

Atenció integrada social i sanitària

Conceptualització



**Atenció integrada
social i sanitària**

Conceptualització

Coordinació del document

Sebastià J. Santaugènia González. Director del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat i del Pla director sociosanitari. Director del Programa d'atenció inte-grada social i sanitària (PAISS).

Concepció Barbeta Mir. Adjunta a la Direcció del Programa d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Comitè de Redacció (per ordre alfabètic)

Jordi Amblàs Novellas. Programa d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Concepció Barbeta Mir. Adjunta a la Direcció del Programa d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Meritxell Benedí Altes. Directora general de Serveis Socials. Departament de Tre-ball, Afers Socials i Famílies.

Joan Carles Contel Segura. Programa d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Aina Plaza Tesías. Directora general de l'Autonomia Personal i la Discapacitat. De-partament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Mònica Ribas Gironès. Sub-directora general d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Jordi Roca Casas. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Programa d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Rafa Ruiz Riera. Direcció Estratègica d'Atenció Primària de Salut. Departament de Salut. Programa d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Sebastià J. Santaugènia González. Director del Pla director sociosanitari i Progra-ma de prevenció i atenció a la cronicitat.

Consell assessor (per ordre alfabètic)

Nom	Professió	Entitat que representen
Ambiàs Novellas, Jordi	Metge	Consorti Sanitari i Social de Catalunya
Arqués Martí, Enric	Psicòleg	Fundació Joia
Brugués Brugués, Alba	Infermera	AIFFiC
Cadenas Prados, Rosa	Psicòloga	Ajuntament de Martorell
Canet Ponsa, Montserrat	Infermera	ICS Girona
Cucurella Fabregat, Eulàlia	Gerontòloga	Fundació Alzheimer
Domènech Prat, Montserrat	Treballadora Social	Consell Comarcal de l'Alt Penedès
Estany Ricart, Jaume	Metge	Consorti Sanitari de Barcelona
Esteve Palós, Albert	Demògraf	Centre d'Estudis Demogràfics
Fàbrega Pairó, Teia	Educadora Social	Consorti d'Acció Social de la Garrotxa
Fuertes Cabassa, Oriol	Economista	Unió Catalana d'Hospitals
Inzitari, Marco	Metge	Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia
Peña Gallardo, Conchita	Treballadora Social	Col·legi oficial de Treball Social de Catalunya
Roman Maestre, Begoña	Filòsofa	Comitè d'Ètica de Serveis Socials
Rustullet Tallada, Mariona	Infermera	SUMAR, serveis públics d'acció social
Sisó Almirall, Antoni	Metge	CAMFiC
Torrens Mèlich, Lluís	Economista	Ajuntament de Barcelona
Varela Pedragosa, Jordi	Metge	Gesclinvar Consulting, SL
Vegué Grillo, Joan	Metge Psiquiatra	CPB Serveis de Salut Mental
Vila Mancebo, Antoni	Doctor en Pedagogia	Fundación Pílares

Alguns drets reservats

© 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



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

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

Edita: Generalitat de Catalunya

1a. edició: Barcelona, gener de 2022

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Revisió corporativa:

Oficina de Comunicació

Disseny de plantilla accessible 1.03:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Disseny Gràfic:

Víctor Oliva

Jordi Amblàs

Núm. de registre:

91281

Índex

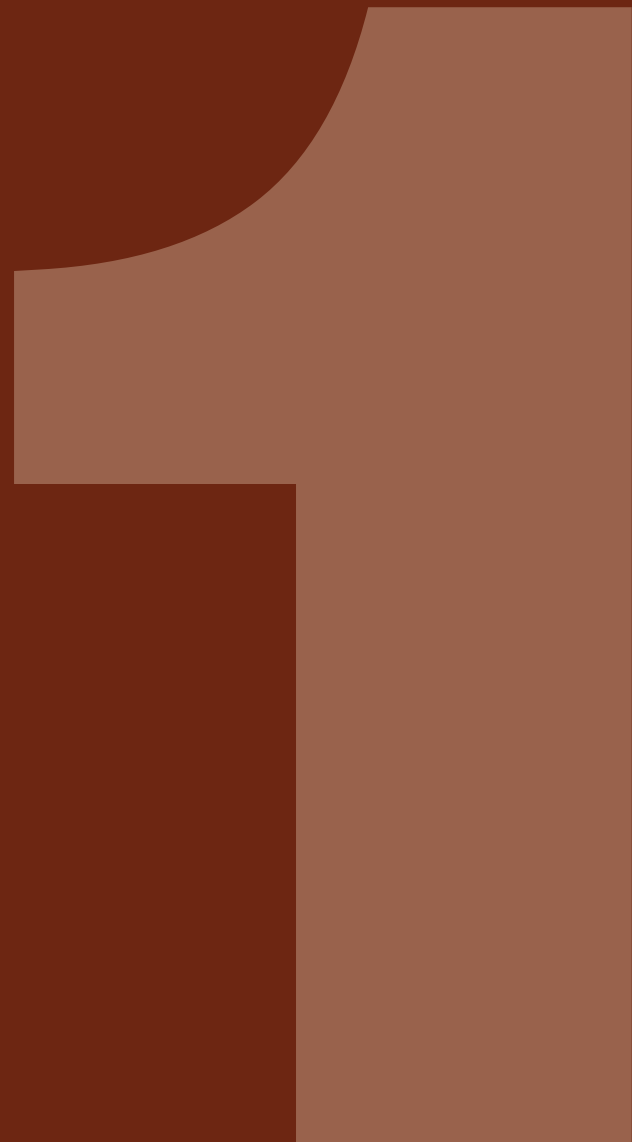
1. Context	9
1.1 El canvi de paradigma de la ciutadania	11
1.1.1 El nou rol de les persones	11
1.1.2 Nous escenaris de convivència	11
1.1.3 Noves formes d'interacció entre les persones, els serveis socials i sanitaris	11
1.1.4 Altres elements a tenir en compte	13
1.2 L'envelliment poblacional	13
1.2.1 Transicions epidemiològica, de salut i demogràfica	13
1.2.2 L'envelliment a Catalunya: situació actual i de futur	14
1.3 Multimorbiditat, fragilitat i complexitat	15
1.3.1 Multimorbiditat	15
1.3.2 Fragilitat	17
1.3.3 Complexitat	18
1.4 Dependència i discapacitat	22
1.4.1 Valoració de la dependència: situació a Catalunya	22
1.4.2 Discapacitat: situació a Catalunya	23
1.5 Vulnerabilitat social	25
1.5.1 Suport social	25
1.5.2 Aïllament social / solitud	25
1.5.3 Pobresa	27
1.6 Context econòmic i organitzatiu / assistencial	29
1.6.1 Context econòmic	29
1.6.2 Context organitzatiu / assistencial	30
1.7 Marc normatiu	32
2. Implicacions aquest nou escenari	33
2.1 Des del punt de vista individualitzat	34
2.1.1 Implicacions derivades de la mirada individualitzada	35
2.2 Des del punt de vista POBLACIONAL/SISTÈMIC	35
2.2.1 Implicacions derivades de la mirada poblacional/sistèmica	35

3. L'atenció integrada social i sanitària com a facilitador de l'atenció centrada en la persona	37
3.1 Què és l'atenció integrada?	38
3.1.1 Definicions i aproximació conceptual a l'atenció integrada	38
3.1.2 Objectiu de la integració de l'atenció	39
3.2 Tipus d'atenció integrada	40
3.2.1 Classificació segons el nivell/grau d'integració	40
3.2.2 Classificació segons els àmbits d'integració	41
3.2.3 Classificació segons l'orientació de la integració	42
3.3 Evidència sobre l'atenció integrada	43
3.4 Elements facilitadors de la integració de l'atenció social i sanitària	44
3.4.1 Elements facilitadors de la integració de l'atenció segons la literatura	44
3.4.2 Elements facilitadors de la integració de l'atenció a Catalunya	49
3.5 Barreres per a la integració de l'atenció social i sanitària	51
3.5.1 Barreres per a la integració de l'atenció segons la literatura	51
3.5.2 Barreres per a la integració de l'atenció a Catalunya	52
3.6 Consideracions finals sobre la integració de l'atenció social i sanitària	54
4. Antecedents d'atenció integrada social i sanitària a Catalunya	55
5. AISS: sostres de vidre	58
5.1 Participació, cocreació i model d'atenció	59
5.1.1 Participació i cocreació	59
5.1.2 Model d'atenció	60
5.2 Territori, governança i lideratge	63
5.2.1 Territori	63
5.2.2 Governança	64
5.2.3 Lideratge	66
5.3 Finançament, contractació i compra	68
5.4 Avaluació, aprenentatge i innovació	69
5.4.1 Territori	69
5.4.2 Governança	69

6. Bibliografia

71

Context



Com s'esdevé en la major part de països desenvolupats, Catalunya està davant d'un **repte colossal** que requerirà de respostes diligents, pragmàtiques, transformadores i consensuades per part dels sistemes social i sanitari.^{2,3} Efectivament, ens trobem davant l'eclosió epidemiològica i demogràfica d'un grup de persones vulnerables, sovint amb dependència i amb problemes de salut crònics,⁴⁻⁶ algunes de les quals amb necessitats complexes d'atenció i necessitats pal·liatives.⁷

Aquest repte té implicacions per a les **polítiques** i les **organitzacions**, que necessitaran repensar-se per adaptar-se a aquest nou paradigma i donar una millor resposta a les necessitats de les persones i els costos d'atenció que se'n puguin derivar. Això implica de forma directa i simultània els sistemes de salut i de serveis socials, que necessàriament hauran d'incrementar la interacció, la coordinació i la cooperació.

Però donar resposta a les necessitats d'aquestes persones, es requerirà també de **professionals** compromesos i competents, familiaritzats en el maneig de situacions complexes, amb capacitat per treballar en equip i amb especial habilitat per a la presa compartida de decisions i la personalització de les intervencions.

Així, doncs, tant els canvis demogràfics (que condicionaran el volum de la demanda) com els canvis en les característiques de la població (que condicionaran com serà aquesta demanda) –conjuntament amb el context econòmic, la realitat organitzativa i el marc normatiu– obliguen a prendre en consideració **7 elements clau** que caldrà tenir en compte en el redisseny del sistema des d'una mirada centrada en la persona i des d'una perspectiva d'atenció integrada:

1.1 Canvi de paradigma de la ciutadania

1.2 Envel·liment poblacional

1.3 Multimorbiditat, fragilitat i complexitat

1.4 Dependència i discapacitat

1.5 Vulnerabilitat social

1.6 Context econòmic i organitzatiu /

assistencial 1.7 Marc normatiu

1.1 Canvi de paradigma de la ciutadania

Al llarg de les darreres dècades, tant els valors, les preferències, els rols i les dinàmiques de les persones com la relació d'aquestes amb els serveis públics, s'està modificant radicalment. Aquest fet està condicionat per **múltiples variables**, entre les quals cal tenir en compte:

1.1.1 El nou rol de les persones

Probablement, el canvi més rellevant està venint de la mà d'una ciutadania **empoderada i més participativa**; de l'increment de **capacitats, coneixements, accés a la informació i autonomia** de les persones en la presa de decisions. La ciutadania és i serà més experta, més exigent, estarà més informada i també tindrà una major capacitat d'autocura, d'assumir responsabilitats sobre la seva pròpia vida i serà capaç de desenvolupar un rol actiu i autònom en l'atenció de les seves pròpies necessitats,⁸ i l'exercici efectiu de drets.

1.1.2 Nous escenaris de convivència

Una altra de les transformacions que ha esdevingut un repte per al sistema de benestar és la progressiva superació de les formes tradicionals de divisió per gènere del treball en un context de reconfiguració de les mides, estructures, dinàmiques, valors i modalitats familiars i convivencials. Aquest fenomen ha tingut conseqüències molt significatives en els **escenaris de convivència** i l'exercici dels **rols de cura**, que tradicionalment han recaigut en les dones.⁹ En aquest sentit, és molt probable que en les futures generacions s'esdevinguin diversos canvis en el perfil i els rols dels cuidadors que condicionin tant la disminució de la disponibilitat familiar per a la cura i atenció a les persones com el perfil de les persones cuidadores i l'increment de situacions de solitud.

Així, doncs, la transformació en els rols dels cuidadors, les famílies i les xarxes comunitàries en relació amb l'atenció i la cura és un dels reptes que requerirà de respostes col·lectives, equitatives, intel·ligents i sostenibles.

1.1.3 Noves formes d'interacció entre les persones els serveis sanitaris i socials

Al llarg de les darreres dècades s'està esdevenint una revolució en la interacció entre les persones i els sistemes social i sanitari que està especialment condicionada tant pels dos punts mencionats anteriorment com per l'autèntica explosió de les **tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)**.^{10, 11}

D'una banda, l'aparició massiva de les TIC **ha facilitat** l'accés de les persones i els professionals a una creixent interrelació, així com l'accés a temàtiques socials i sanitàries, fet que condiciona nous escenaris que caldrà tenir en compte:

- La inducció de pràctiques col·laboratives entre diferents professionals i agents de diferents àmbits d'atenció, com a element clau de les propostes d'atenció integrada.
- L'aparició de noves tecnologies de mobilitat (telèfons intel·ligents, pantalles tàctils...), cosa que facilita cada vegada més una interacció àgil i personalitzada.
- L'accessibilitat de les persones a la informació, fet que requereix que els sistemes d'informació els ofereixin una informació clara i entenedora.
- L'accessibilitat de les persones als professionals, fet que requereix d'un reordenament de les dinàmiques en la relació entre ambdós col·lectius.
- El desenvolupament de serveis en línia que facilitin l'eficiència dels sistemes socials i sanitaris, així com l'accessibilitat de les persones a la gestió telemàtica de tràmits i altra documentació en l'entorn digital.
- Els ecosistemes de suport i monitoratge, que permet a les persones de replantejar la utilització de recursos i serveis en el seu benefici, també en l'autogestió dels problemes crònics de salut i socials i l'aprenentatge i empoderament de les persones (Health Literacy). La tecnologia pot ajudar també a donar suport en la presa de decisions i el monitoratge de diferents aspectes d'interès (indicadors de salut relacionats amb la malaltia, hàbits de nutrició, activitat física...).
- Les xarxes socials, com un nou entorn utilitzat habitualment per la ciutadania com a font de consulta i interacció.
- La irrupció de la intel·ligència artificial, així com la progressiva expansió dels robots assistents i terapèutics.

D'altra banda, però, caldrà vetllar pel bon ús d'aquesta tecnologia, tenint en compte els **riscos** relacionats amb la interoperabilitat entre els sistemes d'informació, la confidencialitat, la fiabilitat de les informacions disponibles a la xarxa o la bretxa digital –donat que és probable que no totes les persones tinguin les mateixes habilitats en la utilització de la tecnologia.

1.1.4 Altres elements a tenir en compte

- La perspectiva de gènere, amb l'objectiu de reduir les desigualtats –tant en l'àmbit professional com familiar i comunitari– així com la consideració de la realitat dels col·lectius LGTBI.
- La configuració d'una societat cada vegada més multicultural, on progressivament cada vegada més gent gran d'origen divers necessitarà ser atesa.
- El rol de les persones jubilades com un enorme recurs de capital comunitari.

1.2 Envel·liment poblacional

Al llarg de les darreres dècades, la suma de diferents transicions de la població (demogràfica, de la salut i epidemiològica) han condicionat un procés d'envel·liment de la població i constitueixen, conjuntament amb el fenomen migratori, el canvi sociològic més important d'aquest principi de segle XXI a Catalunya.¹²

1.2.1 Transicions epidemiològica, de salut i demogràfica

El concepte de **transició epidemiològica**¹³ fa referència al canvi de patró de distribució de la morbiditat i mortalitat de la població, amb la constatació d'una tendència global al desplaçament en la prevalença de les malalties transmissibles (que en el context actual de pandèmia de COVID-19 és probable que calgui reconsiderar), per les no transmissibles (malalties oncològiques, degeneratives i cardiovasculars), de la morbiditat i mortalitat dels grups poblacionals joves als d'edat avançada, i de la mortalitat per la morbiditat i la dependència. Aquesta transició epidemiològica ha estat condicionada tant pels avenços de la medicina com per la millora de les condicions socials.

En un context on cada vegada hi ha més evidència de la importància dels condicionants socials en els resultats de salut,^{14,15} és especialment atractiu el concepte de **transició de salut**¹⁶ fent al·lusió a un conjunt molt més ampli de condicionants de salut: socials, econòmics, tecnològics i polítics, però també ambientals i laborals.

Les transicions epidemiològica i de salut han estat la base de l'anomenada transició demogràfica¹⁷ amb referència al procés de ruptura en la continuïtat del curs del moviment de la població, on, en un moment donat, es passa de nivells alts de mortalitat i natalitat a nivells baixos d'aquestes variables. Una de les principals conseqüències d'aquestes transicions és l'envel·liment poblacional i l'increment de persones amb problemes de salut crònics i de dependència, així com, les necessitats d'atenció que se'n poden derivar, fet que condiciona un increment significatiu de les necessitats que cal atendre.

1.2.2 L'envelliment a Catalunya: situació actual i de futur

L'índex d'envelliment actual a Catalunya (relació entre la població de 65 anys o més i la població de menys de 15 anys) és del 116,71 %, valor que se situa per sobre dels anys anteriors. Aquesta mateixa tendència també es pot observar en l'evolució del percentatge de sobreenvelliment (percentatge de població que supera els 84 anys respecte de la població de 65 anys o més), que ha passat del 12,8 % (2007) al 16 % (2016).

Segons les projeccions de població de Catalunya realitzades per l'IDESCAT per al període 2018-2030,¹⁸ hi haurà un **envelliment progressiu** de la **població de Catalunya**, resultat de la baixa natalitat i la dinàmica de la piràmide demogràfica: la població jove disminuirà en termes absoluts i en termes relatius, la població adulta augmentarà en termes absoluts però disminuirà en termes relatius, i la població més gran augmentarà en termes absoluts i en termes relatius (figura 1).

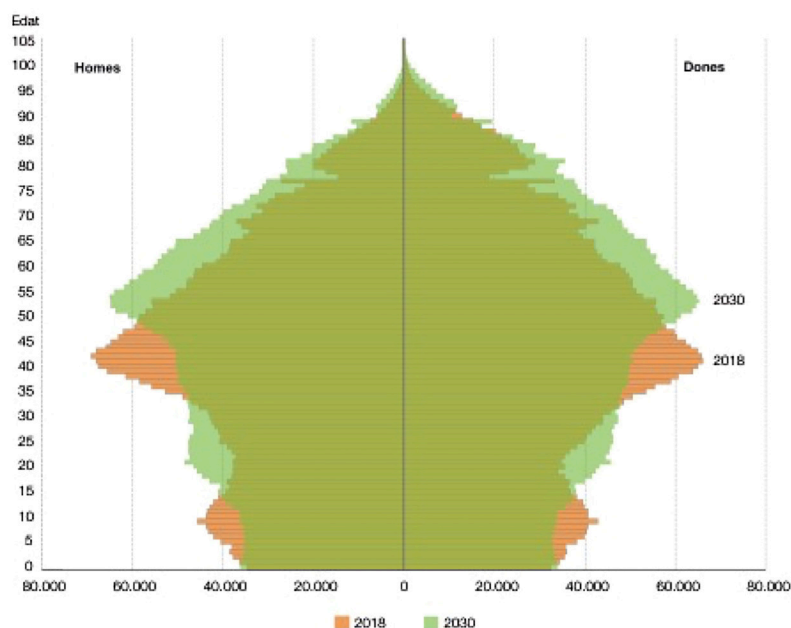


Figura 1. Població per sexe i edat segons l'escenari mitjà. Catalunya. 2018 i 2030.

Font: IDESCAT. Estimacions de població i projeccions de població (base 2018).

L'estimació és que l'any 2030, a Catalunya:

- La població hagi crescut en gairebé mig milió de persones (arribarà als vuit milions), principalment per efecte de la migració, ja que el creixement natural (naixements menys defuncions) serà pràcticament nul en aquest període.
- L'esperança de vida continuï augmentant, i que se situï en els 83,2 anys per als homes i en els 88 per a les dones (80,6 anys i 86,1 anys, respectivament

el 2016). Tanmateix, l'arribada a edats molt avançades de generacions cada vegada més nombroses farà augmentar el nombre de defuncions de manera constant.

- La població de més de 65 anys continuï augmentant, tant en valors absoluts com en percentatge respecte al total de població: passarà d'1,417 milions el 2018 (el 18,8 % de la població) a 1,785 milions el 2030 (el 22,3 %).
- Es produeixi un procés de sobreenvelliment del col·lectiu de gent gran, ja que els octogenaris i nonagenaris hi guanyaran pes: l'any 2018, dos de cada deu persones de més de 65 anys tenen 80 o més anys, mentre que l'any 2030 seran tres de cada deu.

Les projeccions per al 2060¹⁸ mostren un envelliment encara més marcat de la població de Catalunya: la població total haurà augmentat en 1,2 milions d'habitants, però mentre que els grups de població de 0 a 64 anys serà gairebé igual de nombrós que l'actual, el guany de població es concentrarà exclusivament en el grup de 65 anys i més. Efectivament, s'estima que l'any 2060, la població de més de 65 anys haurà augmentat en més d'un milió de persones i representarà el 29,8 % de la població. L'envelliment serà especialment visible per l'augment del nombre de persones més grans de 85 anys, que passarà dels 236.000 habitants el 2018 als 704.000 el 2060, el triple del valor actual.

Un element a tenir en compte en aquesta anàlisi, però, és fins a quin punt tindrà sentit mantenir el llindar de la vellesa als 65 anys. L'augment de l'esperança de vida pot ser un bon antídote per a l'envelliment, ja que afegeix joventut als anys –essent probable que la proporció entre persones amb discapacitat i sense es mantingui estable en les properes dècades.

1.3 Multimorbiditat, fragilitat i complexitat

1.3.1 Multimorbiditat

En els darrers anys, els **problemes crònics de salut** de la població han augmentat com a conseqüència de l'envelliment, però també per altres fenòmens, com ara les millores diagnòstiques i els avenços terapèutics. Aquest increment s'esdevé en tots els grups d'edat poblacional,¹⁹ tant en la població infantil (on destaquen patologies cròniques com l'asma, l'obesitat, els problemes de salut mental o al·teracions en el neurodesenvolupament)²⁰ com, sobretot, en la població més envellida (on la multimorbiditat augmenta amb l'edat, i és especialment rellevant en població de més de 65 anys) (figura 2).

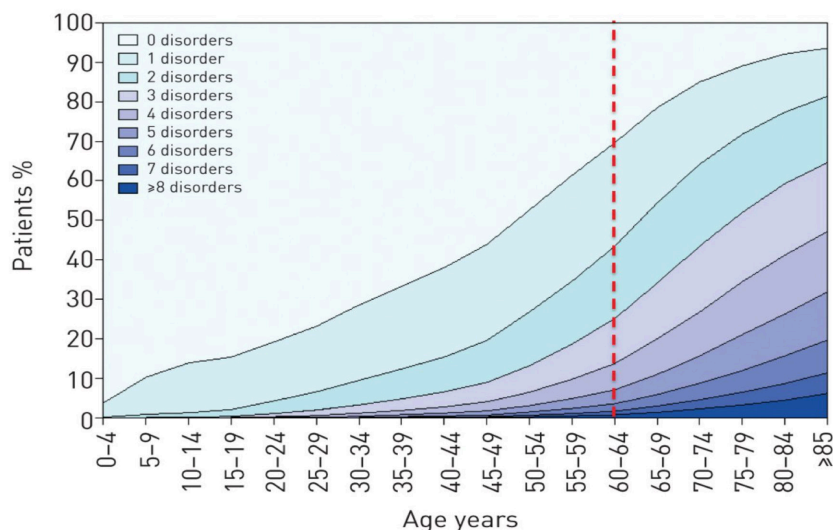


Figura 2. Nombre de comorbiditats cròniques per grup d'edat. Adaptat de Divo et al. 21

La **multimorbiditat** es defineix com qualsevol combinació d'una malaltia crònica amb almenys una altra malaltia (aguda o crònica) o un factor biopsicosocial (associat o no) o un factor de risc.²² Les persones amb multimorbiditat són les protagonistes de més de la meitat d'ingressos hospitalaris i del 75 % de les prescripcions farmacèutiques. Però aquesta és una realitat encara incipient: estudis recents apunten que seguirà creixent el nombre de persones amb multimorbiditat. La xifra de persones amb quatre o més problemes de salut crònics es doblarà d'aquí al 2035, i dues terceres parts d'aquestes persones tindran problemes de salut mental (deteriorament cognitiu, demència i/o depressió).²³

Epidemiologia de la multimorbiditat: situació a Catalunya

En relació amb les persones que tenen problemes de salut crònics, de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de 2018,²⁴ se'n destaquen les dades següents:

- El 38,4 % de la població de 15 anys i més pateix una malaltia o un problema de salut crònic o de llarga durada (35,2 % els homes i 41,4 % les dones). La prevalença augmenta a mesura que els grups són de més edat (sobretot a partir dels 65 anys, on el percentatge supera el 60 %), en les persones de classe social menys afavorida (el 40,9 % de les persones de classe III) i en aquelles que tenen un nivell d'estudis més baix (el 57,3 % de les que tenen estudis primaris o no en tenen).
- Les dones presenten un percentatge més elevat de problemes crònics de salut que els homes, tant en general com per a cadascuna de les variables descrites, i destaca la diferència de 10 punts percentuals entre els homes i les dones que tenen estudis primaris respecte dels que no en tenen.
- Els principals problemes de salut (ordenats de més a menys freqüència) són

els relacionats amb les malalties de l'aparell circulatori (pressió alta i colesterol elevat), les malalties de l'aparell locomotor (malalties reumàtiques, mal d'esquena crònic lumbar o dorsal i mal d'esquena crònic cervical), la cefalea, les al·lèrgies cròniques, l'ansietat i la depressió. La morbiditat en els homes està relacionada, en primer lloc, amb les malalties de l'aparell circulatori, seguides de les malalties de l'aparell locomotor i les al·lèrgies cròniques; en les dones, en primer lloc, s situen les malalties de l'aparell locomotor, seguides de les malalties de l'aparell circulatori i la cefalea. A més, les dones pateixen en més percentatge que els homes de depressió o d'ansietat.

1.3.2 Fragilitat

La fragilitat és una **entitat multidimensional** que es defineix com un estat de “vulnerabilitat” davant de factors estressants que situa la persona en una posició d'alt risc de mals resultats en salut, com ara discapacitat, institucionalització, hospitalització, estades hospitalàries perllongades, reingressos, caigudes, resultats adversos davant algunes intervencions específiques i, especialment, increment de la mortalitat. La fragilitat és una realitat contínua que va des de la situació de no fragilitat fins a la situació de fragilitat avançada, on la proximitat al final de vida és evident.²⁵⁻²⁸

La **valoració de la fragilitat** tant pot resultar útil per a la detecció precoç de persones amb fragilitat / fragilitat inicial –que es puguin beneficiar de mesures preventives i de promoció de l'autonomia– (figura 3A) com en la valoració multidimensional / diagnòstic situacional de les persones –amb l'objectiu de facilitar la personalització de les intervencions (figura 3B).

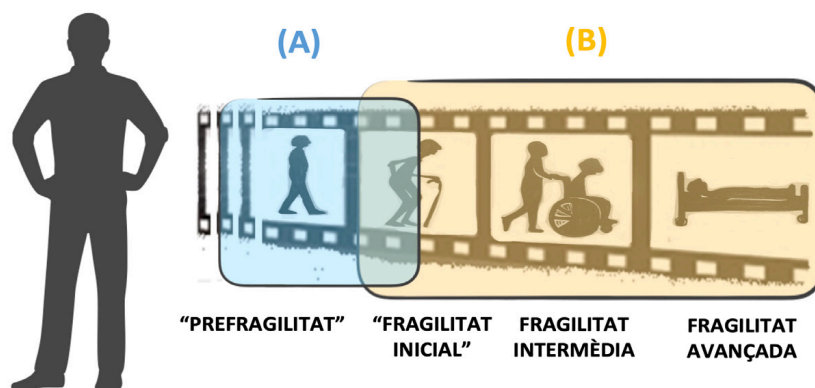


Figura 3. Espectre de la fragilitat: de la prefragilitat a la situació de fragilitat avançada.

Font: elaboració pròpia.

Encara que són condicions diferents, hi ha una **relació entre fragilitat i multimorbiditat**: si bé la majoria de persones fràgils són també multimòrbides, proporcionalment són poques les persones amb multimorbiditat que també són fràgils.²⁹

Epidemiologia de la fragilitat: situació a Catalunya

Malgrat que hi ha un cert consens en el fet que la **prevalença poblacional** de fragilitat en persones > de 65 anys és propera al 10 %, no hi ha unanimitat en les dades respecte de les taxes de prevalença de fragilitat en la població en general, probablement, a causa de diferències en la conceptualització i mesura de la fragilitat), i es constata també, un increment progressiu amb l'edat (la prevalença de persones fràgils de > 85 anys és superior al 25 %).³⁰⁻³³

1.3.3 Complexitat

Així com la fragilitat ve definida per la situació individual de vulnerabilitat de cada persona ("grau de reserva"), la situació de complexitat sol estar més relacionada amb les dificultats per gestionar la resposta a les necessitats de les persones, ja siguin per part de la persona pròpiament dita com de la família, l'entorn cuidador o els sistema.³⁴

Així, doncs, la complexitat està condicionada per múltiples circumstàncies, i no és només una realitat limitada i inherent a l'individu, sinó que també és un fenomen conjuntural i, fins a cert punt, perceptiu: quelcom que és "viscut com a complex", tant per dificultat de la persona mateixa –o el seu entorn– per poder gestionar les pròpies necessitats com per les dificultats per garantir la resposta per part dels professionals i els sistemes de salut.

Des del punt de vista conceptual, podem distingir **tres dimensions de la complexitat** que caldrà tenir presents en el disseny de les respostes assistencials que s'hagin de plantejar, tant des d'un punt de vista organitzatiu com per part dels professionals. Aquestes tres dimensions són la complexitat clínica, la complexitat social i la complexitat del sistema assistencial³⁵ (figura 4).

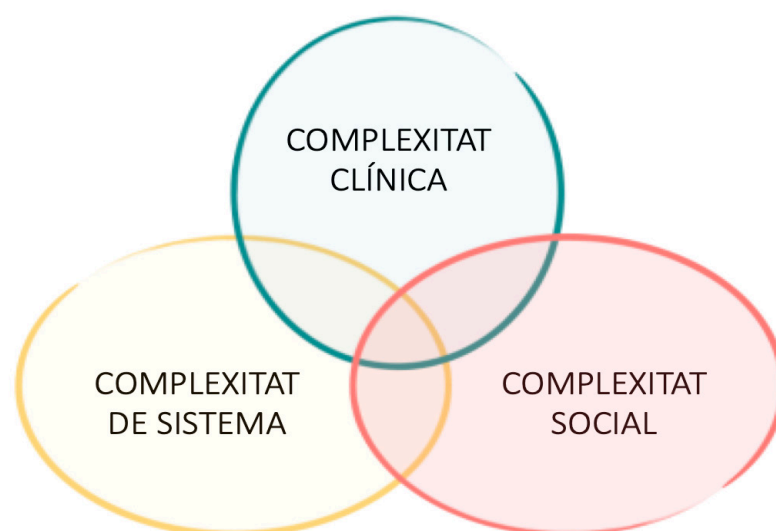


Figura 4. Dimensions de la complexitat. Adaptat de Kuipers *et al*³⁵

- La complexitat clínica fa referència a la interacció entre una multitud de factors relacionats amb les condicions cròniques; per exemple, el diagnòstic, la gravetat de l'afecció, la presència de símptomes de difícil control, la multimorbiditat i el grau de dependència que se'n pugui derivar.
- La complexitat social fa referència a la interaccions entre diferents àmbits de la vida, entre els quals destaquen l'economia, l'ús del temps, les relacions amb la unitat convivencial, la feina, l'allotjament, les activitats bàsiques de la vida diària, les relacions comunitàries... Aquests àmbits sovint interaccionen entre si, essent variable la contribució de cada un d'aquests determinants per a cada persona.
- Complexitat de sistema: paradoxalment, i donades les múltiples respostes possibles al repte de la complexitat,³⁶⁻³⁸ el sistema mateix es pot acabar convertint en una font de complexitat no necessàriament resoluble amb una major dotació de serveis;³⁹ de fet, sovint, un increment de serveis i professionals pot acabar generant complexitat, donada la creació de múltiples vies confuses, respostes no coordinades, duplicitats i llacunes en el contínuum assistencial.³⁵ Afrontar aquesta complexitat no és factible a partir de models estàndard, i requereix de solucions creatives, flexibilitat, versatilitat, capacitat d'innovació i una base comuna de coneixement compartit.⁴⁰

Epidemiologia de la complexitat: situació a Catalunya

Des del **punt de vista sanitari**, i amb l'objectiu de proporcionar una atenció específica a la realitat i a les necessitats de les persones segons les seves característiques i els diferents nivells de complexitat, la major part de països del nostre entorn han desenvolupat sistemes de cribratge i estratificació.⁴¹⁻⁴⁴ Aquesta estratificació per-met distingir diferents grups de persones amb diferents nivells de complexitat, i és destacable que a la punta de la piràmide poblacional (figura 5) hi ha un 5 % de la població que presenta una situació o perfil d'especial complexitat clínica i/o necessitats d'atenció pal·liativa; es tracta d'aquelles persones que més especialment es beneficien de les estratègies de gestió de cas i de contextos d'atenció integrada.⁴⁵

En el cas de Catalunya, es van definir dos perfils de persones dins d'aquest subgrup de complexitat complexa, que, malgrat els seus trets diferencials, es beneficien d'un model d'atenció similar (figura 5):

- Les persones amb problemes de salut crònics i necessitats complexes d'atenció o **pacients crònics complexos (PCC)**, que aproximadament constitueixen entre un 3,5 i un 4 % teòric de la població catalana. A Catalunya –segons les últimes dades disponibles durant l'any 2017– es van atendre 160.905 persones identificades com a PCC, que corresponen a un 2,2 % de la població general.

- Les persones amb necessitats pal·liatives i malalties o **condicions cròniques avançades (MACA)**, que aproximadament constitueixen entre un 1,5 i un 1 % de la població catalana. A Catalunya –segons les últimes dades disponibles durant l’any 2017– es van atendre 26.716 persones identificades com a MACA, que corresponen a un 0,36 % de la població general.

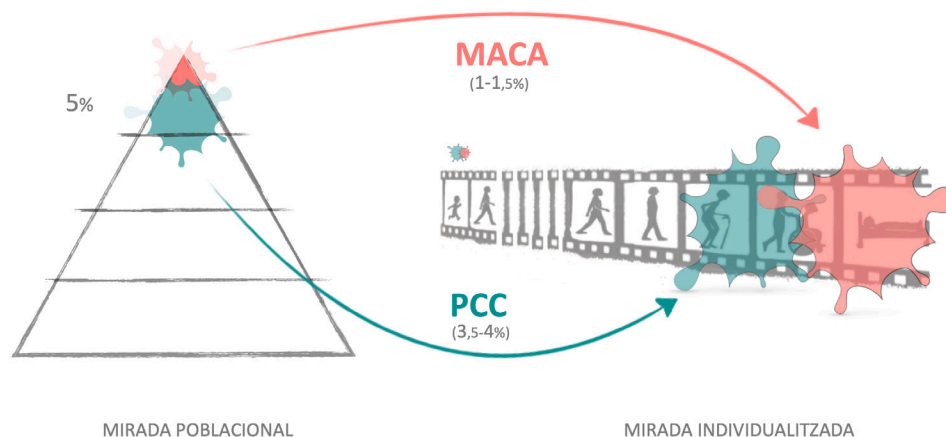










Figura 5. PCC i MACA: mirada poblacional i mirada individualitzada.

Font: elaboració pròpia.





Des del **punt de vista social**, a Catalunya, per avançar en la mesura de la complexitat social s'està implementant la matriu d'autosuficiència (SSM-Cat), que permetrà mesurar fins a quin punt una persona pot dur terme les activitats quotidianes de manera independent. L'SSM-Cat suposa un canvi de paradigma en l'avaluació, ja que se centra en l'empoderament i l'autosuficiència de les persones, amb l'avaluació de tretze àmbits de la vida quotidiana (figura 6).

L'SSM-Cat té els seus orígens als Estats Units i a Amsterdam. Aquesta eina s'ha adaptat i validat en una primera fase i, en una segona fase, s'ha implementat a vuit àrees bàsiques de serveis socials i dues de salut, i aporta i unifica un sistema d'avaluació que, fins ara, només existia localment (cada ens local tenia les seves instruccions internes per a l'avaluació de casos i derivacions a serveis). Permetrà detectar i prevenir situacions de necessitat social i facilitarà el treball de les professionals en la detecció, el diagnòstic, la intervenció i el seguiment de casos complexos.

QUINS ÀMBITS DE LA VIDA ES MESUREN?

-  Economia
-  Feina i formació
-  Ús del temps
-  Allotjament
-  Salut mental
-  Salut física
-  Relacions socials
-  Relacions en la unitat de convivència
-  Consum de tòxics i conductes addictives
-  Activitats bàsiques de la vida diària
-  Activitats instrumentals de la vida diària
-  Participació en la comunitat
-  Aspectes judicials i d'ordre públic

En els casos d'**adults amb menors a càrrec** també es mesura:

-  Atenció física
-  Suport emocional
-  Escolarització
-  Cura diària

QUINS NIVELLS D'AUTOSUFICIÈNCIA HI HA?

Completament autosuficient

Força autosuficient




Molt poc autosuficient

No autosuficient

Problemes greus

IMPLEMENTACIÓ DE LA MATRIU D'AUTOSUFICIÈNCIA

Com a pas previ a la implementació arreu del territori, s'ha impulsat un pla pilot que ha implicat:

-  8 àrees bàsiques de serveis socials i 2 de salut
-  111 professionals formats
-  912 casos avaluats

PRINCIPALS UTILITATS DE LA MATRIU D'AUTOSUFICIÈNCIA:

- Unifica conceptes i criteris de valoració
- Sistematitza les avaluacions de l'atenció primària de Serveis Socials
- Millora l'equitat en el Sistema català de Serveis Socials
- Determina prioritats en l'atenció i en l'assignació de recursos basats en les necessitats socials
- Millora la intervenció social
- Permet un seguiment més rigorós i objectiu de l'evolució dels casos
- Facilita la intervenció preventiva retardant la cronificació i l'atenció en situacions de crisi

Figura 6. Matriu d'autosuficiència.

Font: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

1.4 Dependència i discapacitat

L'any 2006 hi hagué dues fites importants en aquest àmbit: d'una banda es va aprovar la **Convenció internacional de l'Organització de les Nacions Unides** sobre els drets de les persones amb discapacitat (ONU 2006), aprovada i ratificada per Espanya el 23 de novembre de 2007, que va definir la discapacitat com “el resultat de la interacció entre les persones amb deficiències i les barreres degudes a l'actitud i a l'entorn que eviten la seva participació plena en la societat, en igualtat de condicions amb les altres”. D'altra banda, es va aprovar la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (**LAPAD**).

Aquestes dues fites van comportar un **punt d'inflexió en l'abordatge de la discapacitat i l'autonomia personal**: la Convenció va suposar el reconeixement i l'exercici dels drets de les persones amb discapacitat, amb igualtat de condicions amb altres persones. I la LAPAD va implicar un repte per a les polítiques socials: donar resposta a les necessitats de les persones que, pel fet de trobar-se en situació d'especial vulnerabilitat, requereixen ajudes per dur a terme les activitats de la vida diària, assolir més autonomia i poder exercir plenament els seus drets de ciutadania.

Hi ha correlacions evidents entre edat, pèrdua d'autonomia i discapacitat. L'envelliment de la població ha comportat un increment de la dependència en les últimes etapes de la vida per a un col·lectiu cada vegada més ampli. Les persones amb un alt grau de dependència tenen algun tipus de discapacitat o de limitació funcional important que dificulta la seva plena autonomia. Així mateix, les persones que presenten alguna discapacitat poden arribar a causar una dependència per a les activitats de la vida diària o necessitat d'ajuda per a la seva autonomia plena amb igualtat de condicions.

1.4.1 Valoració de la dependència: situació a catalunya

D'ençà de l'entrada en vigor de la LAPAD –i amb dades a 30 de juny de 2019–, el servei de valoració de la **dependència** ha rebut 716.042 sol·licituds, de les quals 443.224 (61,9 %) sol·licitants eren dones i 272.818 (38,1 %), homes. La variable edat és determinant en els processos de pèrdua d'autonomia personal: del total de sol·licituds rebudes, el 83,1 % dels sol·licitants són més grans de 65 anys, i el 54,6 % se situa per sobre dels 80 anys. De les revisions de grau resoltes, un 24,7 % corresponen al grau III, un 30,9 % al grau II, un 33,9 % al grau I, i un 10,3 % són sense grau. Així, dues tercers parts de les valoracions corresponen a dependència greu i gran dependència.

1.4.2 Discapacitat: situació a Catalunya

L'any 2018, a Catalunya hi havia 577.028 persones amb **discapacitat reconeguda legalment**, que es distribuïen de la manera següent en relació amb les característiques de la discapacitat (taula 1):

	2018
Físics motors	195.544
Físics no motors	118.295
Visuals	33.826
Auditius	32.315
Intel·lectuals	62.748
Malalts mentals	113.887
No consta	698
Invalidesa	19.715
	577.028

Taula 1: Persones reconegudes legalment com a discapacitades segons el tipus de discapacitat.

Font: IDESCAT a partir de les dades del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2018

En relació amb el perfil de les persones que pateixen algun tipus de discapacitat legalment reconeguda, el 51 % són dones i el 45 % són majors de 64 anys. Si bé, tant en homes com en dones la majoria de població amb discapacitat té un grau d'afectació entre el 33 % i el 64 %, les dones mostren un percentatge de graus de discapacitats ≥ 75 % lleugerament més elevat que els homes. Les dones tenen una proporció més elevada de discapacitats físiques motores, discapacitats per malaltia mental, discapacitat auditiva i visual. Els homes presenten uns percentatges més elevats de discapacitats físiques no motores i de discapacitats psíquiques.

La piràmide d'edat i sexe d'aquestes persones (figura 7) mostra com les franges d'edat amb més discapacitats són les dels 61 als 65 anys i dels 66 als 70, en el cas de les dones, i la franja dels 61 als 65 pel que fa als homes. El nombre d'homes amb discapacitat reconeguda és més elevat que el nombre de dones des dels 0 anys fins als grup d'edat 51 a 55 anys. A partir d'aquest grup hi ha més dones que homes, la diferència més destacada es produeix a partir dels 80 anys, en lògica també amb l'esperança de vida, que és més alta en les dones que en els homes.

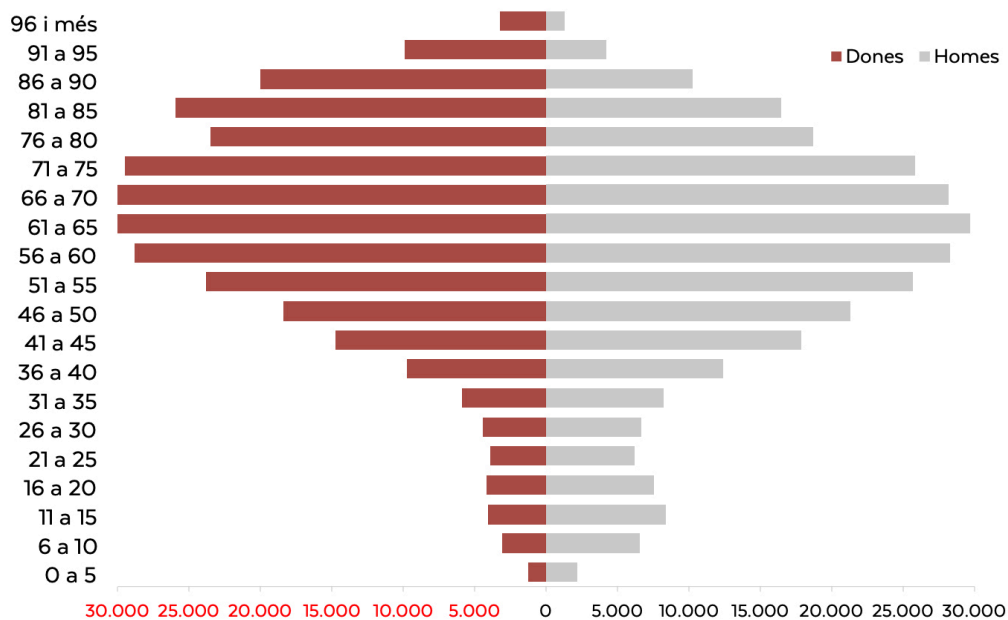


Figura 7. Piràmide d'edats i sexe de les persones amb discapacitat. Catalunya, 2018.

Font: informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya, 2018, a partir de les dades d'Estadística de persones amb discapacitat. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya.

1.5 Vulnerabilitat social

Entenem la **vulnerabilitat social** com aquella propensió a patir exclusió social a causa de situacions d'equilibri social o personal precàries, i està condicionada tant a les característiques de la persona com el context.⁴⁶

Un concepte relacionat amb el de vulnerabilitat social que cada vegada ha anat guanyant més pes a la literatura és el de **fragilitat social**.⁴⁷ Tot i que encara no hi ha una única definició de consens, aquest concepte incorpora tant la naturalesa multidimensional com una situació de risc de perdre o d'haver perdut recursos, activitats o habilitats socials i generals que són importants per satisfer una o més necessitats socials bàsiques durant la vida. Això inclou també la pèrdua o absència d'activitats o comportaments socials –com mantenir relacions cohesives o participació social–, així com habilitats d'autogestió –com sentir empoderat o tenir la capacitat de prendre decisions importants.

Alguns dels factors estretament relacionats amb les situacions de vulnerabilitat social són la manca de suport social, l'aïllament social / solitud i la pobresa.

1.5.1 Suport social

Un dels factors més vinculats a la situació de vulnerabilitat o fragilitat social és el **suport social**⁴⁸ –entès com el suport que una persona pot rebre de la seva xarxa social.⁴⁶ El suport social està estretament relacionat amb el nombre i la potència de les relacions d'una persona amb altres persones importants per a ella, la qualitat d'aquestes relacions, la possibilitat de demanar ajuda en cas de trobar-se davant de situacions problemàtiques i l'existència real i concreta de suport.⁴⁹

Epidemiologia del suport social a Catalunya

A Catalunya, segons l'ESCA 2018, el 8,1 % de la població de 15 anys i més té un suport social deficient o pobre (6,7 % els homes i 9,5 % les dones), sobretot les persones de classe social menys afavorida (9,7 % de classe III i 4,8 % de classe I) i aquelles sense estudis o amb estudis primaris (10,2 % sense estudis o amb estudis primaris i 4,8 % amb estudis universitaris). Així, per exemple, les regions sanitàries Lleida (3,5 %), Catalunya Central (5,4 %) i Girona (5,5 %) tenen una prevalença de persones amb suport social deficient o pobre inferior a la de la resta de Catalunya. S'ha constatat una tendència a l'increment del percentatge d'aquest indicador en-tre el 2017 i el 2018, tant en homes com en dones, i s'ha observat també un increment de la diferència entre sexes.

1.5.2 Aïllament social / solitud

Desitjada o no, la soledat és difícil de definir donada la seva naturalesa subjectiva. Si bé el fet de viure sol no implica necessàriament solitud ni aïllament, pot ser un factor predisposant de vulnerabilitat social –especialment, davant de situacions de malaltia, dependència o absència de suport social–, essent l'aïllament social un dels principals condicionants de salut de la població.

Aquest és un fenomen d'abast global –donats els canvis socials de les darreres dècades– i, malgrat que la nostra cultura ha estat tradicionalment comunitària i cuidadora, les evidències apunten a un increment progressiu del sentiment de solitud no desitjada, especialment en gent gran.

Epidemiologia de solitud: situació a Catalunya

El 2018 a Catalunya més de 781.000 persones vivien soles. Les persones més grans de 65 anys concentren els percentatges més elevats de persones que viuen soles, i aquest percentatge és més alt en dones que en homes. En termes absoluts, en la franja d'edat de 80 anys i més, el 2018 a Catalunya hi havia 25.300 homes (16,3 %) i 114.100 dones (44,8 %) que vivien sols (figura 8).

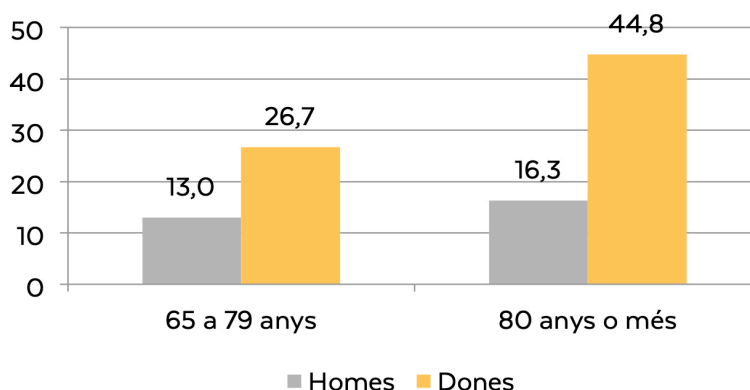


Figura 8. Percentatge de població de 65 anys o més que viu sola per sexe (índex de solitud).

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IDESCAT.

Amics de la Gent Gran estima que a Catalunya 175.000 persones més grans de 65 anys pateixen **soledat no desitjada**.

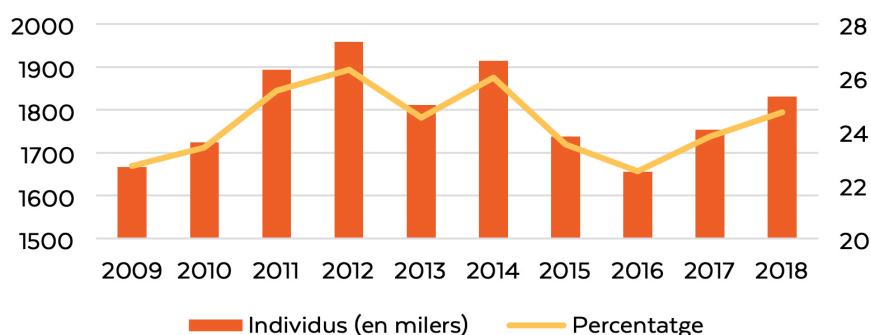
1.5.3 Pobresa

Situació a Catalunya

A Catalunya, tot i l'augment de la renda mitjana per persona –que amb 13.338 euros anuals, l'any 2018 es va situar per primera vegada per sobre de la de l'any 2009 (12.733,5 euros anuals)– i la millora de l'índex de Gini –que el 2018 va presentar el nivell més baix des del 2009– continua l'increment del nombre de persones amb **vulnerabilitat econòmica, risc de pobresa o exclusió social** (figura 9).

Figura 9. Risc de pobresa o exclusió social a Catalunya (2009-2018). Percentatge de població de 65 anys o més que viu sola per sexe (índex de solitud).

Font: elaboració pròpia DTASF a partir de l'Enquesta de condicions de vida (EU-SILC).



L'any 2018, a Catalunya hi havia 1.831.000 persones (**24,7 % de la població**) en **risc de pobresa o exclusió social (AROPE)**. Els registres més elevats de pobresa es concentren en les dones, persones joves, persones amb un nivell formatiu baix, amb desvinculació laboral, amb nacionalitat estrangera i llars monoparentals.

Pel que fa a les persones grans i les pensions, cal destacar que:

- Quasi un 10 % de la població de més de 65 anys cobra pensions per sota dels 400 euros mensuals –pensions no contributives (PNC) i assegurança obligatòria de vellesa i invalidesa (SOVI)–, i més de la meitat de les dones grans no reben cap pensió de jubilació pel fet d'haver fet feines sense cap tipus de cotització, com ara feines domèstiques, o haver treballat sense estar donades d'alta a la Seguretat Social. D'altra banda, cal tenir en compte que la immensa majoria dels pensionistes amb pensions no contributives cobren també el complement de la renda garantida de ciutadania.

La taxa de risc de pobresa abans i després de les transferències públiques baixa gràcies a les prestacions per jubilació. En el cas dels homes de més de 65 anys, baixa del 81,6 % fins el 12,1 %. En el cas de les dones, aquest percentatge també baixa de manera dràstica, però no tant com en el cas dels homes, passa del 84,3 % al 24,6 %.

- Pel que fa a l'ingrés de les pensions contributives, les dones ingressen, de mitjana, un 28,2 % menys que els homes. El 25 % dels homes que més diners perceben (3r quartil) cobra 1.800 euros o més, mentre que és menor en les pensions més baixes: mentre que la pensió del 25 % dels homes que perceben una quantia més baixa és de 794 euros mensuals, en el cas de les dones és de 623 euros mensuals.

Una altra de les conseqüències de la pobresa són les dificultats relacionades amb l'**habitatge**. D'acord amb les dades disponibles de l'Agència de l'Habitatge de Catalunya, el 2014 hi havia 48.454 persones mal allotjades al país. D'aquesta xifra, l'11,2 % no tenien cap mena de sostre on allotjar-se (viven al carrer), un 17,8 % no tenien habitatge (però utilitzaven albergs, o centres d'acollida), el 55,1 % vivia en un habitatge insegur i el 15,9 % ho feia en un habitatge inadequat. D'altra banda, i segons les darreres dades de l'Enquesta de condicions de vida del 2018, un 8,2 % de la població presenta endarreriments en el pagament de les despeses relacionades amb l'habitatge principal i un 8,8 % de la població catalana no es pot permetre mantenir l'habitatge a una temperatura adequada.

En el cas de les **persones grans** –àmbit en què sovint la pobresa està invisibilitzada–, l'any 2018, el 7,1 % de les persones de més de 65 anys tenien problemes per mantenir el seu habitatge a una temperatura adequada. Un percentatge que, tot i ser inferior al de la població total, s'ha duplicat des de l'any 2013 (3,3 %). Cal assenyalar que, en el període 2013-2018, aquest increment s'ha produït amb més força en les dones que no pas en els homes; mentre que, en el cas de les dones, ha incrementat en 4,4 punts percentuals; en el cas dels homes, ho ha fet en 3 punts percentuals.

1.6 Context econòmic i organitzatiu

El nou escenari fruit dels punts anteriorment descrits topa, d'una banda, amb un context econòmic que amenaça la sostenibilitat dels sistemes social i sanitari tal com el coneixem, i, d'altra banda, amb unes estructures organitzatives rígides i significativament anacròniques.⁵⁰

Mirant enrere, podem constatar com els sistemes d'atenció sanitària i social i d'altres pilars de l'estat del benestar han crescut al llarg dels darrers vuitanta anys a un ritme altament accelerat en tots els sentits. Després dels 30 anys gloriosos de l'estat del benestar (1945-1975), quantitativament i econòmicament, les pressions de la globalització i l'amenaça creixent a la sostenibilitat econòmica per l'alta fiscalitat, es va iniciar un període d'ajust continuat de l'estat de benestar que ha esdevingut una tensió permanent sobre l'estat en si. No ha succeït el mateix, però, en l'àmbit de la qualitat i el desenvolupament científic, tècnic i professional, especialment, en l'àmbit de la salut. No només, el desenvolupament en coneixement, capacitat professional i tecnològica ha estat i continua sent intens i ràpid. I no sembla que hi hagi cap canvi en aquesta tendència tot i les dificultats de disposar de recursos. La **segmentació** i la **hiperespecialització** ha estat el tractor dominant.

Aquesta via de desenvolupament ha provocat un creixement paral·lel de la compartimentació de disciplines i una orientació clara a les malalties o a la situació i no a la persona en què conflueixen patologies i situacions. Aquesta dinàmica, portada a l'extrem, comporta un abandonament excessiu de la visió integral i integrada del subjecte atès, de la persona. A la mateixa velocitat que s'avançava en aquesta direcció es feia més evident la necessitat de trencar les estanqueïtats, tant de les especialitzacions internes com dels mateixos sistemes, especialment salut i serveis socials.

Alguns **elements** que poden ajudar a explicar les **dificultats d'adaptació a aquesta "nova realitat"** són:⁵¹⁻⁵⁵

1.6.1 Context econòmic

- La **concentració de despesa** en el 5 % de persones amb altes necessitats / necessitats complexes d'atenció i situació de final de vida (en el cas del Departament de Salut, és conegut que aquest 5 % del total de la població consumeix més de la meitat de tot el pressupost).
- L'**augment dels costos** de determinades pràctiques assistencials (en el cas de salut, associades habitualment a l'hospitalització / alta tecnologia i despesa farmacèutica).

- Les **bosses de desatenció creixents** en forma de llistes d'espera i manca d'accés efectiu als serveis.
- Els **sistemes de pagament**, més basat en estructures que en processos, fet que promou la fragmentació.
- Les **iniquitats del sistema de pagament** actual: el sistema sanitari és universal i gratuït, mentre que l'accés als serveis socials sovint implica copagaments.
- Les **diferents fonts de finançament**: mentre que el sistema sanitari es nodreix directament del pressupost públic, el sistema social és híbrid, amb participació de diferents administracions, inclosa la local, i amb una gran varietat de copagaments de gestió complexa.
- La reorientació de l'increment dels costos hospitalaris i d'institucionalització de la cura en general cap a l'àmbit domiciliari (ja sigui avançant altes hospitalàries o evitant els internaments), fet que pot suposar un **redireccionament de la despesa** de cura cap a les famílies i l'entorn comunitari.
- La **despesa familiar** que destinen les famílies per atendre les persones. Així, per exemple, en el cas de les malalties neurodegeneratives, en el nostre entorn es calcula que atendre una persona amb Alzheimer costa a cada família aproximadament 31.000 €/any.⁵⁶
- L'evolució de les **pensions**, que, probablement, tindran una taxa de reemplaçament cada vegada més baixa, que afectarà la capacitat adquisitiva dels pensionistes en comparació amb la seva vida activa.
- L'increment dels **costos d'habitatge** per a les persones grans no propietàries, especialment en les zones urbanes.

1.6.2 Context organitzatiu/assistencial

- Hi ha un cert **anacronisme organitzatiu**, donat que l'actual sistema social i de salut –dissenyat el segle passat– continua organitzat pràcticament de la mateixa manera que fa dècades, independentment dels canvis demogràfics i epidemiològics anteriorment esmentats.
- Aquests sistemes **no s'ajusten a les necessitats reals** d'una bona part de la població a la qual han de donar resposta. En el cas dels serveis sanitaris, segueixen exageradament orientats a donar resposta a les situacions agudes. En el cas de serveis socials s'orienten a donar resposta a les situacions de cronicitat.
- Cal tenir en compte, també, un **increment de la pressió assistencial** enmig d'un context caracteritzat per les **limitacions pressupostàries**.
- La fragmentació dels sistemes social i sanitari en estructures i compartiments estancs, que incideix directament en els serveis prestats i en la seva qualitat.

- En relació amb el punt anterior, els **sistemes de finançament** són estancs, fet que provoca molta dificultat de reconversió d'estructures amb una visió integrada social i sanitària.
- Absència d'entorns de **governança territorials** en els territoris on es duen o es podrien dur a terme projectes d'atenció integrada.
- La tendència a prioritzar **models de gestió centralitzats** (de predomini descendent (top-down), que sovint fan poc o gens partícips els ciutadans i professionals assistencials en el redisseny de les propostes organitzatives transformadores.
- L'amenaçant **dificultat per al reclutament de professionals** en bona part dels sectors que han d'assistir aquestes persones, tant des del punt de vista de sistema social com sanitari.
- Les **diferències de reconeixement** professional i social dels professionals de l'àmbit social, en relació amb els professionals sanitaris.
- La falta de coneixement/conscienciació per part d'alguns professionals dels **costos associats als serveis prescrits**, ja siguin directes (de serveis o subministraments públics) o indirectes/ copagaments (monetaris o en temps de dedicació per part de les famílies). Així com la falta d'eines que facilitin aquests càlculs i de corresponsabilització amb les persones/ famílies.

1.7 Marc normatiu

Una qüestió ineludible per operativitzar les propostes d'integració social i sanitària són els **aspectes legals**, que condicionen en gran mesura el desenvolupament tant de les línies estratègiques com del model d'atenció. Cal destacar els aspectes següents:

- **Drets.** La fortalesa del dret als serveis socials i als serveis sanitaris és diferent, s'hi aprecia un desequilibri a favor dels drets sanitaris. En serveis socials només són exigibles les prestacions de la cartera garantides, mentre que en l'àmbit sanitari estan establertes a la cartera de serveis. D'altra banda, i de forma genèrica, les prestacions sanitàries són gratuïtes, fet que, d'altra banda, genera una pressió sobre els serveis sanitaris, mentre que en les socials sol haver-hi copagament.
- **Distribució competencial.** La Generalitat té diferents nivells competencials, en el món social i el sanitari: en matèria sanitària té competència compartida (l'Estat té competència en les "bases i coordinació general de la sanitat"), mentre que, en serveis socials, la Generalitat disposa de competència exclusiva. Cal fer també menció de la LAPAD, bàsicament centrada en els serveis socials –amb algunes petites referències al sistema sanitari– i que, malgrat que és una llei bàsicament de serveis socials, ignora la competència exclusiva autonòmica i s'estableix des de l'Estat.
- **Estructuració dels sistemes.** Des del punt de vista competencial, el sistema sanitari presenta una tendència centralitzada, mentre que en els serveis socials és descentralitzada –especialment en les administracions locals–, que disposen d'importants competències pròpies. Aquesta diferència resulta especialment rellevant per a l'organització, governança i finançament dels projectes.
- **Divisions territorials.** La normativa catalana fixa divisions territorials diferents per als serveis socials i els sanitaris, basats en lògiques distintes. Aquest fet també dificulta molt la integració dels serveis socials i els sanitaris.
- **Concepte i organització de les prestacions sociosanitàries.** La configuració legal d'aquest àmbit és relativament poc concreta: la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (2003) es refereix per primer cop a la prestació sociosanitària en l'àmbit sanitari (art. 14, que és d'aplicació a les comunitats autònomes), tot i que, posteriorment, el catàleg de serveis no els recull explícitament. D'altra banda, en l'àmbit de Catalunya, la Llei de serveis socials vigent inclou unes disposicions addicionals referents a les mesures per a la promoció de l'autonomia personal (primera), al Sistema català d'autonomia i atenció a la dependència (cinquena) i a l'Agència de Gestió de les Polítiques Públiques del Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència, com a empresa pública catalana. Des de la perspectiva sanitària, també existeix legislació específica sobre l'atenció sociosanitària.

Implicacions d'aquest nou escenari



Els elements clau descrits configuren un **canvi de paradigma**, al qual els sistemes social i sanitari s'han d'adaptar necessàriament si volen ajustar-se a les necessitats de les persones.⁵⁷⁻⁵⁹ Avui, doncs, la prioritat i la urgència és resoldre aquesta rigidesa i articular i coordinar transversalment els abordatges especialitzats i les compartimentacions sistèmiques en els àmbits, com a mínim i urgentment, de l'atenció social i sanitària.

Aquest procés s'ha de fer des d'una **doble perspectiva**:

2.1 Des del punt de vista individualitzat

L'antic paradigma d'atenció, focalitzat en patologies, problemàtiques socials úniques i basat en l'excel·lència de les pràctiques individuals, ja no és capaç de fer front a la creixent complexitat de les necessitats de les persones. És per això que el paradigma de l'**atenció centrada en la persona (ACP)**, requereix d'una nova articulació de les estructures socials i sanitàries, sovint encara caracteritzades per una certa rigidesa i amb tendència a realitzar intervencions compartimentades.

Segons la definició de National Voices, entenem l'ACP sobre la base de la declaració següent: "Puc planificar la meua cura amb les persones que treballen per entendre'm a mi i el meu cuidador o cuidadors, que em donen el control i faciliten els serveis per assolir els objectius que són importants per a mi".⁶⁰ Aquest reforçament hauria de prendre en consideració els vuit principis de l'ACP de l'Institut Picker⁸ (figura 10).

Figura 10. Els 8 principis de l'Atenció centrada en la persona de l'Institut Picker.

Font: elaboració pròpia.



La creació d'un model d'atenció integrat social i sanitari requereix necessàriament d'una mirada compartida i que situï la persona al centre. És per aquest motiu que l'ACP és un element nuclear tant del **Pla de salut de Catalunya 2016-2020** (tam-

bé ho serà en el nou Pla 2021-2024) com del **Pla estratègic de serveis socials de Catalunya 2020-2024**.

2.1.1 Implicacions derivades de la mirada individualitzada

- Això implica, doncs, passar d'un enfocament reactiu –centrat en malalties úniques, fragmentat i paternalista– a un enfocament més proactiu, integral i deliberatiu, que fomenti la participació activa de persones i les comunitats en l'empoderament, les decisions compartides, l'autogestió i la capacitat dels cuidadors.
- Requereix també d'un model d'atenció personalitzat, que parteixi de la valoració de la persona des d'una perspectiva multidimensional –incloent els seus valors, preferències i necessitats–, així com del consens d'un pla d'atenció únic per part de la persona i dels professionals que l'atenen. En aquest sentit, a Catalunya es va publicar l'any 2016 el document *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya*,⁶¹ que continua essent el marc de referència de l'ACP en el nostre entorn.
- Finalment, necessita d'un context assistencial harmònic, enfocat a les preferències d'aquestes persones, accessible, equitatiu i integrat.

2.2 Des del punt de vista poblacional/sistèmic

Aquest escenari aboca a un **necessari redisseny del sistema d'atenció social i sanitari**, situació que cal veure com una **oportunitat transformadora** que ha de permetre adaptar-se millor a les noves realitats i enfocar-se a la millora del benestar individual i col·lectiu. Esdevé necessari, doncs, trencar la visió compartimentada i oferir una atenció més integrada, basada en l'atenció centrada en la persona, que garanteixi una intervenció tecnicoorganitzativa en què estiguin implicats l'àmbit social i sanitari. Aquesta atenció es veuria complementada per la implicació progressiva d'altres àmbits relacionats amb el benestar de les persones (justícia, habitatge...).

2.2.1 Implicacions derivades de la mirada poblacional/sistèmica

- Quant al disseny de les polítiques públiques, requereix de la implicació de la ciutadania tant en la identificació de les prioritats com en el codisseny/cocreació i l'avaluació d'aquestes.

- Pel que fa a les organitzacions, equips i professionals, vol una millora de la coordinació i de pràctiques col·laboratives, així com afavorir les condicions perquè els diferents interlocutors implicats en el marc de l'atenció centrada en la persona la puguin fer efectiva.
- Això implica actuacions a nivell macro (polítiques socials i sanitàries, així com nous models de governança i finançament), meso (amb una mirada territorial compartida amb els proveïdors) i micro (amb protagonisme del lideratge professional).

L'abordatge d'aquest nou repte requerirà, doncs, un canvi i una transformació en la manera de proveir els serveis, i construir en l'àmbit territorial i amb visió poblacional i individual un veritable sistema d'atenció més **centrat en les necessitats, els valors, els desitjos i les preferències de les persones** que en els problemes crònics de salut (per exemple, malalties) o condicions que adquireixin (per exemple, dependència o discapacitat). D'altra banda, cal tenir en compte que qualsevol enfocament centrat en les necessitats d'aquestes persones difícilment es construirà sobre la base d'uns professionals determinats o un àmbit concret del sistema social o sanitari, sinó que requerirà de la creació d'un **model sòlid d'atenció integrada social i sanitària**.

L'atenció integrada
social i sanitària com a
facilitador de l'**atenció**
centrada en la
persona



La resposta a la realitat descrita a l'apartat anterior passa necessàriament per un **model d'atenció integrada social i sanitària**, especialment per a aquelles persones en situació de complexitat social i sanitària. Actualment, a Catalunya, aquestes persones representen aproximadament el 8 % de la població i el 40 % del pressupost de despesa pública en atenció. D'altra banda, és probable que aquesta proporció s'incrementi al llarg dels propers anys.⁶²

3.1 Què és l'atenció integrada?

L'atenció integrada és un **concepte ampli i heterogeni**, en el qual podríem incloure diferents aproximacions majoritàriament provinents de la literatura anglosaxona com *integrated care*, *shared care*, *transmural care*, *coordinated care*, *collaborative care* o *comprehensive care*.^{63,64} En una revisió recent de la literatura, s'han trobat fins a 175 definicions i conceptes diferents.⁶⁵

Probablement, l'**aproximació conceptual** més acceptada per explicar la necessitat de la integració de l'atenció és la proposada per Kodner,⁶³ segons la qual les organitzacions i els sistemes són, en certa mesura, estructures jeràrquiques compostes d'elements separats, però connectats entre si. Tot i que teòricament aquests elements o components haurien de jugar papers complementaris per tal de dur a terme les seves tasques de forma conjunta, la divisió, la descentralització i l'especialització inherents a l'arquitectura d'aquestes organitzacions interfereixen habitualment amb els objectius desitjables d'eficiència i qualitat. En aquest context, la **integració** de l'atenció –entesa com la cooperació i la col·laboració estructurada en i entre les diverses parts de l'organització o del sistema– vindria a ser l'"adhesiu" que uneix l'entitat en conjunt, i que ha de permetre assolir objectius comuns i resultats òptims.

3.1.1 Definicions i aproximació conceptual a l'atenció integrada

Des d'un punt de vista pragmàtic, l'aproximació al concepte d'**atenció integrada** i la seva definició es pot realitzar des de perspectives diferents:⁶⁶

- Definició des de la **perspectiva de sistema**, proposada per l'Organització Mundial de la Salut (2016)

"Els serveis sanitaris integrats són serveis sanitaris que es gestionen i es proveeixen perquè les persones rebin un contínuum de promoció de la salut, prevenció de malalties, diagnosi, tractament, gestió de malalties, rehabilitació i serveis de cures pal·liatives coordinades entre els diferents nivells i llocs d'atenció dins i fora del sector sanitari, en funció de les seves necessitats i durant tot el curs de la vida."

- Definició amb **visió gestora**, proposada per Contandriopoulos et al. (2003) *“És el procés que consisteix a crear i mantenir, al llarg del temps, una estructura comuna entre parts interessades independents (...) amb la finalitat de coordinar la seva interdependència per tal de poder treballar junts en un projecte col·lectiu.”*
- Definició basada en les **ciències socials**, adaptada de Kodner i Spreeuwenberg (2002) (comentada anteriorment). *“L’objectiu és millorar la qualitat assistencial i la qualitat de vida, la satisfacció del consumidor i l’eficiència del sistema per a les persones mitjançant diversos serveis, proveïdors i configuracions. Quan el resultat d’aquests esforços múltiples per promoure la integració comporta beneficis per a les persones, el resultat es pot anomenar atenció integrada”*
- Definició des de la perspectiva de la **persona** (*person-centred coordinated care*), proposada pel National Voices (2013),⁶⁰ que ho conceptualitza des de la visió i experiència de la persona i entorn cuidador, en forma de *“l’statement”* esmentat en el capítol previ: *“Puc planificar la meva cura amb les persones que treballen per entendre’m a mi i el meu cuidador o cuidadors, que em donen el control i faciliten els serveis per assolir els objectius que són importants per a mi.”*
- Finalment, en el nostre context, el **TERMCAT**⁶⁷ defineix atenció integrada com el *“model d’atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris, que té com a objectiu obtenir bons resultats en salut i benestar, una adequada utilització dels recursos i una bona experiència d’atenció, amb la qual cosa es garanteix l’atenció integral i l’atenció centrada en la persona.”*

3.1.2 Objectiu de la integració de l’atenció

L’objectiu final de la integració de l’atenció a les persones ha de ser la **millora dels resultats** des d’una quàdruple perspectiva:¹

- **Millorar els resultats de salut i benestar** de les persones, essent la pròpia persona qui hauria de poder decidir quins són els resultats que considera importants per a ella –la literatura es refereix a aquests resultats com a *Patient Reported Outcomes o PROMS*.⁶⁸
 - **Millorar l’experiència** d’atenció rebuda per part de les **persones** i l’**entorn cuidador** –la literatura es refereix a aquests resultats com a *Patient Reported Experience o PREMS*.⁶⁸
 - Garantir l’**adequació** de la utilització de **recursos** i d’**eficiència**, fent especial èmfasi en les pràctiques que aporten valor a les persones.
- Millorar l’experiència** d’atenció prestada per part dels **professionals**.

3.2 Tipus d'atenció integrada

De forma pragmàtica, es pot classificar l'atenció integrada des de tres perspectives, que, d'altra banda, són complementàries: en relació amb el nivell/grau, àmbits i orientació de la integració.

3.2.1 Classificació segons el nivell/grau d'integració

En relació amb la tipologia d'integració entre les diferents institucions, organitzacions o proveïdors, podem distingir entre:⁷⁰

- **Integració organitzativa:** les organitzacions es fusionen o es relacionen mitjançant processos contractuals.
- **Integració funcional:** hi ha suport d'instruments i/o tecnologia, però no hi ha el suport professional.
- **Integració de serveis:** serveis de professionals diferents són integrats en un nivell d'organització, a través d'equips multidisciplinaris.
- **Integració clínica / en la intervenció:** l'atenció a la persona és integrada en un procés coherent (protocol) pels professionals implicats en intervenció.
- **Integració normativa:** els valors i compromisos dels professionals permeten la confiança i col·laboració en una atenció coordinada.
- **Integració sistèmica:** hi ha coherència de la política i les normes en tots els nivells d'organització.

Aquesta atenció integrada es pot estructurar de diverses maneres:⁷¹

- **Sistemes integrats reals,** que són aquells en què una única organització fusiona els seus serveis i ofereix la totalitat de l'atenció.
- **Sistemes integrats virtuals,** on els proveïdors treballen mitjançant sistemes d'aliances estratègiques o sistemes de xarxes per facilitar l'atenció.

Ambdós sistemes (virtuals i reals) poden tenir lloc entre proveïdors que operin al mateix nivell o entre proveïdors que treballin a diferents nivells.⁷²

3.2.2 Classificació segons els àmbits d'integració

Podem diferenciar la integració vertical, la integració horitzontal i la triple integració (figura 11):⁷²

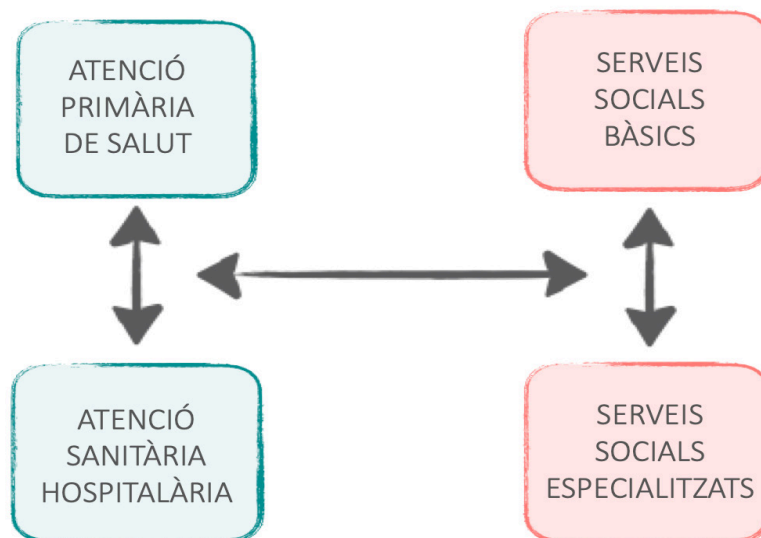


Figura 11. Integracions vertical, horitzontal i triple integració.

Font: elaboració pròpia.



S'entén com a integració vertical el treball conjunt i/o la coordinació de serveis entre professionals i/o organitzacions que ofereixen atenció a diferents nivells d'intensitat segons la gravetat i la complexitat de les necessitats. El seu principal benefici és assegurar que els serveis es prestin en el moment adequat i en el lloc adequat, el més proper a la llar dels pacients possible. El repte és assegurar que els pacients amb múltiples condicions rebin una referència i gestió adequada.



La integració horitzontal o transversal es refereix al treball conjunt i/o la coordinació de l'atenció en tots els serveis que rep la persona, tant siguin sanitaris com socials. El benefici més important de la integració horitzontal és la seva capacitat d'abordar globalment la persona.



Parlem de triple integració o integració sistèmica quan s'incorporen alhora tant la mirada horitzontal com vertical en el model d'atenció. Com més gran i multifactorial sigui la situació de complexitat –especialment per a aquelles persones amb complexitat social i sanitària concurrent–, més necessària esdevindrà aquesta triple aproximació.

Quan parlem d'**atenció integrada social i sanitària**, ens referim especialment als àmbits d'integració horitzontal i triple integració. Un exemple exitós d'integració horitzontal / triple integració són els Integrated care Systems a Anglaterra, on en l'àmbit local i els sistemes social i sanitari comparteixen un pressupost únic i es corresponsabilitzen de l'atenció a una població de referència específica).⁷³

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

3.2.3 Classificació segons l'orientació de la integració

En relació amb les diferents experiències en integració a escala mundial, es poden definir tres nivells d'integració.⁷⁴

- **Sistemes integrats de tipus macro:** són aquells que ofereixen atenció integrada en tota la seva varietat o gamma de serveis a les poblacions de referència. Alguns exemples a escala internacional serien l'organització Kaiser Permanente⁴⁵ o la Veterans Health Administration,⁷⁵ alguns grups mèdics integrats dels Estats Units com la Mayo Clinic.⁷⁶
- **Sistemes integrats de tipus meso,** orientats a oferir atenció integrada a només un sector o grup de la població que pateixen la mateixa malaltia o condició crònica de salut (per exemple, atenció a persones grans, salut mental, programes de maneig de malalties...). Alguns exemples que han demostrat eficàcia serien el programa PACE (Program for All-inclusive Care for the Elderly) als Estats Units,⁷⁷ i el programa SIPA (Integrated Services for Frail Elders)⁷⁸ i el model PRISMA al Canadà,⁷⁹ A escala europea, l'experiència de més desenvolupament seria la de Torbay en el context del National Health Service (NHS) britànic.⁸⁰
- **Sistemes integrats de tipus micro:** són sistemes orientats a l'atenció integrada de les persones a través de la coordinació de cures, planificació de cures o altres enfocaments. Alguns exemples d'aquest tipus de sistema serien l'ús de la gestió de casos com el del programa EVERCARE,⁸¹ sistemes de Patient-centered medical home⁸² o les virtual wards.⁸³

Aquests sistemes (els exemples anteriors fan referència, sobretot, a models sanitaris, que és l'àmbit on hi ha més evidència publicada) mostren resultats o impactes diferents en l'àmbit poblacional. De forma genèrica, l'evidència mostra un major impacte poblacional a més nivell d'integració, essent els resultats de les estratègies d'intervenció múltiples superiors a aquelles que es basen en aproximacions en forma d'estratègies úniques.⁸⁴

- Els sistemes integrats de tipus macro obtenen una reducció significativa d'utilització de llits hospitalaris, amb més ús de visites en atenció primària i als serveis d'atenció domiciliària, i milloren de forma global la qualitat de l'atenció.⁸⁵
- Els sistemes integrats de tipus meso mostren resultats favorables sobre perfils poblacionals determinats en reducció d'ús de llit hospitalari, admissions a urgències o reingressos hospitalaris.⁸⁶ També en altres àmbits, com ara ingressos en centres psiquiàtrics, de desintoxicació o a la presó, millora de les relacions familiars, millora de la conflictivitat social...
- En els sistemes de tipus micro l'evidència no és tan clara, es troben resultats dispersos en estudis similars. Un exemple seria el cas del model EVECARE britànic respecte del model EVERCARE nord-americà.⁸¹

3.3 Evidència sobre l'atenció integrada

Al llarg dels darrers anys, a escala internacional s'han desenvolupat múltiples experiències d'atenció integrada (a l'annex 1 es pot consultar un resum amb les característiques d'algunes d'aquestes experiències), i s'han obtingut resultats contradictoris en la seva avaluació.

- D'una banda, hi ha un important **consens sobre el "QUÈ"**: la integració ha demostrat ser un element clau de la transformació del sistema social i el de salut, la coordinació entre professionals i la millora del contínuum assistencial, la proactivitat i adequació de les intervencions. En la major part d'estudis hi ha unanimitat en relació amb la millora de la satisfacció de les persones ateses, de la qualitat percebuda i de l'accés als serveis; hi ha algunes experiències amb resultats favorables en l'ús de recursos d'institucionalització i les crisis derivades de la claudicació de la persona cuidadora.^{62,63,87,88}
- D'altra banda, però, **no hi ha unanimitat sobre el "COM"** s'ha de portar a terme; es constata força variabilitat tant en les propostes realitzades com en els resultats obtinguts.

Sigui com sigui, i tenint en compte els elements descrits en l'apartat 3 –sense menystenir el possible deteriorament de la legitimitat social i política del sistema de protecció públic en un escenari com aquest–, sembla evident que **l'autèntic risc en el context actual seria no avançar cap a la integració social i sanitària.**⁸⁹

3.4 Elements facilitadors de la integració de l'atenció social i sanitària





3.4.1 Elements facilitadors de la integració de l'atenció segons la literatura





Són innumbrables les revisions i propostes que s'han publicat amb l'objectiu d'identificar el mínim comú múltiple de les experiències reeixides d'atenció integrada. Partint de l'evidència més rellevant en aquest sentit,⁹⁰⁻⁹³ es podrien ressenyar **15 claus per a la integració de l'atenció** –ja siguin en relació amb els elements facilitadors d'ACP, les dinàmiques facilitadores d'integració de l'atenció, o bé en relació amb els facilitadors operatius i de suport– (figura 12 i taula 2).








Figura 12. Elements clau per a la integració de l'atenció.



Font: elaboració pròpia.

Facilitadors d'atenció centrada en la persona	1	Definiu el GRUP POBLACIONAL sobre el qual focalitzareu l'atenció. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cal identificar el grup de persones en què els beneficis potencials de l'atenció integrada siguin més grans. Decidir cap a on centrar l'atenció és fonamental, atès que és difícil abordar les necessitats de tots els serveis i grups d'usuaris alhora. ▪ Les millors oportunitats es troben sovint en les persones amb múltiples problemes de salut crònics (multimorbiditat, fragilitat, necessitats complexes d'atenció socials i sanitàries i final de vida) i/o aquelles amb complexitat social concurrent, per a les quals no és suficient "l'enfocament assistencial clàssic". En alguns casos pot ser útil començar per situacions de poca complexitat en les quals pot ser relativament senzill obtenir guanys ràpids (quick wins) d'atenció integrada. ▪ L'estratificació de riscos i la trobada de casos han d'evitar el parany de centrar-se ▪ Només en les persones que es troben actualment en situació de vulnerabilitat, i buscar també oportunitats d'intervenció precoç per donar suport a aquelles persones que serien vulnerables en el futur.
	2	Consensueu un MODEL D'ATENCIÓ ÚNIC , que se CENTRI en les NECESSITATS de la PERSONA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ És important que el model d'atenció disposi d'eines comunes, per exemple, amb un sistema de valoració multidimensional compartit, que permeti evitar duplicitats i disparitats entre sectors, serveis i/o professionals. ▪ Caldria vetllar per tal que cada persona disposés d'un pla d'atenció únic i individualitzat, a mida de les necessitats de les persones, elaborats de forma compartida amb la participació de professionals dels sectors social i sanitari.
	3	Faciliteu que les persones tinguin PROFESSIONALS DE REFERÈNCIA , vetlleu per la INTERDISCIPLINARIETAT i fomenteu el TREBALL EN EQUIP 	<p>La figura del professional de referència –sovint des d'una perspectiva de model de gestió de cas– garanteix una millor proximitat, proactivitat i continuïtat assistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquests professionals han de vetllar per la continuïtat assistencial des d'una doble perspectiva: 1) adaptació continuada a les diferents fases de necessitats que requereix la persona, i 2) coordinació continuada i de les transicions, amb la combinació òptima de recursos i serveis en qualitat i eficiència, i tenint en compte el context (família i entorn). ▪ Resulta imprescindible comptar amb equips de professionals multidisciplinaris, amb capacitat de treball en equip, que proporcionin una atenció propera i contínua, complementada amb una xarxa més àmplia de proveïdors susceptible de ser activada segons les necessitats.
	4	Doneu SUPPORT i EMPODEREU ELS CIUTADANS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resulta imprescindible fomentar l'empoderament i la participació de les persones, així com dels cuidadors i cuidadores informals i familiars en l'elaboració dels plans d'atenció personalitzada. ▪ Cal identificar i donar suport als cuidadors informals.

Facilitadors de dinàmiques d'integració de l'atenció	5	<p>Trobeu una CAUSA COMUNA i estigueu preparats per compartir sobirania</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Aquesta causa comuna ha de permetre superar la fragmentació entre serveis i desenvolupar models d'atenció més integrats que s'adaptin millor a les necessitats de la població i puguin proporcionar una millor relació d'eficiència. Això sovint requereix que les organitzacions comparteixin part de la seva sobirania buscant del màxim bé per a la població a la qual donen servei –fet que no sempre és fàcil.
	6	<p>Desenvolpeu una NARRATIVA COMPARTIDA i una VISIÓ persuasiva per descriure EL QUE S'ASSOLIRÀ AMB LA INTEGRACIÓ de l'atenció</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Cal que els líders dels projectes desenvolupin una narrativa comuna, clara i realista sobre els beneficis i les possibilitats de l'atenció integrada que motivi les parts a superar la fragmentació actual. Això requereix treballar per tenir un llenguatge compartit i vetllar per atenuar les diferències entre les cultures professionals social i sanitària. És important descriure un futur alternatiu i millor que motivi i inspiri els proveïdors d'atenció a treballar de manera diferent. Això inclou desenvolupar una visió clara del que significa l'atenció integrada i de quina manera pot ajudar a superar els reptes que tenen els serveis públics.
	7	<p>Establiu un LIDERATGE COMPARTIT amb visió SISTÈMICA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Cal que aquest lideratge estigui present a tots nivells: cal un lideratge polític amb visió, així com lideratges territorials i professionals (dins de les organitzacions) amb capacitat per mobilitzar recursos i voluntats. És important que en la definició i articulació del model d'atenció integrada i treball cooperatiu hi hagi un equilibri de poders entre el sector social i sanitari paritari. El funcionament de tot el sistema ha de basar-se en acords de governança transparents (tant en el disseny com en l'avaluació dels projectes) i sòlids (cal que incloguin els referents departamentals, les autoritats locals i, en alguns casos, líders d'altres organismes públics i del tercer sector).
	8	<p>Trobeu TEMPS I ESPAI COMPARTITS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Els líders de les diferents organitzacions han d'establir una relació de confiança. Sovint això requereix compartir temps i espai per comprendre les prioritats i les maneres de fer dels altres, i treballar junts per desenvolupar un lideratge compartit i col·lectiu. Els professionals i equips han de disposar de temps i espais per treballar de manera conjunta en la valoració i planificació de l'atenció de les persones ateses de forma integrada. El temps invertit en el desenvolupament de la confiança i la comprensió és sovint un requisit previ important per acordar els acords de governança i el lideratge compartit. Consensueu com s'ha d'afrontar la resolució de conflictes.

Facilitadors de dinàmiques d'integració de l'atenció	9	<p>No tingueu por a INNOVAR. Fomenteu la GESTIÓ DEL CANVI de la cultura organitzativa.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tingueu en compte que la integració s'ha de produir tant de baix a dalt com de dalt a baix. Els principals avantatges de l'atenció integrada es produeixen quan es trenquen barreres entre serveis i professionals, no quan es fusionen organitzacions. ▪ És fonamental la creació d'equips integrats/multidisciplinaris formats per aquells professionals que estiguin significativament implicats en l'atenció de les persones. L'experiència indica la importància d'un únic punt d'accés a aquest equip, d'un procés de valoració únic i d'un alineament estret entre el treball de l'equip i el dels proveïdors. ▪ Cal realisme a l'hora d'establir els objectius, el calendari i les despeses per al desplegament de l'atenció integrada social i sanitària (es necessita molt de temps per canviar les coses).
	10	<p>Fomenteu les PRÀCTIQUES COL·LABORATIVES entre les ORGANITZACIONS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifiqueu la cartera de serveis / organitzacions que participin de l'atenció de la persona en un territori (tant sanitàries com socials), així com altres organitzacions (per exemple, del tercer sector) i proposeu models específics de pràctiques col·laboratives (circuitos...). ▪ Innoveu en la provisió de serveis (equips mixtos, propostes específiques d'atenció 7/24...).

Facilitadors operatius i de suport	11	<p>COMPARTIU LA INFORMACIÓ dels usuaris</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resulta necessari disposar d'un sistema d'informació que permeti registrar, explotar i compartir dades socials i sanitàries de les persones usuàries; en el seu defecte, espais formals o informals d'intercanvi d'informació. ▪ La situació paradigmàtica seria disposar d'una història clínica i social compartida. ▪ Cal tenir en compte que l'atenció de proximitat [high-touch care] i personalitzada podria ser tant o més important que l'atenció amb alta tecnologia [high-tech care] basada en historials electrònics o dispositius de telesalut/teleassistència”.
	12	<p>Establiu OBJECTIUS específics i MONITOREU-LOS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cal establir mètriques/indicadors específics, idealment des d'una perspectiva de quàdruple objectiu. ▪ Resulta imprescindible realitzar una avaluació continuada dels re-sultats, amb l'objectiu de fer el monitoratge / la reorientació de la proposta d'atenció integrada dissenyada.
	13	<p>Desenvolpeu una estructura de GOVERNANÇA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La necessitat d'aplicar enfocaments de governança forta i un marc estratègic àmpliament participat i consensuat pels grups d'interès per tal de garantir l'èxit de l'atenció integrada.^{94,95} ▪ Cal que inclogui tots els actors implicats i que tingui capacitat de decisió.

Facilitadors operatius i de suport	14	INNOVEU en els SISTEMES DE CONTRACTACIÓ I PAGAMENT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preveu estratègies de finançament compartit entre les organitzacions. ▪ La capacitat d'avaluar les despeses globals per a poblacions i grups d'usuaris definits i d'utilitzar els pressupostos de manera flexible és un dels elements distintius de l'atenció integrada, ja que permet a les organitzacions i als equips assignar recursos de manera eficient i garantir que les necessitats s'adaptin de la manera més adequada i eficient. ▪ Cal realisme en el càlcul dels costos (necessitat de double running, resultats a mitjà termini...) ▪ Cal avaluar el funcionament i els resultats dels projectes d'atenció integrada a la pràctica, fent les proves necessàries i valorant enfocaments alternatius.
	15	Utilitzeu una ESTRATÈGIA MULTIPALANCA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fins on sigui possible, cal realitzar de forma conjunta el major nombre d'accions descrites prèviament, com a part d'una sola estratègia coherent. ▪ Recordeu que "no hi ha una millor manera" d'integrar l'atenció: no hi ha proves que cap forma d'integració sigui superior a altres, però molts dels mateixos ingredients es troben de diferents propostes.

Taula 2. Elements clau de l'atenció integrada.

Font: Elaboració pròpia. Basat en bibliografia.⁹⁰⁻⁹³

Altres elements que, segons l'evidència, caldria tenir en consideració són:⁹⁶

- **Accés als serveis** sobre la base d'un model d'atenció centrada en la persona en comptes de fer-ho en funció de la divisió sectorial i/o organitzativa o funcional dels serveis i les prestacions (per exemple, un punt únic d'accés un cop detectades les necessitats).
- Una aposta per l'**atenció domiciliària** integrada, social i sanitària, com a xarxa bàsica que eviti fenòmens de desatenció i, en conseqüència, que les persones progressin per l'escala dels recursos assistencials cap a nivells d'atenció inadequats, més costosos i ineficients.

En la publicació *Comission on the future of health and social care in England*, de la King's Fund,⁹⁷ es fa èmfasi en els tres elements clau que haurien de servir de **palanca de canvi** cap a l'atenció integrada:

- Estratificar la població a partir de les necessitats i complexitat d'atenció de les persones.
- Elaborar plans terapèutics individualitzats únics ("una persona, un pla") de manera conjunta entre serveis socials, atenció primària sanitària i especialistes implicats.
- Avançar en compra conjunta de serveis socials i sanitaris sobre la base de processos definits.

En la 69a Assemblea de l'OMS de 2016, es va aprovar la necessitat de reorientar els sistemes de salut, per tal d'organitzar i enfocar la **provisió de serveis en funció de les preferències, necessitats i objectius de les persones** en lloc de les pròpies necessitats estructurals.⁹⁸ Així, doncs, en el document *Integrated Care for Older People (ICOPE)*⁹⁹ es recomana incorporar els elements següents en la planificació de l'atenció a les persones:

- Avaluacions **integrals** i plans d'atenció **integrats**.
- Presa de decisions i objectius **compartits**.
- Suport a l'**autogestió**.
- **Equips multidisciplinaris**.
- **Informació** unificada o sistemes d'intercanvi de dades.
- Vincles o integració amb la **comunitat**.
- **Lideratge** de suport i compassiu.
- **Governança** i mecanismes de **finançament**.

En la mateixa línia, en una recent revisió de revisions sobre atenció integrada¹⁰⁰ es constata que els **elements que més habitualment s'esmenten com a pràctiques de valor** en les propostes d'atenció integrada són: atenció per part d'un equip multidisciplinari (73 %), avaluació multidimensional (73 %), gestió de casos (33 %), cribratge/identificació poblacional de persones amb característiques específiques (33 %), educació de la persona (27 %), formació dels professionals (27 %), visites a domicili (27 %) i revisió de la medicació (27 %).

3.4.2 Elements facilitadors de la integració de l'atenció a Catalunya

En un informe publicat recentment per part del Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC) sobre l'atenció integrada social i sanitària,⁹⁶ es van dur a terme una sèrie de compareixences amb professionals coneixedors de la realitat de l'atenció integrada a Catalunya. En aquest context, i a partir de la consideració de les proves pilot i de les experiències reeixides en l'àmbit local i/o comarcal, es van identificar un conjunt d'**elements facilitadors** que haurien d'afavorir la **implementació de l'atenció integrada en el nostre entorn**. Són:

- El **canvi social, demogràfic i epidemiològic**, en el sentit que planteja nous reptes d'atenció social i sanitària que requereixen respostes immediates i disruptives.
- L'**acumulació d'experiència** en integració social i sanitària a través de proves pilot i programes experimentals (alguns dels quals molt consolidats) en l'àmbit local i/o comarcal.

- L'experiència del **PIAISS**, que ha servit per visualitzar, mobilitzar i posar en contacte diferents voluntats a favor de la integració.
- L'interès dels **professionals** dels àmbits social i sanitari per donar una resposta més adequada a les necessitats de les persones usuàries.
- Un **sistema d'informació** sanitària pràcticament comú a tot el territori que permet estratificar la població, fer previsions de necessitats i desenvolupar instruments com la història clínica compartida a Catalunya (HCCC).
- Uns **sistemes sòlids d'atenció primària** de salut i social, d'accés directe, finançament públic i caràcter universal.

En l'àmbit dels **serveis socials**, s'estan realitzant alguns avenços clau amb l'objectiu de facilitar aquest procés transformador:

- El nou Pla estratègic de serveis socials (PESS) 2020-2024, com a instrument orientat a l'acció que promogui el canvi per enfortir el Sistema Català de Serveis Socials (SCSS) com un dels pilars de l'estat de benestar, i com a instrument de referència i eina de treball per als professionals i entitats. Està estructurat en cinc palanques de transformació (figura 13).



Figura 13. Palanques de transformació del PESS.

Font: elaboració pròpia TASF.

- Xarxa capil·laritzada dels equips bàsics de serveis socials en els diferents territoris de Catalunya, mitjançant la configuració dels equips bàsics d'atenció social (EBAS) com el nucli d'una xarxa social d'atenció primària tractora de l'SCSS. Es concreta en una estratègia de transformació amb el món local, professionals i ciutadania al conjunt del territori.
- La xarxa de prestacions i serveis de promoció de l'autonomia i discapacitat dels serveis socials:
 - Llei de promoció de l'autonomia personal de Catalunya (LAPCAT).
 - Model i serveis que formen part del Servei d'Atenció a l'Entorn Domiciliari (SAED).
 - Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar i actualització del model de suport a la vida independent.
 - Servei d'assistent personal.
 - Prestacions econòmiques de la Direcció General de Prestacions Socials: gestió de prestacions econòmiques (GPE), prestació de cònjuge supervivent (VID), gestió de les sol·licituds de dependència (DEP) i gestió del servei de gestió de discapacitats (SAD).

3.5 Barreres per a la integració de l'atenció social i sanitària

3.5.1 Barreres per a la integració de l'atenció segons la literatura

A la literatura s'han identificat múltiples barreres que dificulten la implementació de projectes d'atenció integrada,¹⁰¹⁻¹⁰³ tant en relació amb aspectes normatius (normativa rígida...) com de finançament (sistemes de pagament no alineats amb la integració de l'atenció...), organitzatius o professionals (resistència al canvi...). En una publicació recent¹⁰⁴ s'ha valorat la importància / freqüència de cadascun d'aquests elements, sobre la base d'una revisió de la literatura publicada (figura 14).

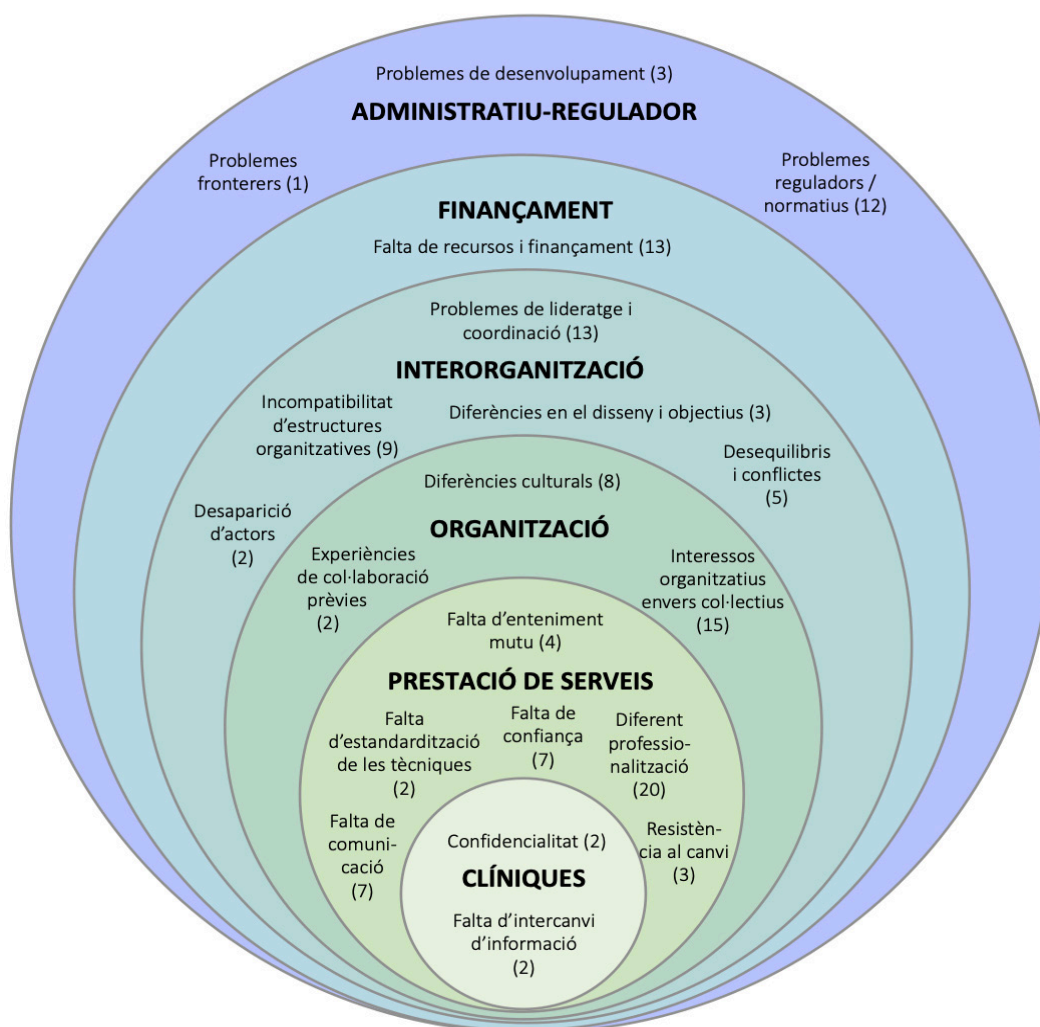


Figura 14. Barreres per a la integració de l'atenció. Els nombres entre parèntesis fan referència al nombre de publicacions que reporten aquella barrera en concret.

Font: adaptat d'Auschra C.¹⁰⁴

3.5.2 Barreres per a la integració de l'atenció a catalunya

En l'informe esmentat del CTESC,⁹⁶ els professionals van identificar també barreres que podien dificultar la integració de l'atenció social i sanitària:

- La **manca de lideratge**, tant en els àmbits territorial i professional (i.e. en les organitzacions) com, sobretot, polític.
- La circumscripció dels processos d'integració en **proves pilot** que es dilaten en el temps, sense ser avaluades ni escalades al conjunt del territori.
- L'existència d'**interessos corporatius** (professionals, de proveïdors, etc.) que a la pràctica es tradueixen en resistències al canvi.

- Els **dèficits de confiança mútua** que es donen en ocasions entre els àmbits social i de la salut, entre les atencions primàries i especialitzades i entre l'Administració pública i els proveïdors.
- Les **diferències** entre el paradigma de l'**atenció aguda** i el de l'atenció de **llarga durada** (i.e. necessitats cròniques socials i/o sanitàries), pel que fa als seus procediments i objectius.
- La **manca de coordinació** entre el sistema d'atenció social i el sistema d'atenció sanitària en relació amb l'atenció integrada.
- Les **diferències entre les cultures** professionals dels àmbits social i sanitari.
- Un sistema de **formació** inicial i contínua que no prepara els professionals per a l'atenció integrada centrada en la persona.
- Un nombre elevat (no prioritzat a la capacitat operativa existent) de persones usuàries per professional i **manca de temps** per a la coordinació que implica l'atenció integrada.
- La **manca de valoració** social de tot allò que està relacionat amb la cura de les persones, en comparació amb la que rep el sistema sanitari.
- Una **distribució desequilibrada de recursos** entre l'atenció social primària i l'atenció social especialitzada, i la **manca de coordinació** entre aquests dos nivells assistencials.
- La **manca d'experiència** en la coordinació horitzontal entre serveis i departaments diferents: serveis socials, salut, habitatge, treball, educació, justícia, etc.
- En definitiva, uns **sistemes** encara excessivament **burocràtics i rígids**.

3.6 Consideracions finals sobre la integració de l'atenció social i sanitària

Feta la revisió de les experiències i de l'evidència sobre atenció integrada, i més enllà de les claus operatives descrites –que evidentment caldrà tenir en compte en el desenvolupament operatiu de qualsevol proposta d'integració–, cal fer **èmfasi en quatre aspectes** conceptuals amb l'objectiu d'evitar equívocs en relació amb la proposta d'aquest document:

- L'**atenció integrada no és una finalitat en si mateixa** (no té sentit si només es planteja com un mitjà de racionalització de recursos), **sinó** un sistema **facilitador de l'atenció centrada en la persona**, on els professionals vetllen per assolir els resultats percebuts com a valuosos per la persona i les seves necessitats.
- **No existeix una única o una “millor” forma d'integrar** –o d'assolir els objectius de la integració–, sinó camins diferents d'acord amb les característiques i particularitats de cada territori.
- Pertant, el punt de partida de la integració no ha de ser obligatòriament un model organitzatiu amb un disseny predeterminat de dalt a baix, sinó, sobretot, un **model de prestació de serveis** pensat per **millorar l'atenció a les persones**.
- L'atenció integrada **no cal que sigui sinònim de fusió** dels diferents sistemes o organitzacions. Més enllà dels processos d'integració organitzativa, la literatura avala la creació d'entorns o **ecosistemes de pràctiques col·laboratives** entre les diferents parts.

Així, doncs, la resposta organitzativa no hauria de passar per la constitució d'un nou sistema, però sí per a l'articulació dels serveis actuals per utilitzar aquells que siguin més adequats. La integració no ha de ser orgànica, sinó que ha de maximitzar respostes articulades que s'adaptin als serveis ja existents, gestionant la circulació/transició entre els dos sistemes.

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

Antecedents



El primer embrió de la necessitat d'incorporar la doble mirada –sanitària i social– a Catalunya va ser el **Programa vida als anys**,¹⁰⁵ creat l'any 1986 pel Departament de Salut amb l'objectiu de millorar l'atenció a les persones grans malaltes, amb malaltia crònica i en situació de final de la vida. En aquell context es va impulsar la cartera de serveis sociosanitaris, que inclou l'atenció de llarga estada, els hospitals de dia, l'estada mitjana per a convalsència i cures pal·liatives, les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) i equips de suport (PADES) i els equips multidisciplinaris d'avaluació integral ambulatoria (EAIA) en geriatría, cures pal·liatives i trastorns cognitius.

Posteriorment, es van anar aprovant una sèrie de programes, lleis i iniciatives, que, directament o indirecta, van apostar per la integració social i sanitària:

- Any 2005: Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependència (**ProDep**).¹⁰⁶
- Any 2006: **Pla director sociosanitari** (PDSS)¹⁰⁷ i **Llei 39/2006**, de 14 de desembre, de **promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència**.¹⁰⁸
- Any 2007: **Llei 12/2007**, d'11 d'octubre, de **serveis socials**.¹⁰⁹
- Any 2010: Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.¹¹⁰
- Any 2011: Programa de prevenció i atenció a la cronicitat a Catalunya (**PPAC**).¹¹¹
- Any 2014: Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (**PIAISS**).¹¹² En aquest context, hi va haver una primera fase de desplegament fonamentalment amb un enfocament de baix a dalt (*bottom-up*) i una segona fase d'impuls de projectes territorials, per la qual cosa es va posar en marxa, paral·lelament, un treball interdepartamental amb un enfocament de dalt a baix (*top-down*).⁹⁶
- Any 2019: Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya (**PAISS**), que apareixia en el Pla de Govern per a la XII legislatura, amb la voluntat de desplegar una estratègia única d'atenció integrada social i sanitària a les persones grans o amb necessitats complexes, que promogués l'autonomia personal i facilités la permanència en l'entorn habitual i la seva inclusió social¹¹⁴. El **PAISS** va ser aprovat mitjançant l'Acord de Govern GOV/91/2019, de 25 de juny de 2019.¹¹⁵, però, malauradament, el seu impuls va quedar estroncat amb la irrupció de la pandèmia de COVID-19

El PAISS es focalitzava en nou línies estratègiques o escenaris d'atenció integrada (figura 15)

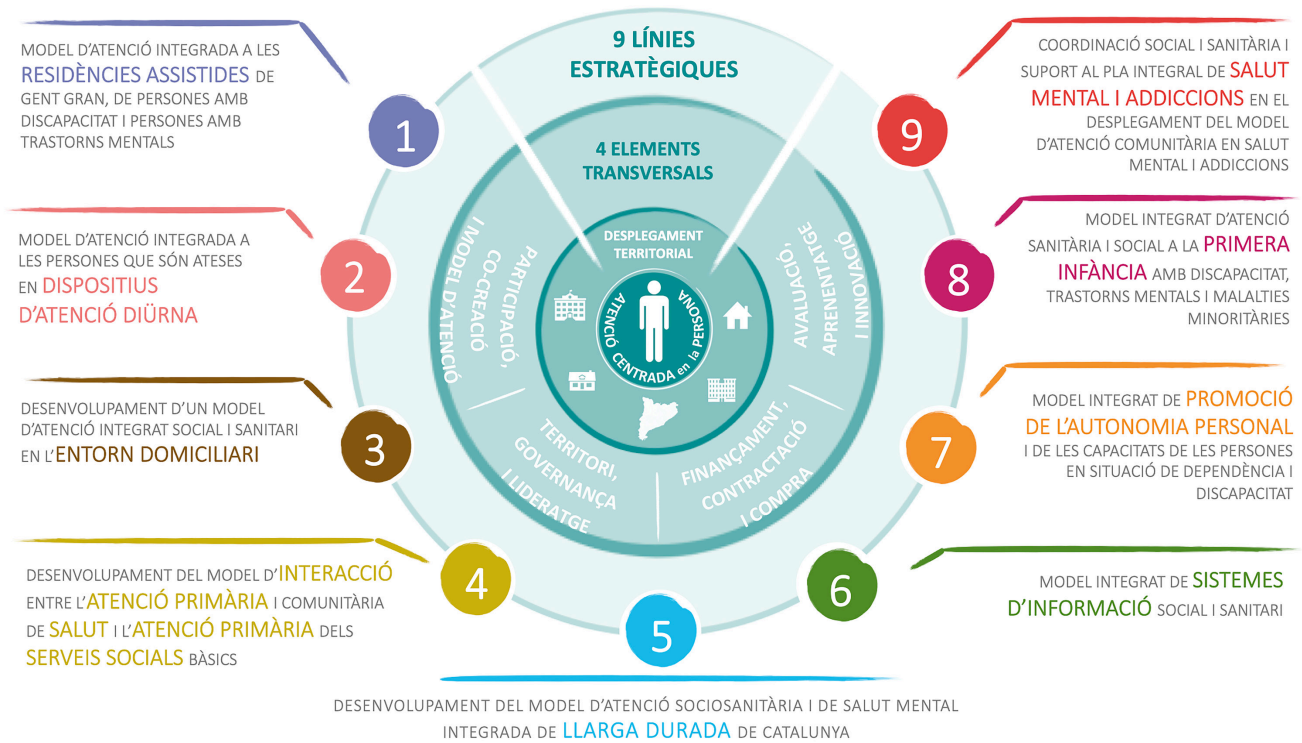


Figura 15. Esquema dels elements clau del PAISS: línies estratègiques, elements transversals i projectes territorials.

Font: elaboració pròpia.

Malgrat tots aquests esforços –als que devem sens dubte grans fites en la millora de l'atenció a les persones a Catalunya en els darrers anys–, el repte de l'atenció integrada social i sanitària des d'una perspectiva global segueix vigent.

Sostres de vidre



5.1 Participació, cocreació i model d'atenció

5.1.1 Participació i cocreació

Un factor comú en el disseny de cadascuna de les línies estratègiques esmentades ha de ser la incorporació tant de les **persones** que s'han de beneficiar de la integració de l'atenció com dels **professionals** que la prestaran. Ells han de ser autèntics protagonistes en la definició del model d'interacció.

Persones

Es proposa que, tant en la definició dels diferents objectius de les línies estratègiques PAISS com en les accions que se'n derivin, s'incorpori progressivament les persones com a veritables **cocreadors**, com a element clau de la construcció d'una narrativa compartida en els futurs projectes. Si bé aquest ha de ser un escenari que vagi agafant força a mesura que avancin les iniciatives emmarcades en el PAISS, molts dels elements desenvolupats en aquest document han partit d'aquest procés compartit. En aquest sentit, cal destacar específicament tant el document "L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya"⁶¹ com el procés participatiu de persones amb problemes crònics de salut que va impulsar el Departament de Salut –i que es publicarà pro-perament–, així com el procés participatiu que s'està duent a terme en l'elaboració del document de bases del Pla estratègic de serveis socials del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i que es publicarà el 2020.

El paper de les persones, però, va molt més enllà de la participació en el disseny de les estratègies. La iniciativa de les persones és també la punta de llança de moltes propostes que tenen com a objectiu millorar el benestar de la població vulnerable: és destacable el paper del **tercer sector**, que lidera en molts casos la resposta a les necessitats de les persones. Hi ha multitud d'exemples: xarxes socials i de voluntariat, ciutats cuidadores...

Professionals, equips i organitzacions

De la mateixa manera que s'ha comentat amb les persones, no s'entendria el desenvolupament dels projectes en el context del PAISS si no es compta amb la participació dels **professionals** –i per extensió dels **equips** que formen i les **organitzacions** de les quals formen part–, que són els millors coneixedors de la realitat assistencial i territorial, així com els autèntics garants del model d'atenció.

Així, per exemple, tots els documents de les primeres línies estratègiques del PAISS que es posaran en marxa, ja s'han estat treballant de forma col·laborativa amb els professionals i les organitzacions implicades, amb qui s'han consensuat tant els objectius com les propostes específiques.

5.1.2 Model d'atenció

Conjuntament amb la coordinació de serveis i les actuacions en l'entorn de la persona, la **definició del model d'atenció** és l'element més important per garantir una atenció integral i integrada.¹¹⁶ Així, doncs, més enllà dels aspectes estrictament organitzatius, les propostes operatives vinculades a les diferents línies estratègiques del PAISS, han de compartir un **enfocament individualitzat** que garanteixi una autèntica atenció centrada en la persona, ja que en els projectes d'integració de l'atenció:



- Habitualment es focalitzen en poblacions amb necessitats específiques, sovint en contextos de complexitat, on la resposta difícilment podrà ser protocol·litizable.
- En aquest context, resulta imprescindible que els diferents professionals, tant del sistema sanitari com social, comparteixin la mateixa mirada amb les persones que han d'atendre; això sovint requereix la compartició de llenguatge i d'eines de valoració comunes.
- Esdevé necessari fomentar la presa de decisions compartides, tant amb les persones com entre els professionals, així com el consens en el disseny d'un pla d'atenció únic per a cada persona.


En aquest sentit, es proposa que els projectes que sorgeixin de cadascuna de les nou línies estratègiques del PAISS realitzin propostes explícites per a cadascuna de les **quatre etapes** o **elements clau facilitadors de la individualització de l'atenció** / d'atenció centrada en la persona (figura 16 i taula 3):




Figura 16. Etapes o elements clau facilitadors de la individualització de l'atenció / d'atenció centrada en la persona.

Font: elaboració pròpia.

ETAPA / ELEMENT CLAU	DESCRIPCIÓ	COMENTARIS
 <p>Identificació de la població diana</p>	<p>Un dels elements clau de l'èxit de les propostes d'atenció integrada és la identificació de les persones que més es puguin beneficiar de les diferents estratègies i propostes d'atenció.</p> <p>És important, doncs, que els projectes emmarcats en el PAISS defineixin acuradament la població sobre la qual es focalitzaran, així com els critèris i les eines –ja siguin a partir d'una valoració ad hoc de les persones, o a partir dels sistemes d'informació– que s'utilitzaran per a la identificació d'aquest grup poblacional.</p>	<p>Alguns exemples en aquest sentit poden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En l'àmbit sanitari, la utilització de l'instrument NECPAL per a la identificació de persones amb malaltia crònica avançada (MACA), els criteris per a la identificació de persones amb cronicitat complexa (PCC), o els sistema d'estratificació poblacional per grups de morbiditat ajustada (GMA). ▪ En l'àmbit social, SSM-Cat (Self Sufficiency Matrix-Cat) Eina de cribratge de la complexitat i de suport al diagnòstic. Identifica persones en situacions de necessitats socials complexes (PNASC). És una matriu d'indicadors que mesura l'autosuficiència d'una persona en tretze àmbits de la seva vida i en un moment determinat. <p>Seria, doncs, altament aconsellable avançar en la utilització de criteris i eines compartides entre els professionals del sistema sanitari i social.</p>
 <p>Diagnòstic situacional</p>	<p>Una vegada identificades les persones que es poden beneficiar de cadascun dels projectes vinculats a les diferents estratègies, cal realitzar una valoració de la situació de la persona, des d'una perspectiva multidimensional i en profunditat.</p> <p>El concepte de diagnòstic situacional¹¹⁷ fa referència al resultat del procés de valoració multidimensional i de desitjos i necessitats, que ha de permetre als professionals situar-se sobre la realitat d'aquella persona (“on passem? “quines dimensions estan alterades?”, “quines necessitats detectem?”).</p>	<p>Aquest diagnòstic de situació és un element clau, així com un necessari punt de partida, en l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat. En aquest procés és igual d'important tenir en compte tant la situació en un moment concret (“fotografia” de la situació) com la seva evolució dinàmica en el temps (“pel·lícula” o criteris de progressió).</p> <p>Hi ha diferents metodologies per facilitar aquest procés. Per a la valoració de persones de perfil geriàtric, la valoració geriàtrica integral és “gold standard” de la valoració mul-tidimensional¹¹⁸ –essent els índexs de fragilitat una alter-nativa interessant, que permet la quantificació del grau de vulnerabilitat de les persones.¹¹⁹⁻¹²¹</p> <p>Actualment, a Catalunya, s'està treballant en el consens interdisciplinari –també des de la perspectiva social i sanitària– d'una eina de valoració multidimensional ràpida.</p>

 <p>Pla d'atenció únic</p>	<p>Partint del diagnòstic situacio-nal, i d'acord amb els desitjos, valors i preferències de les persones, cal consensuar un pla d'atenció individualitzat, que idealment s'ha d'unificar des de les perspectives social i sanitària, i en aquells casos on hi hagi una major complexitat.</p> <p>En aquest context, esdevé especialment important el procés de presa de decisions compartida, entesa com aquella situació, en què tant els professionals com les persones ateses estableixen un marc cooperatiu per consensuar els objectius i desenvolupar i implementar un pla d'atenció i seguiment.¹²² Això requereix tant de l'expertesa dels professionals (en relació amb el diagnòstic situacional i en les capacitats de comunicació interpersonal) com la de les persones (en relació amb els seus valors, preferències, circumstàncies socials i experiència / vivència de la situació).</p>	<p>L'elaboració de plans d'atenció individualitzats ja forma part de les dinàmiques habituals dels sistemes social i sanitari. Per exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En l'àmbit social, 1) l'elaboració del Programa individual d'atenció (PIA), que realitzen els serveis socials públics, determina les modalitats d'intervenció més adients a les necessitats de les persones en situació de dependència pel que fa als serveis i les prestacions econòmiques previstes a la resolució pel seu grau i nivell/o grau; o bé 2) l'elaboració del Pla interdisciplinari d'atenció individualitzada (PIAI) de les residències assistides de gent gran, que integren aspectes socials i sanitaris. ▪ En l'àmbit sanitari, cal esmentar, per exemple: 1) el Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC). Si bé, teòricament, el PIIC hauria de ser només el "destil·lat" de la informació més rellevant sorgida d'un pla d'atenció individualitzat, sovint s'ha tendit a unificar els dos conceptes. El PIIC és un document que recull les dades sanitàries i socials més importants d'una persona identificada com a pacient crònic complex (PCC) o com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA), i que està dipositat en un entorn compartit d'informació (HCCC); o bé, 2) el Pla d'atenció individualitzat del Programa de seguiment individualitzat en salut mental. <p>A Catalunya existeixen també experiències d'elaboració de plans d'atenció individualitzats compartits entre l'àmbit social i sanitari. En aquest sentit, cal destacar la metodologia de conferència de cas,^{123, 124} que facilita que els professionals que participen de forma significativa en l'atenció de la persona –especialment quan aquesta presenta necessitats complexes d'atenció– codissenyin el pla d'atenció de la persona i amb ella. Actualment s'està treballant en el consens d'un model català de conferència de cas.</p>
--	---	--

 <p>Compartició de la informació</p>	<p>La informació del diagnòstic situacional i del Pla d'atenció hauria de ser accessible i interoperable, tant per als sistemes d'informació socials com els sanitaris. Per tant, tant si es tracta d'un pla d'atenció individualitzat consensuat des d'una perspectiva social i sanitària com d'un PIA o d'un PIIC, aquests haurien de ser accessibles tant per als professionals sanitaris com per als socials.</p>	<p>L'objectiu és que tots els professionals que participin en l'atenció de les persones disposin de la informació necessària i rellevant, garantint així la continuitat assistencial de la persona.</p> <p>A Catalunya existeixen algunes experiències de compartició d'informació entre els dos sistemes. Una de les línies estratègiques del PAISS està dedicada a avançar en aquest àmbit.</p>
--	--	---

Taula 3: Etapes o elements clau facilitadors de la individualització de l'atenció / d'atenció centrada en la persona.

Font: elaboració pròpia

5.2 Territori, governança i lideratge

5.2.1 Territori

Resulta determinant entendre el territori i els seus agents com un **microsistema** que assumeix de manera compartida la responsabilitat en els objectius de salut i benestar de la població, especialment en aquelles persones 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. 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.

La integració de l'atenció en l'àmbit territorial, doncs, requereix 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. En aquest sentit, resulta absolutament determinant el paper del **govern local**, que està format pels ajuntaments, les mancomunitats, els consells comarcals i les diputacions provincials. El PAISS té un rol rellevant com a facilitador d'aquest procés d'entesa entre aquests diferents agents.

Si bé les polítiques departamentals (especialment les dels departaments de Treball, Afers Socials i Famílies i el Departament de Salut, però en algunes circumstàncies també la d'altres departaments –com els d'Educació o Habitatge– han de ser facilitadores de les dinàmiques integradores (marcs reguladors, planificació, compra, avaluació, sistemes d'informació, professionals i estimulació de la implementació territorial), **és en els territoris on es concreten els projectes d'integració.**

Mínima mida territorial imprescindible

Un dels elements clau per a l'assoliment i la consolidació dels projectes en l'àmbit territorial és tant la identificació de quins són **entorns territorials ideals** on desplegar els projectes (per exemple: l'espai natural on desenvolupar aquest desplegament a Catalunya serien les comarques? les vegueries? les regions sanitàries o socials?...) com la **massa crítica** de persones necessària per tal d'operativitzar aquests projectes, des d'una perspectiva d'economia d'escala.

5.2.2 Governança

L'atenció integrada requereix de l'alineació i harmonització de les administracions i organitzacions que participen de forma rellevant en la planificació de l'atenció i la prestació de serveis (figura 17).

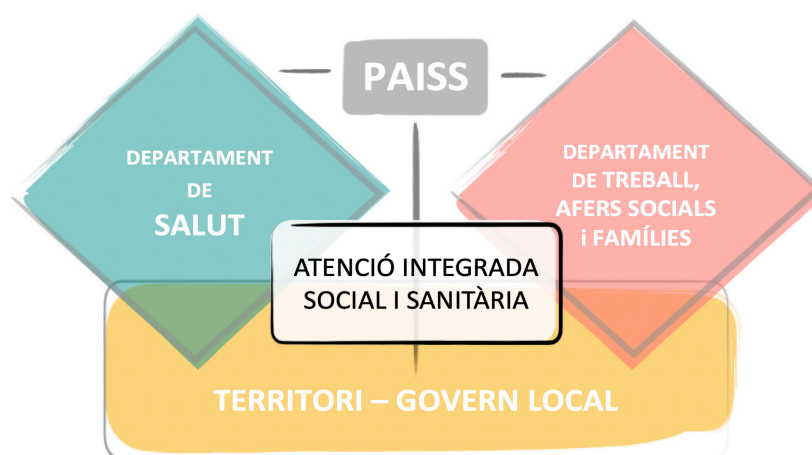


Figura 17. Resum visual dels tres estaments clau en l'atenció integrada social i sanitària.
Font: elaboració pròpia.

És, doncs, en el territori i en l'àmbit local on conflueixen tots els dispositius d'actuació dels diferents sistemes i on viuen les persones que es poden beneficiar d'aquest plantejament –l'autèntica integració és la que es fa efectiva en la persona, el seu entorn cuidador i en el seu escenari vital. Així, doncs, tant els actors territorials com la governança territorial, les eines de comunicació i avaluació i l'assignació de recursos han de ser de base territorial (figura 18).

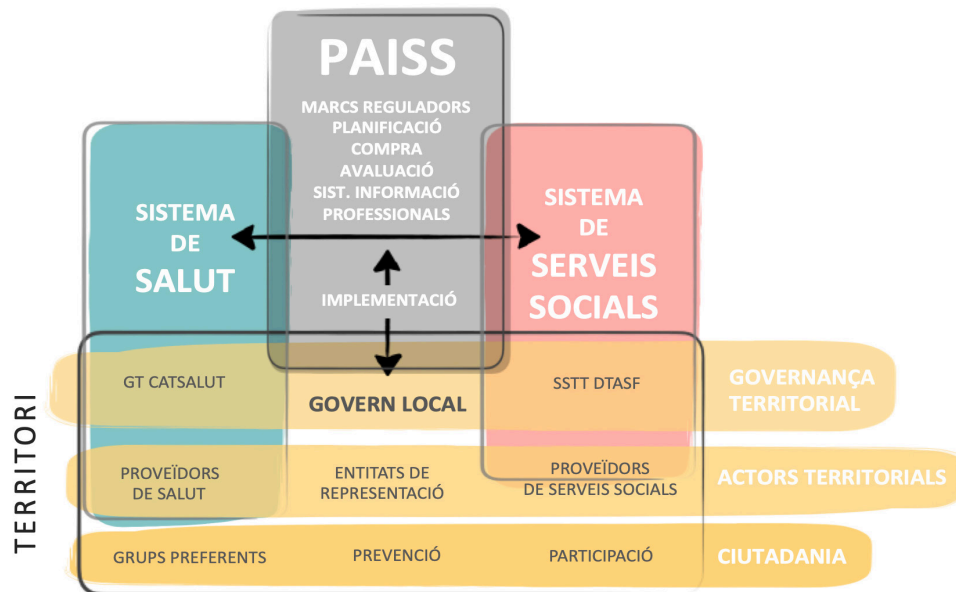


Figura 18. Elements clau de la integració a nivell meso-macro.

Font: elaboració pròpia.

Escenaris de governança

Davant la complexitat derivada de la interacció entre àmbits d'atenció i organitzacions, **les formes tradicionals de governança resulten insuficients**. A mesura que es configuren nous sistemes i xarxes d'atenció integrada, les estructures de govern han de respondre tant als "actors interns" com als "externs" responsables dels diferents àmbits d'atenció.

Especialment en els projectes d'atenció integrada, són múltiples els àmbits d'atenció implicats, per la qual cosa es requereix de la participació de múltiples organitzacions de diferents àmbits organitzatius i de coneixement. **En l'àmbit territorial**, i de forma genèrica, caldria plantejar un **nucli bàsic de representació** en la creació d'aquests òrgans de govern, que comptés amb la Direcció de Sector del CatSalut, la representació territorial de l'Agència de Salut Pública, la Delegació Territorial del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i els governs locals (ajuntaments o consells comarcals), amb participació estructurada de la ciutadania. **Altres àmbits** poden ser incorporats ad hoc en relació amb els projectes concrets: per exemple, representants de Departament d'Educació i Habitatge en projectes d'atenció a persones en situació de complexitat a les escoles, models d'atenció domiciliària que incorporin adaptació de les llars com a element clau...

Aquests models de governança han de basar-se en **sistemes participatius** que facilitin la incorporació, als models de governança de cada territori, de l'opinió dels representants dels ciutadans, dels usuaris, dels professionals i/o de persones de reconegut prestigi.

Resulta també imprescindible cercar **fórmules de governança sòlides i robustes** que garanteixin una implementació real dels projectes, que generin plans estratègics i operatius a escala territorial que prevegin una agenda de treball sòlida, estructurada i validada per totes les autoritats relacionades en atenció integrada. És probable que calgui explorar temptativament diferents models de governança, que hauran de ser avaluats i, a partir de les lliçons apreses, propiciar una “regulació” dels models de governança que siguin escalables, tenint en compte que per generar models d’actuació efectius caldrà explorar també quin és el rang de volum poblacional idoni.

En aquest sentit destaquen diversos **exemples**: des dels models més estructurats i altament regulats com el d’Escòcia, amb òrgans de govern mixtes en 32 entitats territorials, fins a altres de més funcionals, com és el cas de l’experiència anglesa, on, a més, es compta amb participació de representació de la ciutadania (House of Commons, 2017). Un altre model interessant és l’articulació de models de governança sanitària i social en l’àmbit comarcal (county) de Finlàndia, que ara està essent objecte de regulació.

5.2.3 Lideratge

A nivell micro-meso, el coneixement i l’experiència dels **professionals**, constituïts com **l’actiu principal del sistema**, ha de ser el punt de partida d’una proposta d’atenció amb visió col·laborativa, interprofessional i integrada. El lideratge d’aquests professionals és essencial per fer tangible, en el dia a dia, una atenció integral a les persones que sigui accessible, resolutiva, àgil, segura, de qualitat i satisfactòria. Aquest lideratge professional ha de tenir un comportament distributiu i interdisciplinari amb sentit bidireccional, de baix a dalt (estratègies bottom-up) i de dalt a baix (top-down).¹²⁵ El lideratge dels professionals, tant en el codisseny com en la implementació territorial de les estratègies, resulta fonamental per a tot model d’atenció que vulgui millorar l’atenció a les persones, treballant de manera conjunta amb l’àmbit directiu i de planificació.

Lideratge sistèmic

Un concepte emergent, i d’especial interès, és el de **lideratge sistèmic**, que supera una visió del lideratge més enllà de les pròpies organitzacions i que capacita aquests líders amb una visió de “pensament sistèmic”, que preveu el sistema de salut i els serveis socials com un sistema local d’atenció que ha d’afavorir la pràctica col·laborativa per construir en l’àmbit territorial un model d’atenció centrada en les persones, que vagi molt més enllà de lideratge intraorganitzacional.¹²⁶

Desenvolupament professional

En aquest sentit, cal fomentar **programes formatius** de capacitació per a aquest perfil específic de lideratge, de la mateixa manera que han fet altres països amb polítiques exitoses d'atenció integrada, com és el cas del Regne Unit, amb programes estructurats i reglats de desenvolupament i capacitació de lideratge clínic i professional.

Més enllà d'aquest rol, cal facilitar el desenvolupament professional i la formació continuada dels professionals assistencials, amb l'objectiu que puguin afrontar amb la **màxima competència professional** els problemes de salut i les necessitats de la ciutadania. Si bé és evident l'alta capacitació dels professionals de Catalunya en l'atenció a aquestes persones, la formació continuada és una eina imprescindible en la cerca de l'excel·lència assistencial.

En el context de la creació d'una **mirada i un relat compartit** entre els professionals del sistema social i sanitari, la formació i transferència de coneixement pot jugar un paper important. Fomentar entorns formatius compartits i interdisciplinaris, amb un enfocament pragmàtic i competencial, amb vocació reflexiva i integradora haurien de ser algunes de les especificitats de les propostes formatives que es desenvolupin en el marc del PAISS.

5.3 Finançament, contractació i compra

Un dels elements cabdals per a la generació de canvis en l'entorn de la prestació assistencial és la modificació del sistema de contractació i compra, essent els indicadors de **compra de base poblacional** un element clau per afavorir els models territorials d'atenció integrada, així com els lideratges territorials i la innovació en els models d'atenció. A Catalunya, tradicionalment hi ha hagut un model de contractació i compra relacionats en els diferents àmbits d'atenció dins de Salut (atenció primària, sociosanitari, hospitalari d'aguts i salut mental) de manera específica.

En el nostre entorn hi ha algunes experiències d'incentivació de la integració vertical per mitjà de propostes específiques de contractació i compra: durant la primera etapa del programa Prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC), es va introduir en el model de contractació i compra un catàleg d'**objectius i indicadors transversals** en els diferents àmbits d'atenció que interactuen sobre una mateixa població. Aquí estarien els exemples de les hospitalitzacions potencialment evitables que han estat incorporades en aquest model sobre les quals s'ha establert un àmbit de corresponsabilitat de totes les organitzacions de diferents àmbits d'atenció d'un mateix territori.

Resulta clau, doncs, la combinació de models de contractació i compra específics de cada àmbit d'atenció amb un model que també estableixi **fórmules innovadores de contractació** que afavoreixin un model d'atenció integrada, especialment pel que fa al model d'atenció per a persones en situació de complexitat. Això requereix la identificació de bones pràctiques a escala internacional en aquest àmbit i l'estimulació d'experiències demostratives en l'àmbit territorial (per exemple, "bundle payments" per a persones en situació de complexitat), que caldrà avaluar específicament i replicar, en cas de demostrar-ne l'efectivitat.⁵²

També per a alguns **serveis específics**, s'han de plantejar nous escenaris de compra i contractació conjunta. Alguns exemples podrien ser el servei de teleassistència (TLA) avançada o el servei d'atenció domiciliària (SAD) per a persones en situació de final de la vida o en situació postaguda durant les transicions de l'hospital al seu domicili.

Donat que ha demostrat ser un dels millors antídots per combatre la fragmentació,¹²⁷ i, com no podria ser d'altra manera, el canvi dels models de pagament és a l'horitzó del PAISS. Aquest enfocament és fonamental per promoure les experiències de bones pràctiques territorials, la seva avaluació, la comparació entre territoris i la potencial escalabilitat a altres àmbits.

5.4 Avaluació, aprenentatge i innovació

5.4.1 Avaluació

En els processos de modelització de l'atenció integrada, són necessaris **marcs avaluatius de base poblacional** que siguin **comuns i transversals** per a les organitzacions i professionals que treballen en diferents àmbits d'atenció. Aquesta avaluació de resultats requereix d'un treball conjunt de tots ells amb l'objectiu de disposar d'un **quadre de comandament únic**. L'**elecció dels indicadors** s'ha de basar en els principis d'objectivitat, validesa, sensibilitat, especificitat i consens.

Ja sigui a partir d'informes o bé a través d'un paquet comú i congruent d'indica-dors, la informació obtinguda ha de permetre **monitorar** el model d'atenció, **in-formar** amb transparència dels resultats obtinguts, contribuir a la identificació de marges de **millora** de l'atenció i suggerir als polítics, gestors i planificadors noves iniciatives per a la compra i la provisió de serveis, **redireccionant, si convé**, l'enfo-cament.

Així, doncs, l'**objectiu de l'avaluació** de resultats és realitzar el seguiment de les línies estratègiques del PAISS des d'una perspectiva integral, de l'acompliment dels objectius i acords establerts, amb la finalitat última d'avançar en la millora de la qualitat de l'atenció a les persones.

Aquesta ha de ser una avaluació necessàriament compartida entre els diferents actors, amb un enfocament de **quàdruple finalitat** ("Quàdruple AIM"):¹

- **Millorar els resultats de salut i benestar de la població.** Això inclou indicadors d'impacte en morbiditat, el control d'algunes malalties cròniques, així com en resultats esperats de bona atenció i de millora de la qualitat de vida en diferents moments evolutius de les persones ateses.
- **Millorar l'eficiència i garantir la sostenibilitat del sistema social i sanitari,** a través de l'adequació en el cost de l'atenció i la utilització dels serveis, de la població atesa.
- **Millorar l'experiència d'atenció de les persones** i les seves famílies.
- **Millorar l'experiència dels professionals** en la prestació de l'atenció.

5.4.2 Aprenentatge i innovació

Moltes de les propostes desenvolupades en aquest document estratègic requereixen d'entorns d'**innovació organitzativa**, amb la combinació d'un conjunt mínim crític d'accions generadores d'impacte en diferents dimensions de salut i benestar poblacional, adequació en la utilització de serveis i bona experiència d'atenció en l'entorn cuidador.

Malgrat que la literatura sovint ens ofereix evidències útils per a iniciatives o accions concretes, el disseny i implementació dels projectes d'atenció integrada requereix que, en l'àmbit departamental, es generin les condicions adequades per impulsar aquesta innovació organitzativa, avaluar-la i, a partir de les lliçons apreses, poder completar el **cicle d'iteració** o de millora contínua, redissenyant del propi model d'atenció (figura 19).^{128,129}

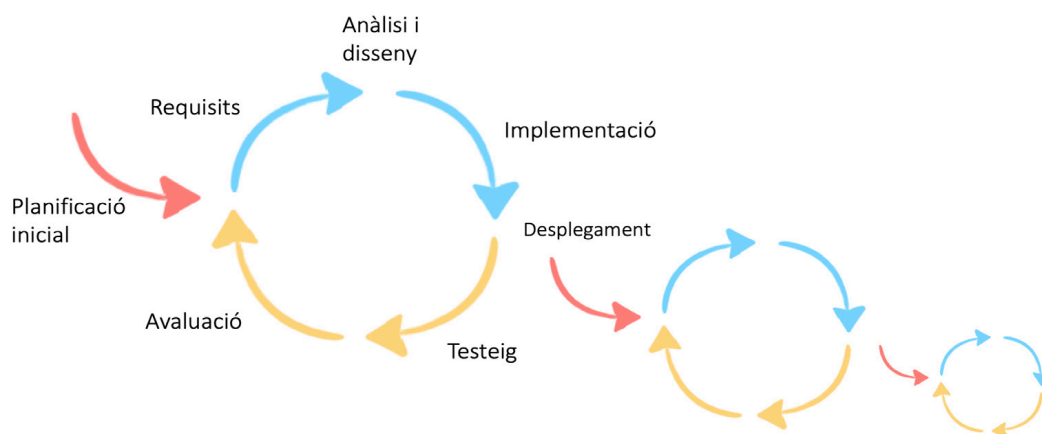


Figura 19. Concepte de cicle d'iteració.

Font: adaptat de Ham C^{128,129}

És per tot això que cal fomentar una metodologia d'innovació, creant **comunitats de bones pràctiques** que facilitin i intensifiquin aquest aprenentatge organitzatiu compartit, amb l'objectiu de facilitar/accelerar l'escalabilitat dels projectes i els models d'atenció.

S'han d'establir **metodologies d'aprenentatge organitzatiu** basades en l'anàlisi i compartició de les lliçons apreses en les diferents experiències de baix a dalt. Aquesta visió enfocada a resultats esperats i de generació d'entorns controlats d'innovació i aprenentatge hauria de fer evolucionar el model de manera progressiva –en algun cas disruptiva– pel que fa a models de prestació d'atenció a les persones i el seu entorn. L'anàlisi d'indicadors s'hauria de poder realitzar des d'una perspectiva quadruple AIM.

Cal estudiar la creació d'un **fons de finançament de projectes innovadors**, en especial els que segueixin metodologies de living lab, i amb la participació d'universitats, centres de recerca, experts o entitats avaluadores i l'ús intensiu de les dades generades.

Bibliografia



1. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires care of the Provider. *Ann Fam Med*. 2014 Nov-Dec;12(6): 573-6.
2. Berry-Millett R, Bodenheimer TS. Care management of patients with complex health care needs. *Synth Proj Res Synth Rep*. 2009 Dec;19:1-39.
3. Manchester J, Schwabish JA. The Long-Term Budget Outlook in the United States and the Role of Health Care Entitlements. *Natl. Tax J*. 2010, vol. 63(2):285-305.
4. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Observatory Studies Series. 2010 (20).
5. United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA). Population Prospects for the Twenty-First Century: The 2010 United Nations Projections. *Popul. Dev. Rev*. 2011 (37):407-411.
6. United Nations, D. of E. and S. A. P. D. & United Nations, Department of Economic and Social Affairs, P. D. World Population Ageing. 2013. doi:ST/ESA/SER.A/348
7. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, C. X. *et al*. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat. Med*. 2014 (28), 302-11.
8. Picker Institute. The Eight Principles of Patient-Centered Care. *The Eight Principles of Patient-Centered Care* (2015).
9. Schulz R, Eden J. Family caregiving roles and impacts. in *Families Caring for an Aging America* (2016). doi:10.17226/23606
10. Aceto G, Persico V, Pescapé A. The role of Information and Communication Technologies in Healthcare: Taxonomies, Perspectives, and Challenges. *J. Netw. Comput. Appl*. 2018 (107)125-154.
11. Brian E Perron, Harry O Taylor, Joseph E Glass, Jon Margerum-Leys, J. Information and Communication Technologies in Social Work. *Adv Soc Work*. Spring 2010;11(2):67-81. doi:10.18060/241
12. Salvà A, Rivero S & Roqué M. *Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes*. (2007).
13. Omran, A R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Bull. World Health Organ*. 1971 Oct;49(4):509-38.
14. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V & Marmot M. Global Action on the Social Determinants of Health. *BMJ Glob Health*. 2017 Dec 1;3(Suppl 1):1-8.
15. Pedrana L, Pamponet M, Walker R, Costa F & Rasella D. Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. *Glob Health Action*. 2016;9.
16. Frenk J, Bobadilla J L, Stern C, Frejka T & Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *Health Transit*. 1991 Apr;1(1):21-38.
17. Kirk D. Demographic transition theory. *Popul Stud (Camb)*.1996 Nov;50(3):361-387.
18. IDESCAT. Projeccions de població. 2021-2041 (base 2008). Principals Resultats. *Estadística Demogràfica* 2041, 14 (2009).
19. Stuckler D. & Siegel K. *Sick Societies: Responding to the global challenge of chronic disease*. *Sick Societies: Responding to the global challenge of chronic disease* (2012). doi:10.1093/acprof:oso/9780199574407.001.0001
20. Perrin J M, Anderson, L E & Van Cleave J. The rise in chronic conditions among infants, children, and youth can be met with continued health system innovations. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Dec;33(12): 2099-105.
21. Divo M J, Martinez C H & Mannino D M. Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *Eur Respir J*. 2014 Oct;44(4):1055-68.
22. Le Reste J Y, *et al*. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One*. 2015 Jan 21;10(1):e0115796. doi: 10.1371/journal.pone.0115796.

23. Kingston A. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) Model. *Age Ageing*. May 2018;1-47(3):374-380. doi:10.1093/ageing/afx201.
24. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Enquesta de salut de Catalunya*. 2019.
25. Rockwood K, Andrew M & Mitnitski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Jul 2007;62(7):738-43.
26. Reports B M. Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. 2004;1929-1933.
27. Sternberg S A, *et al.* The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2011;59:2129-2138.
28. Rodríguez-Mañas, L. *et al.* Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. *Journals Gerontol. - Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2013;68: 62-67.
29. Vetrano D L, *et al.* Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journals Gerontol. Ser. A.* 2018. doi:10.1093/gerona/gly110
30. Syddall, H, *et al.* Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: Findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Ageing*. 2009; 39:197-203.
31. Hoogendijk E O, *et al.* The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013; 42: 262-5.
32. Francisco J, García-García, Ana Alfaró Acha. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2015; 45: 250-251.
33. Andradas Aragonés E, Labrador Cañadas M V, Lizarbe Alonso V, Molina Olivas M. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. (2014).
34. Limón E, Blay C, Burdoy E. A propòsit del CAAPS sobre fragilitat i cronicitat complexa: algunes lliçons apreses. *But At Prim Cat*;35:32.
35. Kuipers P, Kendall E, Ehrlich C, McIntyre M, Barber L, Amsters D, Kendall M, Kuipers K, Muenchberger H, Brownie S. *Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs*. Brisbane: Clinical Education and Training Queensland. 2011.
36. Valdera J M, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*. 2009;7:357-363.
37. Safford M M, Allison J J, Kiefe C I. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22: 382-390.
38. Cook D A, Beckman T J, Thomas K G, Thompson W G. Introducing resident doctors to complexity in ambulatory medicine. *Med Educ*. 2008;42: 838-848.
39. Conklin J. Wicked Problems & Social Complexity. *Dialog Mapping: Building Shared Understanding*. 2005;20.
40. Rittel H W J, Webber M M. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci*. 1973;4:155-169.
41. Hughes, J. S. *et al.* Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med. Care*. 2004;42:81-90.
42. Adams E K, Bronstein J M, Raskind-Hood C. Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. *Health Care Financ. Rev.* 2002;24: 43-61.
43. Rosen A K, *et al.* Diagnostic cost groups (DCGs) and concurrent utilization among patients with substance abuse disorders. *Health Serv. Res.* 2002;37:1079-103.

44. Adie E, Baird D, Buchanan S, Guthrie C, Kendrick S, *SPARRA: Scottish Patients At Risk of Readmission and Admission*. 2006.
45. Feachem R G A, Sekhri N K, White K L. Getting More for Their Dollar: A Comparison of the NHS With California's Kaiser Permanente. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2002 Jan 19;324(7330):135-141.
46. Generalitat de Catalunya. TERMCAT. Diccionari de serveis socials. (2010). Available at: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/118/Fitxes/català/G/. (Accessed: 17th December 2018)
47. Andrew M K, Mitnitski A B, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One*. 2008;3, e2232.
48. Haber M G, Cohen J L, Lucas T, Baltes B B. The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *Am. J. Community Psychol.* 2007. doi:10.1007/s10464-007-9100-9
49. Lakey B, Cohen S. Social Support Theory and Measurement. in *Social Support Measurement and Intervention*. 2015. doi:10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002
50. The Lancet. The future of the NHS. *The Lancet* (2017). doi:10.1016/S0140-6736(17)30994-7
51. Hong C S, Siegel A L, Ferris T G. Caring for high-need, high-cost patients: what makes for a successful care management program? *Commonw. Fund* (2014). doi:10.1016/j.trac.2015.07.006
52. Care Quality Commission. *The state of health care and adult social care in England. British journal of nursing*. Mark Allen Publishing. 2018.
53. Karlsberg Schaffer S, Sussex J, Hughes D, Devlin N. Opportunity costs and local health service spending decisions: A qualitative study from Wales. *BMC Health Serv. Res.* 2016. doi:10.1186/s12913-016-1354-1
54. Bengoa Rentería, R. The challenge of chronicity in Spain: Better transform rather than ration. *Gac. Sanit.* 2015;29:323-325.
55. Bengoa, R. *Empantanados*. 2008.
56. CEAFA. CEAFA 108 (boletín no4). *Boletín de CEAFA* (2018). Available at: <https://www.ceafa.es/files/2019/06/ceafa-informa-2018.pdf>.
57. World Health Organization. *Framework on integrated, people-centred health services - Q&A*. World Health Assembly. 2016. doi:10.1111/igs.13866
58. National Voices. Person-centred care in 2017. Evidence from service users. 2017;1-46.
59. Silva D. Helping measure person-centred care. *The Health Foundation*. March 2014;80.
60. González Mestre A, Piqué Saóncnez J L, Vila Rull A, Al E. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016.
61. PIAISS. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016.
62. Ledesma A, *et al.* Model català d'atenció integrada: Cap a una atenció centrada en la persona. 41 2015.
63. Kodner D L. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: An exploration of North American models and lessons. *Heal. Soc. Care Community*. 2006. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00655.x
64. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systemic reviews. *International Journal for Quality in Health Care* 2005. doi:10.1093/intqhc/mzi016
65. Armitage G D, Suter E, Oelke N D, Adair C E. Health systems integration: State of the evidence. *Int. J. Integr. Care*. 2009; 9.
66. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int. J. Integr. Care* 16. 2016:1-4.
67. Sabater Berenguer M, *et al.* Integrating terminology for integrated care. *Int. J. Integr. Care*. 2016. doi:10.5334/ijic.2648

68. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ (Online)* 356. 2017.
69. Porter M E. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 363. 2010;2477-81.
70. Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? The Nuffield Trust.2010. doi:<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>
71. Juhnke C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. *Int. J. Integr. Care* 12. 2012; 1-2.
72. Thomas P, *et al.* Combined horizontal and vertical integration of care: A goal of practice-based commissioning. *Qual. Prim. Care.* 2008;16:425-432.
73. Charles A, Wenzel L, Kershaw M, Ham C, Walsh N. A year of integrated care systems: reviewing the journey so far. The King's Fund. 2018.
74. Ham C, Curry N. Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean mean for the NHS? King's Fund 8. 2011.
75. Klein S. The Veterans Health Administration: Implementing Patient-Centered Medical Homes in the Nation's Largest Integrated Delivery System. *Commonw. Fund* 16. 2011.
76. McCarthy D, Mueller K, Wrenn J. Case Study Mayo Clinic: Multidisciplinary Teamwork, Physician-Led Governance, and Patient-Centered Culture Drive World-Class Health Care. *Commonw. Found.* 2009.
77. Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of All-Inclusive Care (PACE): Past, Present, and Future. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2009(10): 155-160.
78. Béland F, *et al.* A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journals Gerontol. - Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2006. doi:10.1093/gerona/61.4.367
79. Hébert R, *et al.* The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: Preliminary report on methods and baseline data. *Int. J. Integr. Care.* 2008. doi:10.5334/ijic.229
80. Thistlethwaite P. Integrating health and social care in Torbay Improving care for Mrs Smith. *King's Fund* 28. 2011.
81. Gravelle H, *et al.* Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: Controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *Br. Med. J.* 2007. doi:10.1136/bmj.390120.413310.55
82. Rittenhouse D R, Shortell, S M, Fisher E S. Primary care and accountable care - Two essential elements of delivery-system reform. *N. Engl. J. Med.* 2009. doi:10.1056/NEJM0909327
83. Lewis G, *et al.* Do 'virtual wards' reduce rates of unplanned hospital admissions, and at what cost? A research protocol using propensity matched controls. *Int. J. Integr. Care.* 2011. doi:10.5334/ijic.654
84. Goodwin N. How do you build programmes of integrated care? The need to broaden our conceptual and empirical understanding. *Int. J. Integr. Care.* 2013. doi:10.5334/ijic.1207
85. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: Analysis of routine data. *Br. Med. J.*2003. doi:10.1136/bmj.327.7426.1257
86. Thistlethwaite, P. Integrating health and social care in Torbay Improving care for Mrs Smith. *King's Fund* 28. 2011.
87. Baxter S, *et al.* The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18:1-13.
88. Zonneveld N, Driessen N, Stüssgen R A J, Minkman M M N. Values of integrated care: A systematic review. *Int. J. Integr. Care.* 2018. doi:10.5334/ijic.4172.
89. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya. Integració de l'atenció social i sanitària. Barcelona. 2018.

90. Ham C. Lessons from experience Making integrated care happen at scale and pace. 2013.
91. Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care: A way forward for the NHS in England. King's Fund. 2015.
92. Mossialos E A, *et al.* Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs. 2017.
93. Local Government association & Social Care Institute for Excellence. Achieving integrated care: 15 best practice actions. 2019.
94. Centre N C. Integrated governance and healthy public policy: two canadian examples. 2008.
95. Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. Soc. Care Inst. Excell. 2012.
96. Consell de Treball Econòmic i Social de Catalunya. Integració de l'atenció social i sanitària. 2018.
97. Comission on the future of health and social care in England. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/commission-future-health-and-social-care-england>.
98. WHO. Framework on integrated people-centred health services. Report by the Secretariat. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly.WHA69.39. Sixty-Ninth World Heal. Assem. Provisiona, 2016;1-12.
99. de Carvalho I A, Epping-Jordan J, Beard J R. Integrated Care for Older People. 2019. doi:10.1007/978-3-319-96529-1_19
100. Briggs A M, Valentijn P P, Thiyagarajan J A, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: A review of reviews. BMJ Open. 2018. doi:10.1136/bmjopen-2017-021194
101. Ham C, Heenan D, Longley M, Steel D R. Integrated care in Northern Ireland, Scotland and Wales: Lessons for England. 2013: 1-8.
102. Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T. Enablers and barriers in implementing integrated care. Heal. Syst. Reform. 2015;1: 250-256.
103. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: Experiences from the English integrated care pilots. Int. J. Integr. Care. 2012;12:1-12.
104. Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: A literature review. Int. J. Integr. Care. 2018;18:1-14.
105. Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del programa "Vida als Anys" d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 694 1753-1754 (1986).
106. Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2005).
107. DECRET 39/2006. Pla director sociosanitari i el seu Consell Assessor. *D. Of. la Generalitat de Catalunya* (2006).
108. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín del Estado 299, 44142-56 (2006).
109. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. *D. Of. Publicacions la Generalitat de Catalunya* (2007).
110. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. (2010).
111. ACORD GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. *D. Of. la Generalitat de Catalunya* 37282-6 (2011).

112. ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 1-7 (2014).
113. Serra-Sutton V, Montané C, Pons-Ràfols J, Espallargues-Carreras M. Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Scientia. 2015.
114. Generalitat de Catalunya. Pla de Govern XII Legislatura. 2018.
115. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PIAISS). 2019:1-7.
116. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. 2016.
117. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, *et al.* Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur. Geriatr. Med.* 2015;6:189-194.
118. Stuck, A. E. & Iliffe, S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 343, d6799 (2011).
119. Rockwood, K. & Mitnitski, A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2007;62:722-727.
120. Amblàs-Novellas, J. *et al.* Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;52:119-23.
121. Amblàs-Novellas, J. *et al.* Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr.* 18 (2018).
122. Coulter, A. Delivering better services for people with long-term conditions Building the house of care. London: King's Fund.
123. Huntley, A. L. *et al.* Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam. Pract.* 2013;30:266-75.
124. Mitchell G K, del Mar C B, O'Rourke P K, Clavarino A M. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat. Med.* 2008. doi:10.1177/0269216308096721
125. Bohmer R M J. Leading Clinicians and Clinicians Leading. *N. Engl. J. Med.* 2013. doi:10.1056/NEJMp1301814
126. The King's fund. Leading across the health and care system Lessons from experience. 2017.
127. Mate K S, Compton-Phillips A L. The Antidote to Fragmented Health Care. *Harvard Business Review.* 2014. Available at: <https://hbr.org/2014/12/the-antidote-to-fragmented-health-care>.
128. Gould J D, Lewis C. Designing for usability: Key principles and what designers think. *Commun. ACM* 1985. doi:10.1145/3166.3170.
129. Ferrando M, Kadyrbaeva A. Hoogerwerf E J. Transferability of digital solutions enhancing integrated care across europe: identifying and prioritising barriers and enablers. 2019



**Generalitat
de Catalunya**