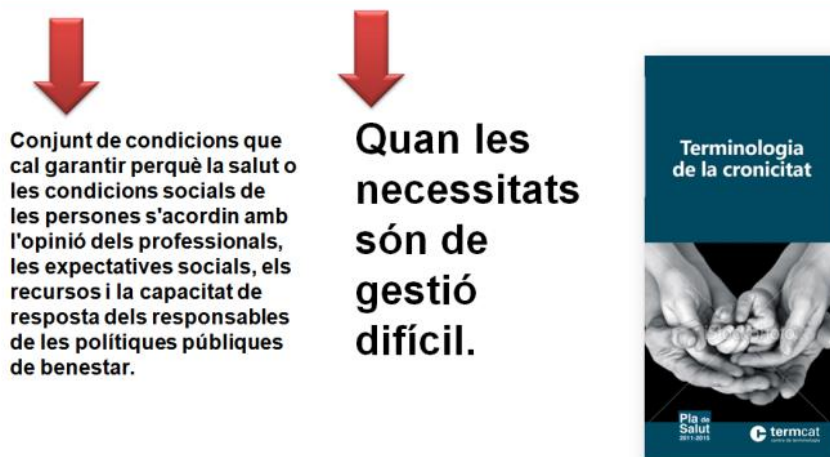


Figura 8. Definició preliminar de necessitats complexes sobre la base de la terminologia de la cronicitat. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014), adaptat de la Terminologia de la cronicitat (Termcat, 2013).

La complexitat té a veure directament amb les decisions a		
RELACIONATS AMB LA MORBIDITAT	RELACIONATS AMB LA PERSONA	RELACIONATS AMB EL CONTEXT
PRESENCIA DE MORBIDITAT	FRAGILITAT	INERTIA
DESEQUILIBRI	DESEQUILIBRI	MULTIPLICITAT
ANOSOGNÒSIA	ANOSOGNÒSIA	INESTABILITAT
ABSENCIA DE VOLICIÓN	ABSENCIA DE VOLICIÓN	GRAVITAT
MANCA DE XARXA	MANCA DE XARXA	PROGRESIVITAT
RELACIONATS AMB ELS PROFESSIONALS	RELACIONATS AMB EL SISTEMA	RELACIONATS AMB EL CONTEXT
OPACITAT	FRAGMENTACIÓ	MULTIPLICITAT
MANCA D'ACORD	NO DISPOSICIÓ DEL RECURS	MANCA DE RECURS

Taula 2. Principals elements relacionats amb la complexitat. Font: elaboració pròpia (PIAISS, 2014)