

Informe de retorn a la consulta pública sobre l'Avantprojecte de Llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya

Equip motor, Agència Integrada Social i Sanitària
Barcelona, 2022

Índex

Contingut de l'informe.....	2
Anàlisi quantitativa de la consulta.....	2
Agrupació per conceptes de les propostes rebudes i retorn a les propostes	4
1. Referències al concepte d'atenció integrada.....	5
2. Àmbits i col·lectius de persones tributàries de ser considerades per l'AGAISS.....	6
3. Atenció integrada a les residències (de persones grans i de persones amb discapacitat) .	7
4. Atenció integrada a la Salut Mental.....	11
5. Atenció integrada a l'entorn domiciliari.....	13
6. Canals de participació dels diferents actors implicats (entitats prestadores de serveis, professionals, ciutadania...)	15
7.- Model de governança i territori.....	17
8. Finançament de l'AGAISS i/o recursos amb els que hauria de comptar i/o sistemes de compra o provisió.	19
9. Sistemes d'avaluació i control que s'haurien de posar en marxa per part de l'AGAISS. ..	22
10. Sistemes d'informació integrats.....	23
11. Perfils i rols dels i les professionals, la seva formació i les condicions de treball i retributives	26
12. Propostes transversals	32
13. Aportacions relacionades amb altres àmbits competencials	33
Annex 1: Entitats inscrites al Registre de Grups d'interès de la Generalitat de Catalunya ..	37
Annex 2: Llistat de propostes presentades a la plataforma digital sense adjuntar documentació complementària.....	38
Annex 3: Llistat de propostes presentades adjuntant documentació complementària.....	46

Contingut de l'informe

La devolució dels resultats del procés de consulta suposa dos tipus d'informes diferents. Un en el que es recullen, de manera sistemàtica i ordenades de la manera més útil possible per al Departament convocant, els resultats de la consulta, és a dir el conjunt d'aportacions rebudes mitjançant els diferents canals posats a disposició.

Un segon tipus d'informe és el que el Departament convocant, en base a les aportacions realitzades, indica l'impacte d'aquestes en el text normatiu sotmès a consulta.

El document que teniu a mans és aquest segon tipus d'informe. Per seguir la traçabilitat del procés cal tenir en compte els documents anteriors.

Anàlisi quantitativa de la consulta

La consulta oberta ha recollit diferents tipus d'aportacions que, agrupades per font de procedència, són les següents:

El qüestionari ha rebut 296 respostes, de les que 183 corresponen a l'àmbit professional, 41 a ciutadania en general, 29 a entitats proveïdores o prestadores de serveis, 24 a entitats de base associativa i 19 a altres administracions.



Respostes Qüestionaris 296



Respostes de Professionals

183



Respostes de Base associativa

24



Respostes altres Administracions

19

Respostes ciutadania

41



Respostes entitats proveïdores o prestadores de serveis

29



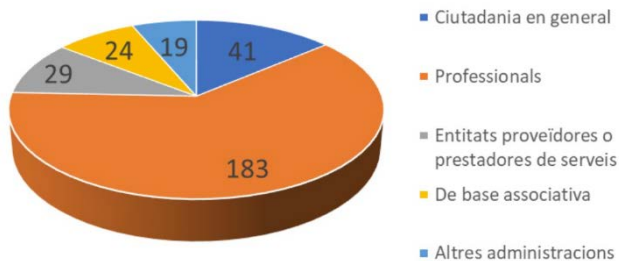
Propostes rebudes 76

69 Eficaces

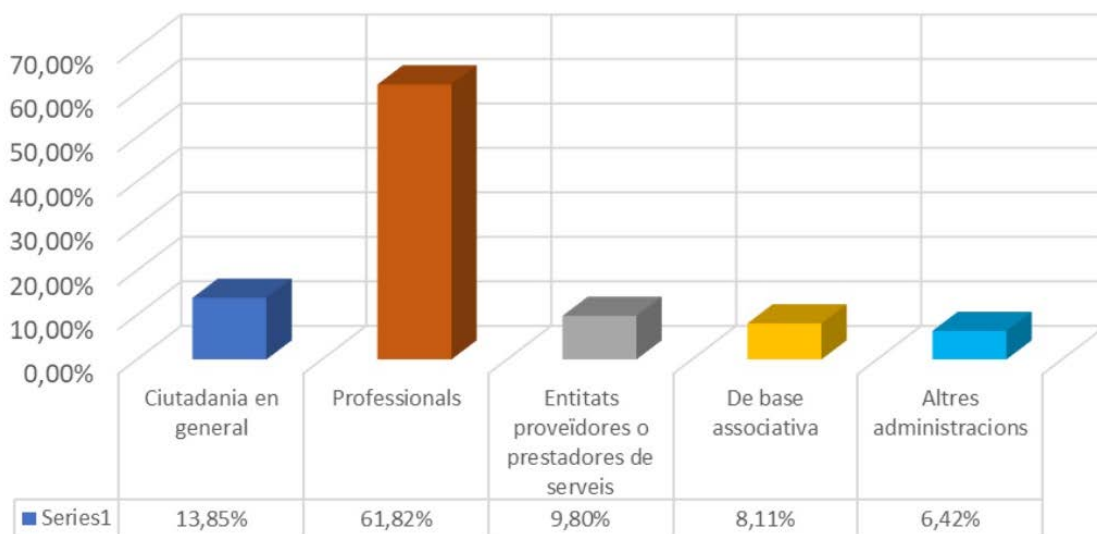
Amb documentació 18

Origen dels 296

qüestionaris respostos



La major part d'elles procedents del sector professional (61,82%). La suma de les entitats de base associativa i la ciutadania en general, és gairebé d'un 22%.



A la plataforma digital es van presentar 76 propostes de les que 7 van ser anul·lades pels mateixos proposants, resten eficaces 69.

- A l'Annex 1 indiquem les entitats proposants que estan inscrites al Registre de Grups d'Interès de la Generalitat de Catalunya
- A l'Annex 2 es pot consultar el llistat d'entitats que van presentar propostes.
- A l'Annex 3 es poden veure les organitzacions, 18, que van aportar documents sustentant les seves opinions.

Agrupació per conceptes de les propostes rebudes i retorn a les propostes

En aquest apartat del document es dona resposta a les qüestions plantejades respecte la memòria preliminar de l'Avantprojecte de llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària (en endavant AGAISS), així com a les propostes aportades per part dels participants.

Amb l'objectiu de facilitar-ne el retorn, s'han agrupat les aportacions en diferents àmbits temàtics:

1. Referències al concepte d'atenció integrada
2. Àmbits i col·lectius de persones tributaris de ser considerats per l'AGAISS.
3. Atenció integrada a les residències (de persones grans i de persones amb discapacitat)
4. Atenció integrada a la Salut Mental.
5. Atenció integrada a l'entorn domiciliari.
6. Canals de participació dels diferents actors implicats (entitats prestadores de serveis, professionals, ciutadania...)
7. Model de governança i territori

8. Finançament de l'AGAISS i/o recursos amb els que hauria de comptar i/o sistemes de compra o provisió.

9.- Sistemes d'avaluació i control que s'haurien de posar en marxa per part de l'AGAISS.

10.- Sistemes d'informació integrats.

11.- Perfils i rols dels professionals, la seva formació i les condicions de treball i retributives.

12.- Propostes transversals

Al final de cada àmbit o sub-àmbit temàtic es proporciona una resposta conjunta als comentaris i propostes realitzats per part dels i les participants, especificant fins a quin punt es valorarà d'incorporar-ho a l'Avantprojecte de Llei de l'AGAISS, si es prendran en consideració en el transcurs del desenvolupament normatiu de la Llei, o bé si no es poden prendre en consideració -explicant-ne els motius-.

En aquest sentit, cal tenir en compte que algunes de les propostes rebudes transcendeixen l'objecte de desenvolupament de l'AGAISS, afectant l'àmbit actual d'atribució competencial dels Departaments de Salut i Drets Socials i altres que sobrepassen, fins i tot, aquest àmbit competencial.

1. Referències al concepte d'atenció integrada

Algunes aportacions per part dels participants fan referència al propi concepte d'atenció integrada, així com algunes de les conseqüències que se'n deriven:

“Ser atesa des d'una perspectiva inclusiva vol dir personalitzada però no separada de la resta, amb professionals formats per la diversitat.”

No s'ha de sumar, sinó integrar: “La integració no és duplicar perfils sanitaris en àmbit social, i perfils socials en àmbit sanitari.”

S'assenyala un risc: “...la mentalitat de molts sanitaris que es consideren amb el dret d'opinar/diagnosticar sobre situacions socials, la qual cosa no passa al contrari.”

La integració no ha de ser només una qüestió administrativa: “La integració ha de ser social i sanitària no només per als departament sinó per a les persones usuàries.”

“Amb l'atenció integrada es podran tenir en compte els determinants socials de les persones, perquè de manera separada es pot no coincidir en les formes d'atenció.”

S'insisteix en que ha de ser “un model integrat de cura social i sanitària, no només un model sanitari integrat... per a usuàries de serveis del departament de Drets Socials”.

1.1 Coordinació vs atenció integrada

Es planteja un debat entre els conceptes “coordinació” i “integració”:

Algunes respostes diuen que “és millor coordinar que integrar”. En canvi, d'altres diuen: “no es tracta de treballar coordinadament, sinó d'integrar realment els recursos. Independentment del prestador de Servei social o sanitari, públic o concertat hauria de tenir l'autonomia dins del sistema social i sanitari per atendre fàcilment els recursos per a cada persona.”

“No s'ha de parlar de coordinació com a tal, perquè això és el que s'està fent, és real i imprescindible. Si sols parlem de coordinació no avançarem amb el model. Per tant no hem de parlar de professionals coordinats sinó professionals capacitats en un model integrat social sanitari. La integració més que la coordinació facilita el "respecte" ver la persona, ja que no se la parcialitza”.

“La persona atesa ha de tenir un lloc de referència (finestreta única), amb l'objectiu de ser atès des de la integració i facilitar l'accés a les pròpies persones. Hi ha persones que no saben on han d'anar davant les seves necessitats.”

“L'Agència d'atenció Integrada hauria de ser la garantia de seguir un procediment comú, determinat, un model integral, que fos consensuat i clar per a totes les parts que intervenen. (tenint sempre al centre a la Persona, ACP)”

“Com a solució general no és adequada; per a situacions d'especial complexitat i sempre amb el consentiment informat i autònom de la persona, pot ser una bona alternativa”.

Resposta

La memòria preliminar de l'avantprojecte de Llei de l'AGAISS és explícita respecte la necessitat d'evitar duplicitats i de simplificar els processos i d'accessibilitat. També ho és en l'aposta per anar un pas més enllà de la mera coordinació, fent èmfasi en el fet que l'atenció integrada no és una finalitat en sí mateixa sinó un sistema facilitador de l'atenció centrada en la persona. També assenyala que la proposta d'atenció integrada fa referència a un model de prestació de serveis i no necessàriament a un model organitzatiu, i al fet que l'atenció integrada no és sinònim de fusió entre diferents sistemes o organitzacions.

Així mateix, la mateixa memòria fa èmfasi en que l'AGAISS vol servir de catalitzador cap a un re-disseny sistèmic des d'una mirada centrada en la persona i des d'una perspectiva d'atenció integrada.

Revisarem la incorporació al projecte de Llei la proposta sobre la inclusivitat i la necessitat de posar en valor i respectar els àmbits de coneixement dels diferents professionals, que per altra banda ofereixen l'oportunitat d'aprenentatges compartits.

2. Àmbits i col·lectius de persones tributàries de ser considerades per l'AGAISS.

Una part de les respostes recollides fan referència a la necessitat d'incorporar l'àmbit de la infància, les famílies i l'atenció diürna en l'atenció integrada:

“Caldria incloure els centres ocupacionals i els centres d’atenció diürna: És necessari definir quin terreny ocupa l’atenció diürna. Recurs de suport i extensió a l’atenció a domicili o recurs entès com recurs residencial (en aquest cas, és imprescindible tenir la visió de les seves peculiaritats)”.

“L’atenció, intervenció i acompanyament a les famílies és un aspecte fonamental en el procés de recuperació en salut mental. La família si té el suport, informació, capacitat i acompanyament adient pot esdevenir un factor clau que contribueixi en tot el procés”

Cal “Establir sistemes de col·laboració interdepartamental estables, en els àmbits de salut, educació i serveis socials, per tal de garantir una atenció global als infants i les seves famílies i la continuïtat assistencial quan així es requereixi.

S’ha de “reforçar el sistema de suport al desenvolupament infantil i l’atenció precoç a les dificultats o trastorns del desenvolupament dels infants i les seves famílies, des de les primeres etapes de la vida, des d’una perspectiva global i integradora dels aspectes sanitaris, socials i educatius; donant visibilitat a xarxa pública de referència i ampliar els recursos destinats als CDIAPs”

Resposta

En la memòria preliminar, d’acord amb el Pla de Govern, es fa referència als quatre objectius prioritaris per començar a avançar en l’atenció integrada a Catalunya: atenció integrada a les residències, atenció integrada a l’entorn domiciliari, atenció integrada a la salut mental i sistemes d’informació integrats. Així doncs, algunes de les propostes realitzades per les persones participants ja s’estan treballant actualment en aquest context (per exemple, la continuïtat assistencial entre CDIAP i CSMIJ).

Per altra banda, en l’apartat “altres iniciatives” de la pròpia memòria es descriu la necessitat d’incorporar els àmbits/col·lectius als que es refereixen aquestes propostes (per exemple, el consens d’un model d’atenció integrada per a les persones que són ateses en dispositius d’atenció diürna).

3. Atenció integrada a les residències (de persones grans i de persones amb discapacitat)

Aquest és un dels àmbits on hi ha hagut més aportacions, ja sigui en relació al model assistencial o bé als i les professionals que hi treballen.

3.1 Model assistencial a les residències

Les conseqüències de la pandèmia de COVID-19 en aquest àmbit ha estat molt present en els comentaris per part de les persones participants. Però les aportacions també van més enllà:

“Hi ha moltes situacions de malaltia, crònica que requereix d’atenció integrada social i sanitària, no només la COVID. La COVID ha posat en evidència aquesta gran mancança als centres de persones grans o discapacitades.”

“La Covid ha fet visible la misèria de coordinació social i sanitària de les residències.”

“La pandèmia ha posat de manifest les mancances del sistema que ja fa anys que estem demanant.”

“La pandèmia ha servit per centrar-nos en les necessitats individuals.”

“Les persones adultes amb discapacitat intel·lectual o amb problemàtica social corren el risc de ser tractades des de l'àmbit sanitari, i amb la pandèmia, per exemple, s'ha constatat que s'han vulnerat els seus drets amb mesures restrictives per sobre de la seva consideració de persona. Si tenen necessitats complexes d'atenció, caldrà tractar-les individualment segons les seves necessitats, no es pot establir un sistema global per tractar particularitats. Correm el risc de tractar a les persones amb discapacitat com a pacients.”

“No sanitaritzar les respostes socials. L'experiència viscuda en la covid, ens ha fet veure la necessitat d'incorporar la vessant sanitària en les residències, però hem d'evitar sanitaritzar les respostes de les necessitats socials.”

“Potser sí s'ha tingut en compte i no ho he sabut veure. Penso que aquesta nova mirada s'està fent des de la salut cap a la part social, és a dir, acostar la sanitat a les residències. Treballo en un servei que atén persones amb discapacitat intel·lectual i em sembla molt adequat. No obstant això també treballo en una Clínica i crec que també seria convenient analitzar-ho, hi ha moltíssimes persones grans ingressades amb certes necessitats que les estructures de les clíniques i hospitals no poden cobrir, cada vegada amb la població més envellida les estades als hospitals i clíniques allarguen per la dificultat de retornar a domicili, per ser persones grans i soles sense suports. Els CSS o HAI segueixen sent molt sanitaris i caldria pensar en crear un servei intermedi més social que sanitari. No seria un increment de recursos sinó un millor repartiment dels mateixos. Un llit d'hospital costa més del doble que un llit residencial i el mateix en un recurs sociosanitari. Al final s'estan utilitzant aquests recursos, emmascarant el motiu, perquè no hi ha cap altra opció i en conseqüència estem malbaratant els recursos. Perquè encara que en el paper estigui escrit que la persona, un cop no necessiti recursos sanitaris ha de ser alta, la realitat és que romanen als recursos fins que el problema social es resol.”

“Vivim a casa i anem al metge, els centres residencial són casa nostra”

“La primera decisió a prendre respecte del model d'atenció a les residències geriàtriques és, què volem ser?: Llars de vida en els que la ACP prioritzi el respecte als projectes vitals i on l'atenció sanitària no sigui estructural al centre sinó que es presti, com a la resta de domicilis, per personal sanitari depenent del ICS? O Institucions per l'atenció de persones amb situacions de necessitats sanitàries cròniques on l'atenció sanitària ha de ser estructural al centre (model dels soci-sanitaris) ?

En funció d'aquesta decisió els centres residencials haurien de tenir, o no: delegada l'atenció sanitària, per exemple, equips sanitaris de suport (efectiu i permanent) aliens a les plantilles però en coordinació permanent, per protocols d'actuació interdisciplinari, amb els equips dels centres; o bé el personal sanitari a les seves plantilles de personal”

“El criteri no és el fet que perquè estiguis en una residència ha d'haver-hi més integració, sinó que el criteri que s'ha de tenir en compte, és la necessitat concreta de les persones. Cal prioritzar situacions delicades/crítiques de les persones. L'experiència viscuda en la covid, ens ha fet veure la necessitat d'incorporar la vessant sanitària en les residències, però hem d'evitar “sanitaritzar” les respostes de les necessitats socials. La residència ha de dependre socialment i sanitàriament del territori on estigui. No s'ha de gestionar des de dins, han de formar part de la comunitat, sinó no parlarem d'integració”.

“Gestió de processos als serveis residencials per a gent gran o persones amb discapacitats. Afavorir àmbits d'exigència de serveis de qualitat basant-se en la gestió de processos en les residències de gent gran, que integrin els coneixements sobre l'atenció a la cronicitat.”

“El model d'atenció a les residències és una variant del model d'atenció domiciliària, que es una variant del model d'atenció global a les persones vulnerables”

“Els centres residencials d'atenció a les persones grans i/o discapacitades han d'oferir, en qualsevol cas i circumstància, una atenció individual més integral i integrada

Per això, es demana renovar el model residencial “per evitar que esdevinguin centres sociosanitaris per a persones grans i no una llar per a persones grans.”

“Escoltem la persona. No hem d'oblidar mai que sempre s'ha de preguntar a la persona com vol ser atesa. Les persones tenen i volen rebre la resposta a les seves necessitats i demandes, per elles és indiferent l'organització interna (si està integrada, coordinada)

“Els centres residencials d'atenció a les persones grans i/o discapacitades han d'oferir, en qualsevol cas i circumstància, una atenció individual més integral i integrada”

L'atenció integrada “és important perquè potser amb una consulta no fa falta derivar a la persona a un centre hospitalari”.

“Una de les poques coses que ha portat la situació de pandèmia és la gestió coordinada i el treball en xarxa, conjunt, de Salut i Drets Socials. Hem tingut referents dels dos Departaments disponibles quan ho necessitàvem, propers i amb ganes de donar suport. Mai el Departament de Benestar havia estat tant a prop i amb tant coneixement del nostre recurs i del perfil que atenem, pel que aposto per aquesta visió i que les regions socials no es suposin només un suport puntual per covid, sinó permanent”.

“Amb relació al paper de l'atenció primària, hauria de quedar ben clar el paper assignat i la responsabilitat entre la residència i l'AP, ja que no queda clar si la funció dels sanitaris de l'AP serà una funció purament puntual com va ser durant la pandèmia o amb capacitat d'incidir en activitats (higiene, canvis posturals, atenció integral de salut) que es fan, el personal, etc”.

“S'ha d'entendre, per una altra part, que les residències no han d'estar dirigides només a persones amb màxima dependència o pluripatològics. Hi ha persones grans amb diferent grau d'autonomia i les residències han de contemplar aquestes diferències. Una residència és la continuació de l'habitatge particular, però adequada a les necessitats. Les residència on les persones pugui fer una vida normal”.

Resposta

Si bé l'avantprojecte de Llei de l'AGAISS establirà les línies generals de l'atenció integrada social i sanitària, aquesta llei posteriorment haurà de ser objecte de desplegament. És en aquest procés de desplegament normatiu on es podran prendre en consideració algunes de les propostes que requereixen de canvis normatius relatius al model d'atenció a les residències.

Per altra banda, cal fer èmfasi en el fet que una de les quatre línies de treball prioritàries d'atenció integrada del Pla de Govern -i que ja està en funcionament- està orientada a desplegar el model d'atenció sanitària a les residències, amb l'objectiu de donar resposta a moltes de les necessitats a les que fan referència les aportacions dels participants. Si bé moltes d'elles ja estan incloses en els documents de treball publicats a la pàgina web (<https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/linies-mesures-prioritaries/atencio-integrada-residencies/>), es prendran en consideració.

3.2 Professionals

Els professionals que treballen o haurien de treballar en l'àmbit residencial també és motiu de múltiples aportacions:

“No té sentit que les residències hagin de tenir ratios de psiquiatre/neuròleg o metge, poden fer ús dels serveis públics, dret que té qualsevol persona, això fa que es doblin serveis i costos.”

“Disposar de servei mèdic i d'infermeria 24 hores al dia. Actualment, un alt percentatge de ciutadans que viuen en residències geriàtriques són pacients amb una alta comorbiditat, que pateixen diverses patologies cròniques que els fan altament vulnerables. L'atenció en les residències ha de comptar amb recursos assistencials, tant humans com d'equipament sanitari, per a atendre durant 24 hores al dia les descompensacions i reaguditzacions d'aquestes persones”.

“Les residències públiques/privades han de tenir uns ítems de qualitat que s'han de revisar cada any i les inspeccions no només han de ser tècniques, sinó de comprovació segons els ítems de qualitat establerts, comprovant que s'està fent i com, i de forma aleatòria parlar amb els diferents agents de salut així com a les usuàries i familiars en el cas que la persona no estigui preparada per respondre. Tampoc no es diu res de les ràtios dels treballadors auxiliars, que en lloc d'augmentar-los s'han reduït. (última revisió feta el 2010 Actualment les ràtios marquen un treballador a la nit per 35 i a partir de 35 dos i a partir de 80 dos i un localitzat. (situació de ràtios que ja es van veure a la pandèmia insuficient) En neteja també s'han de marcar, ja que és una de les parts en les quals més s'estalvien”.

“Cal concretar funcions i tasques i la manera de coordinar-se dels professionals de les residències i sanitaris”.

“Caldria incloure el farmacèutic comunitari a l'equip assistencial de centre residència per a la gent gran. Això reduiria els costos i afavoriria el seguiment i control terapèutic. Així mateix, permetria un bon ús dels fàrmacs, millora de protocols de seguretat terapèutica. Pot millorar el control terapèutic amb el sintrom o els tractaments temporals amb corticoides, alhora una millor gestió de antibiòtics. Finalment podria integrar una coordinació amb la farmàcia del SAP per millorar la gestió dels psicofàrmacs”.

“Inclusió de professionals farmacèutics en les diferents estructures en què es dota el projecte. En ser l'atenció farmacèutica, competència del farmacèutic, una peça més del conjunt de l'assistència sanitària, hauria de poder-se integrar en l'equip que assisteix a aquests pacients des del punt de vista social i sanitari”.

Resposta

En el document “Model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran” es presenta de manera gràfica la globalitat dels actors que intervenen o haurien d'intervenir en l'atenció sanitària a les persones grans que viuen en residències. Es defineixen situats en una sèrie de corones que simulen cercles de proximitat, sempre vinculats a una atenció sanitària integrada amb les persones usuàries ateses, i diferenciades segons el departament al qual pertanyen. A tots ells caldrà tenir-los en comptes a l'hora de desplegar el model.

Respecte algun dels col·lectius professionals apareguts als comentaris, cal explicitar que:

- Es reconeix la figura de la infermera d'atenció primària referent de l'àmbit residencial. Amb diferents funcions encaminades tant a activitats assistencials de suport, com en la coordinació i activació de dispositius sanitaris en la col·laboració de programes conjunts de formació.
- Pel que fa a la figura del farmacèutic, ja es contempla la integració d'aquesta figura dins de l'equip multidisciplinari d'atenció sanitària. És un perfil professional clau per garantir, entre d'altres, les activitats relacionades amb: l'adquisició, la custòdia, la conservació i la distribució de medicaments i de productes sanitaris, l'optimització dels resultats de l'ús de medicaments i de productes sanitaris, donar suport als professionals en decisions clíniques de tractaments, gestió del coneixement ...

En relació a les aportacions sobre les condicions funcionals de les residències, cal fer esment que s'ha iniciat per part del Departament de Drets Socials la definició del nou Model Residencial de Catalunya que ha d'anar alineat amb la normativa estatal al respecte, la qual també s'està revisant.

4. Atenció integrada a la Salut Mental.

Recollim a continuació les aportacions més significatives en aquest àmbit:

“Posar a les persones amb problemes de salut mental al centre, implica personalitzar els suports, identificar i tenir una actitud d’escolta en relació a les necessitats percebudes i per tant plantejar un pla a mida en cada cas.”

“La cartera de serveis i el model que es dibuixi i consolidi des de l’Agència ha d’estar orientat a assolir resultats en aquest sentit, basat en el paradigma de la recuperació, i orientat a l’empoderament i la promoció de l’autonomia. Això implica alhora, tenir molt present la perspectiva de drets, incorporant-la en el disseny de l’estratègia i el desplegament de plans d’acció que contribueixin a protegir, promoure i respectar els drets de les persones amb problemàtica de salut mental.

“A més del guariment des de la pedagogia apostem per l’atenció integral, tant a la diversitat funcional, salut emocional o cura als participants i als professionals, tenint en compte l’ètica de la cura i l’educació per la salut.”

“L’Atenció Integrada Social i Sanitària hauria d’esdevenir no només un bon instrument sinó l’instrument que creiem adient per garantir un suport i acompanyament adequat a les persones amb problemes de salut mental i addiccions, i especialment a les persones amb necessitats d’atenció més complexes”.

“La persona en aquest tipus de situacions ha de ser entesa i atesa des del seu entorn comunitari proper i comptant amb la xarxa de professionals que li són de referència. Així, també defugim del possible desdoblament de recursos”.

Resposta

Les aportacions recollides es tindran en consideració en el marc de creació de l’AGAISS i s’hauran de materialitzar en el seu posterior desplegament normatiu, ja que tal com s’explica a continuació, aquestes aportacions estan alineades amb les actuacions estratègiques ja encetades des de l’Administració i amb els objectius de la creació de l’AGAISS.

El seu desplegament normatiu requerirà d’un treball en equip i en xarxa de tots els actors implicats: administracions, professionals, persones usuàries, familiars i entitats del sector de la salut mental.

En l’actual context socioeconòmic, demogràfic i de pots-pandèmia, l’abordatge de la salut mental i les addiccions es una prioritats rellevant del Govern de la Generalitat de Catalunya. L’atenció integrada i integral d’aquestes problemàtiques ha estat una aposta de diferents Departaments que ha anat avançant en l’abordatge estratègic i en actuacions des de fa més d’una dècada. En aquest sentit, cal tenir present l’estratègia 2017-2019 del Pla integral d’atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Aquesta estratègia recull un seguit d’actuacions amb una visió holística de la persona abordada des dels diferents àmbits que conflueixen en el seu cicle vital i en l’exercici dels seus drets, àmbits com la salut, l’educació, atenció social, l’ocupació i la justícia.

Els objectius a futur estan orientats a la definició i la implementació d’un model d’atenció preventiu i comunitari, de foment de l’autonomia personal, centrat en les necessitats de les persones i adequant les actuacions en els seus entorns naturals, que orienti l’organització

dels serveis d'atenció des del paradigma del model de recuperació i comptant sempre amb la participació activa de la persona i dels seus familiars.

5. Atenció integrada a l'entorn domiciliari.

També són múltiples les aportacions sobre el Model d'atenció a l'entorn domiciliari, així com respecte l'entorn cuidador de la persona i l'habitatge.

5.1 Model d'atenció a l'entorn domiciliari

“El resum executiu de l'Avaluació de l'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari, realitzat a partir de les experiències prèvies, posa de manifest en les principals recomanacions la necessitat d'enfortir els serveis socials d'atenció a l'entorn domiciliari, potenciar sistemes de suport a l'entorn domiciliari i desplegar el model i les accions que facilitin els canvis estructurals i d'organització.”

Es considera molt important, abans de la integració, definir millor normativament el servei d'ajuda a domicili: *“Definir el model del Servei d'Atenció en l'entorn Domiciliari (SAED) entre els serveis socials bàsics.”*

“L'atenció a domicili, que no sigui a través del SAD públic, en breu serà complicat que es faci de manera ordenada i professional, degut a que la reforma laboral va en contra de la temporalitat contractual, i en aquest àmbit (el SAD privat o PEV) és impossible poder operar d'una altra manera.”

“Recursos SAD: qualitativa i quantitativa (per exemple, actualment no s'ofereix servei els caps de setmana). Professionalització dels suports d'atenció domiciliària per garantir que es compleixin els criteris de vida independent”

Com a síntesi de la necessitat d'aquesta coordinació (acció integrada):

“Actualment des de serveis socials activem serveis d'atenció a domicili amb molt poca informació de la situació de salut de la persona, o bé la informació que tenim no ens ve directament d'un professional de salut, sinó de la família. A la vegada, els professionals sanitaris molts cops no tenen constància que hi ha un servei d'atenció a domicili.”

“Sempre que els sanitaris no marquin el tipus d'intervenció social que s'ha de fer.

“...indispensable desenvolupar protocols multidisciplinars coordinats pels professionals competents potenciant el seu paper en la tasca de formació i suport a les persones amb malalties cròniques i els seus cuidadors”.

“cal trencar amb la fragmentació dels serveis”

“hauria de ser prioritari que la persona no hagi de marxar de casa seva. Hauria de poder rebre atenció pertinent sanitària i social per garantir l'atenció integral”.

“Posar el focus en l’objectiu final d’oferir una atenció centrada en la persona i les seves necessitats”.

Es planteja un model d’atenció domiciliària que hauria de contenir: *“Necessitat d’internalització del personal del SAD, i augment de personal i millora de les condicions laborals”.*

“Son persones actualment desateses que no disposen de cap tipus de suport a la llar orientat a la recuperació i autonomia. Per tant, el model ha d’incorporar totes les situacions i especialment les necessitats que actualment estan desateses.”

“Professionalització dels suports d’atenció domiciliària per garantir que es compleixin els criteris de vida independent”.

Resposta

Si bé l’avantprojecte de Llei de l’AGAISS establirà les línies generals de l’atenció integrada social i sanitària, aquesta llei posteriorment haurà de ser objecte de desplegament. És en aquest procés de desplegament normatiu on es podran prendre en consideració algunes de les propostes que requereixen de canvis normatius relacionats amb el model d’atenció a l’entorn domiciliari.

Per altra banda, cal fer èmfasi en el fet que una de les quatre línies de treball prioritàries d’atenció integrada del Pla de Govern -i que ja està en funcionament- està orientada a desplegar el model d’atenció sanitària a l’entorn domiciliari, amb l’objectiu de donar resposta a moltes de les necessitats recollides a les aportacions de les persones participants. Si bé moltes d’elles ja estan incloses en els documents de treball publicats a la pàgina web (<https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/linies-mesures-prioritaries/atencio-integrada-entorn-domiciliari/>), es prendran en consideració.

Pel que fa a les propostes de model que no són de l’àmbit de l’atenció integrada es traslladaran als Departaments corresponents tot tenint en compte que la competència en la prestació del servei d’ajuda a l’entorn domiciliari és competència dels ens locals.

5.2 Condicions de l’habitatge i entorn cuidador:

“Avaluació real de les condicions del nucli familiar, la vivenda (sic) i les possibilitats de la cura efectiva de la persona en el propi domicili”.

“Valorar realment les condicions l’habitatge i la disposició dels cuidadors-familiars. Valoració feta in situ, no fora de l’habitatge.”

“Persones convivents cuidadores: En els documents no s’exposa res vers elles específicament i seran població diana ja que rebran una càrrega física i emocional important. Aquests dos punts són imprescindibles per garantir una bona qualitat del servei: 1) Avaluació real de les condicions del nucli familiar, l’habitatge i les possibilitats de la cura

efectiva de la persona en el propi domicili; 2) Facilitar la tramitació de les reformes i adaptacions per l'accessibilitat"

Cal que l'habitatge tingui les condicions d'accessibilitat adequades: "Accessibilitat: entorn físic/arquitectònic favorable (productes de suport, adaptacions...). És molt probable que moltes deficiències d'accessibilitat estiguin molt relacionades amb situacions de pobresa. Desconeixem si hi ha dades però seria molt important contemplar-ho i disposar d'indicadors que permetin després fer i monitoritzar les intervencions. El paradigma del nou model de AISS ens porta cap a una orientació significativa a l'àmbit domiciliari i comunitari on la necessitat de disposar d'un entorn adaptat serà bàsic a l'hora de poder donar resposta a les necessitats de les persones i els seus familiars cuidadors. Creiem que caldria explicitar algunes qüestions que s'utilitzaran per garantir la qualitat de vida de les persones que viuran en les llars."

Resposta

En relació amb les propostes que tenen a veure amb les condicions de l'habitatge i l'entorn cuidador actualment està previst incorporar serveis de suport i assessorament en l'adaptació de la llar quan sigui necessari, així com el suport a les persones cuidadores en l'entorn familiar per tal de donar una millor qualitat a l'atenció a l'entorn domiciliari.

6. Canals de participació dels diferents actors implicats (entitats prestadores de serveis, professionals, ciutadania...)

Moltes aportacions fan èmfasi en la necessitat d'incorporar a tots els actors implicats en aquest procés:

"Imprescindible incloure la participació d'usuaris i famílies en l'elaboració definitiva del model i en el seguiment de la gestió dels centres. Les associacions existents són representatives".

"Incloure el funcionament real dels Consells de Participació, amb la participació d'entitats veïnals."

Així, també destaquem la importància que en aquest seguiment estiguin presents les entitats del Tercer Sector Social i la participació en 1ª persona de diferents col·lectius perceptors de l'atenció integrada social i sanitària i/o les seves famílies."

Reconèixer la importància i preferència de les entitats del Tercer Sector Social, como agent de l'atenció sociosanitària. També reclamar la millora del finançament i de les condicions laborals dels professionals del Tercer Sector Social, doncs actualment hi ha una gran diferència entre els serveis socials públics i el Tercer Sector Social i per tant, és imprescindible equiparar-los."

"Integració dels representants dels treballadors i treballadores. Convocar i responsabilitzar del disseny als representants dels treballadors dels diferents sectors des de l'inici d'aquest projecte de Llei, que integri el coneixement de drets i deures normatius laborals, que

afavoreixin la posterior integració d'ambdós àmbits d'atenció social i sanitària, que actualment tenen regulació laboral tant diferent”.

“Quan es parla de sistema social i sistema sanitari, en el cas del primer (SOCIAL) no s’hauria de comptar només amb els ens locals de l’administració (TS ajuntaments, consells comarcals...) sinó que també haurien d’estar inclosos els professionals i serveis del tercer sector como ara Residències, llars, centres ocupacionals, etc. que participem de l’atenció a la persona.”

“Convideu a formar part dels grups de treball a operadors reals, amb experiència en cada un dels serveis. Gràcies.”

“Representació institucional de familiars i usuaris en totes les instàncies on es prenguin decisions que els afectin (comissions, taules, etc.)”

“Incorporar de l’expertesa des de les persones i les famílies i les entitats que les representen”.

“Participació dels usuaris i les famílies en l’elaboració definitiva del model”.

“Incorporar associacions de d’usuaris i familiars en els diferents espais d’elaboració, planificació i avaluació dels nous models”.

“Incorporar les associacions d’usuaris i familiars, amb veu i vot, en els diferents espais d’elaboració, planificació i avaluació dels nous models. Garantir el funcionament real dels Consells de Participació.”

Resposta

Pel que fa a les diverses aportacions rebudes en la línia d’incorporar tots els agents en la fase de creació i seguiment de l’AGAISS, cal explicitar que actualment ja s’ha concretat la inclusió de les entitats del tercer sector, de les associacions de familiars i de persones usuàries, de les entitats prestadores de serveis, i de les persones professionals de l’atenció social i sanitària en el diversos formats de participació que actualment estan en funcionament, entre els quals destaquem els grups de treball, les taules de participació, les entrevistes individualitzades, etc.

Al llarg del procés de disseny de l’AGAISS hi ha hagut diverses oportunitats d’interlocutar amb els i les professionals així com amb els i les seves representants amb l’objectiu d’incorporar la seva visió. També es preveu la participació dels sindicats en les taules de participació.

En el marc de desenvolupament normatiu de l’Agència es tindran en compte les propostes i s’hauran de preveure els canals de participació que siguin adients per al seguiment de la implementació de l’atenció integrada amb la participació efectiva de tots els actors implicats - tal com s’especifica en el model participatiu de la Generalitat, i en el cas del Departament de Salut, en el marc de la participació ciutadana en Salut-

7.- Model de governança i territori

Tant la governança de l'AGAISS com del desplegament territorial dels projectes d'atenció integrada són motiu de múltiples aportacions:

7.1 Model de governança

“Doncs no sé si estem duplicant agències ja que es podria integrar dins de l'agència de salut pública de Catalunya. Amb un departament de benestar social. A més ja existeixen relacions i xarxes entre social i salut.”

“A dia d'avui el sistema de Salut està molt més centralitzat que el de Serveis Socials i això provoca desequilibris que caldrà treballar per tal que no suposin un impediment a l'hora de dur a terme aquest procés de transformació”

“La vessant sanitària està molt més preparada i té pressa. La dificultat és màxima perquè és fonamental que els actors vagin al mateix ritme. Si no acceleren els altres o frena Salut, pot descarrilar l'Agència”.

“Cal establir una governança de l'agència en la que estiguin presents els departaments responsables, el món local, les entitats representants de la xarxa de serveis d'atenció pública, i incorporant mecanismes de participació de representants de les persones ateses i famílies”.

“Tenir en compte tots els agents. L'oficina no parla de tots els agents implicats en l'atenció, on estan les persones, professionals i proveïdors...? No s'evidencia la participació real de les persones que tenen necessitat i demandes (les persones han d'estar veritablement al centre). Cal tenir també en compte que els ajuntaments/administracions. L'èxit passa per la construcció conjunta amb tots els agents/actors implicats. L'Agència ha de tenir totes les capes representades, per poder treballar i integrar realment.”

“Mai deixaria que el meu ajuntament governés el meu futur com a ciutadà ateses les connotacions polítiques dels partits governants.”

“No estic d'acord que l'ajuntament “decideixi” sobre els recursos. Confio més en els tècnics de salut i drets socials que no estarien subjectes a pressupostos per decidir/orientar”.

“Cal que el món local estigui present tant el en Grup Motor (Grup tècnic, encarregat d'impulsar i pilotar tant la creació de l'Agència d'atenció integrada social i sanitària, com el desplegament dels projectes prioritaris d'atenció integrada) com en el Comitè Estratègic. (sic)”

“Trobem a faltar una major representació del món local en els espais de co-govern, en l'operativa i la presa de decisions de l'Agència d'atenció social i sanitària integrada”.

“una aliança entre l’administració i les entitats que representen els diferents col·lectius, entitats que han de tenir un paper molt cabdal i formar part dels equips de governança de qualsevol estructura que es creï en aquest marc”.

“A dia d’avui el sistema de Salut està molt més centralitzat que el de Serveis Socials i això provoca desequilibris que caldrà treballar per tal que no suposin un impediment a l’hora de dur a terme aquest procés de transformació”

“... molt necessari que les regions socials formin part de l’Agència, ja que fa gairebé dos anys que tenen contacte estret i molt de coneixement sobre els centres de gent gran, discapacitat, addiccions, salut mental, etc...”

“Ens hem sentit molt acompanyats per la nostra referent de la Regió Social en tot moment.”

“La Regió Social ha sigut una frontissa amb el departament de gran utilitat per les residències que abans no existia. Estàvem deseparades. Aquesta relació i figura de seguiment i col·laboració amb les residències s’ha de consolidar i s’ha de fer un canvi de model cap a l’atenció social i sanitària i integrant l’atenció social i sanitària. Cosa que els centres ja fa anys que treballem dins la nostra precarietat diària, per la qual cosa és indispensable estructures de suport en aquest sentit, i ajudes econòmiques i tècniques.”

Resposta

La creació de l’AGAISS no vol duplicar les tasques d’altres agències o departaments. La finalitat és articular l’atenció integrada a Catalunya, amb l’objectiu de millorar els resultats d’atenció a les persones descrites, com es planteja a la memòria preliminar aprovada el passat febrer.

El món local, com no podria ser d’una altra manera, ha de ser un actor clau en la materialització de l’atenció integrada. La seva incorporació en els àmbits de governança està en fase d’implementació.

Un element especialment important, en el que l’equip motor està fent especial èmfasi en tot aquest procés, és l’harmonització de les cultures i dinàmiques dels dos departaments (Drets Socials i Salut).

Finalment, estem d’acord amb la importància del rol de les Regions Socials en el desplegament de l’AISS; és prominent en el desplegament de les dinàmiques d’atenció integrada territorials. És per aquest mateix motiu que, conjuntament amb les figures de les antigues delegades de Salut per als centres residencials, els i les coordinadores de drets socials passaran a ser referents territorials d’atenció integrada social i sanitària.

7.2 Consideracions territorials

“No s’hauria de desplegar un model d’agència integrada sense considerar les característiques dels territoris, diversos en composició, però amb persones iguals en drets.”

“La dimensió territorial com element clau en la definició del model. És imprescindible i determinant incorporar i entendre el model en clau de territori, incorporant a tots els agents existents en cadascun, on actualment trobem una gran diversitat”.

“Resoldre la desigualtat territorial en l'accés als serveis i els reptes d'accés en l'àmbit rural.”

“Desenvolupament d'unitats territorials de coordinació de tots els dispositius d'atenció a la infància, sanitaris, socials (i educatius), que facilitin una resposta terapèutica integral i immediata i garanteixin la continuïtat assistencial, quan així es requereixi.”

“Tot i tenir un model global i únic (un model base) cal adaptabilitat i permeabilitat segons els territoris, àmbits, necessitats de les persones... no podem quedar-nos en un únic model. En definitiva, tant els departaments i els ens socials han de poder tenir en compte el territori, les dinàmiques d'aquest, els recursos disponibles i les persones que hi viuen per dissenyar models d'atenció que siguin prou flexibles”.

“Els territoris tenen organitzacions diferents i les persones necessitats també diferents, per tant no podem quedar-nos en un únic model (no serveix el “cafè para todos”). Hem de poder ser flexibles i que tots els agents hi estiguin d'acord. Per tant necessitem diferents aterraments dels models. En definitiva, tant els departament i els ens socials han de poder tenir en compte el territori, les dinàmiques d'aquest, els recursos disponibles i les persones que hi viuen per dissenyar models d'atenció que siguin prou flexibles.”

Resposta

Es tenen en compte totes les aportacions que suggereixen la incorporació dels diversos agents a nivell territorial en el moment de la configuració dels òrgans de governança així com aquelles aportacions que demanen sensibilitat i flexibilitat en l'aplicació del model per tal que es pugui adaptar a les diferents realitats i característiques territorials. Catalunya és un país amb marcades diferències pel que fa a la dispersió territorial i la densitat de població. Aquesta diversitat és un element clau en el treball de definició de la dimensió i la governança territorial de l'AGAISS.

Prenem també en consideració les propostes sobre la creació d'unitats territorials de coordinació; el desplegament per fases de l'AGAISS ens permetrà arribar a l'objectiu de l'atenció integral, també a nivell territorial.

8. Finançament de l'AGAISS i/o recursos amb els que hauria de comptar i/o sistemes de compra o provisió.

Hi ha nombroses aportacions que fan referència a la dotació pressupostària suficient amb què hauria de comptar l'Agència, a la necessitat de disposar d'un bon pla de finançament i altres es refereixen a les dificultats que pot comportar no disposar de la dotació pressupostària suficient per assolir els objectius de l'AGAISS:

8.1 Finançament de l'AGAISS

“Un compromís de pressupost assignat a la creació de l’Agència d’Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya i al seu desplegament. I que aquest sigui un compromís de país.”

“Reitero la idea de que és necessari/imprescindible que es doti al sistema del pressupost necessari i el compromís de continuïtat.”

“calen recursos suficients que ara no hi són.”

“Un pla d’implementació i una proposta pressupostària”.

“Finançament suficient que acompanyi la reordenació i l’actualització de la cartera de serveis de cobertura pública, i l’harmonització i millora de les condicions laborals per retenir i captar el talent humà necessari.”

“La qüestió organitzativa i pressupostària està poc desenvolupada al llarg de la documentació facilitada. Considerem que cal equiparar els dos sistemes des del punt de vista de funcionament, pressupostari i legislatiu”.

“És imprescindible incrementar els recursos econòmics per desplegar l’atenció integrada social i sanitària. Aquest increment de recursos suposarà, a mitjà i llarg termini, una millora de la sostenibilitat financera del sistema respecte de l’opció de no dur a terme el procés d’integració”

“Augmentar la inversió en serveis socials i en sanitat per aconseguir els nivells d’inversió a nivell europeu”.

“L’Agència ha de comptar amb un pressupost propi i ha de tenir capacitat per contractar serveis.

L’Agència ha de tenir estructura financera pròpia que li permeti, entre d’altres accions, disposar de capacitat de contractació.”

Canvis en el model de finançament, orientats a la integració de l’atenció i a la promoció de pràctiques innovadores en aquest sentit.

“Tot nou model ha d’anar acompanyat d’una temporització i un pressupost de finançament, que trobem a faltar en alguns dels documents. No pot ser que fins al 2025-26 no es prevegi un increment del finançament”

Cal que l’oficina, disposi de finançament propi, per poder desenvolupar projectes transformadors (pilots/proves). Ha de poder disposar de recursos complementaris per poder dur a terme els diferents projectes i no dependre econòmicament per dur-los a terme. Si no provem no podrem evidenciar bons resultats.

Els recursos de serveis socials haurien de autogestionar-se amb compres centralitzades de recursos i materials, al nivell d’unitats productives, de manera territorial, incloent tots els recursos residencials independentment del prestador de serveis socials. Així mateix material fungible i material de cures.

Altres aspectes cabdals que considerem d'interès i que caldrà tenir en compte, davant la situació crònica d'infr finançament dels sistemes en la que ens trobem, per tal de garantir un pressupost que ho faci factible i viable són entre d'altres:

- *Descriure el cost d'implantació.*
- *Descriure el cost d'adaptació.*
- *Fixar un termini d'implantació/execució.*
- *Atraure i retenir el talent dels professionals.*
- *Contractar més professionals per evitar, als actuals, sobrecàrrega de treball i desmotivació.*
- *Cercar i introduir solucions digitals en els processos on la persona ha de rebre assistència, per millorar els diferents nivells d'atenció.*
- *Els centres residencials d'atenció a les persones grans i/o discapacitades han d'oferir, en qualsevol cas i circumstància, una atenció individual més integral i integrada.”*

Resposta

La creació de l'AGAISS comportarà la dotació d'una partida pressupostària que permeti la posada en funcionament d'aquesta Agència.

L'assignació de recursos a l'Agència es farà en funció de les competències que es determinin i de la Cartera de Serveis i es preveu que s'haurà d'implementar amb un desplegament progressiu en funció del qual s'hauran de fer les assignacions pressupostàries corresponents. En aquest desplegament s'haurà de tenir en compte quins sistemes de provisió serien idonis per facilitar l'atenció integrada i les fórmules d'innovació en els sistemes de compra i de pagament per dotar de flexibilitat el sistema.

Es prenen en consideració les aportacions per a l'elaboració de la Memòria econòmica.

Altres aportacions d'aquest àmbit tenen a veure amb les diferències actuals amb els sistemes de salut i de serveis socials i les diferències en l'accés als serveis pel que fa al finançament.

8.2 Diferències entre ambdós sistemes

“...hi ha una qüestió de drets, concretament de desequilibri d'aquests drets. El dret a la salut, en relació els drets que emanen de l'atenció social, no són els mateixos, ni es troben en un equilibri. El dret a la salut és més fort, universal, gratuït, i en canvi, els serveis socials acostumen a ser de copagament. Cal reflexionar també sobre aquesta qüestió i equiparar els dos drets a l'alça.”

“Voldria deixar constància de la gran diferència en relació al finançament en els serveis de salut i serveis socials. Perquè salut es 100% gratuït i serveis socials pràcticament tots tenen copagament ja sigui de les persones beneficiàries i/o de les administracions locals? no estem tots centrats en el benestar?”

Resposta

El copagament en la prestació d'alguns dels serveis socials està recollit en la normativa de serveis socials. En el context de creació de l'Agència no correspon replantejar el sistema de finançament de la cartera de serveis socials.

Tanmateix, en els serveis que es determini que ha de prestar l'Agència, s'haurà de valorar la possibilitat de fer extensible la lògica de finançament del sistema de salut en les prestacions pròpies de l'atenció integrada.

9. Sistemes d'avaluació i control que s'haurien de posar en marxa per part de l'AGAISS.

9.1 Sistema d'avaluació

Apareix també amb claredat la necessitat d'establir indicadors i un sistema d'avaluació per fer un seguiment acurat del desplegament de l'AGISS:

“En relació a l'avaluació pensem que és una funció que hauria de ser externa a l'agència.

*“Preveure **sistemes d'avaluació** dels nous protocols, programes i serveis que es generin, generant indicadors que permetin avaluar impacte en les persones i en la societat, i assegurant que aquesta avaluació sigui **participativa**”.*

Resposta

Es prenen en consideració aquestes aportacions ja que estaran incloses en les fórmules d'avaluació de creació de l'Agència, com no pot ser d'una altra manera, atès que els organismes públics han portat a terme avaluació de les polítiques públiques, ja sigui mitjançant sistemes externs, interns o amb fórmules mixtes.

9.2 Sistemes de control

“Les inspeccions i controls, tant rutinaris com efectuats arran de denúncies, hauran de ser REALS i SENSE PREAVÍS. Caldrà informar del resultat d'aquestes inspeccions als Consells o Òrgans de participació de familiars i usuaris.”

“Hi ha d'haver un procediment de control sobre els operadors i prescriptors del servei”.

“Establir, per part de l'administració, condicions i supervisions a les empreses gestores que garanteixin els serveis de qualitat i de bon tracte laboral”

“Definir, inspeccionar i avaluar amb exigència real la qualitat del funcionament de les empreses contractades per la gestió dels serveis”

“Creació d’una unitat on es puguin adreçar els usuàries i/o familiars a les respectives administracions per a dur a terme queixes i suggeriments en relació a l’atenció que reben”

“Que es creï un òrgan o comissió, per tal de poder fer el seguiment d’aquesta Agència, veure com evoluciona i garantir que el pressupost assignat s’inverteix en els conceptes predeterminats”.

Resposta

Es tindran en compte aquestes aportacions, incloent-les en el quadre de comandament del seguiment de la qualitat de la prestació dels serveis que s’hagin de prestar per part de l’AGAISS. També es definiran els mecanismes de control, inspecció i de participació que s’estableixin en la normativa de desenvolupament de l’AGAISS.

Donat que l’AGAISS serà un organisme de l’administració, estarà sotmesa al dret administratiu, fet que porta implícit el control dels diferents organismes (Intervenció, Sindicatura de Comptes, Departaments d’adscripció, control parlamentari,...). L’Avantprojecte de creació de l’AGAISS haurà de preveure, doncs, el control del funcionament de l’Agència i el seguiment financer i pressupostari.

10. Sistemes d’informació integrats

Entre les diferents participacions recollides a la Consulta de Participació es destaca que hi ha un consens important sobre la importància de la plataforma digital integrada. Per tal de poder analitzar les mateixes hem fet un recull d’aspectes a valorar i tenir en consideració:

“Disposar d’un únic canal d’informació compartit i per tant una visió conjunta entre tots els dispositius i serveis que estan intervenint.

“conceptualització de les tecnologies d’informació necessàries”

“Pren especial importància completar el desplegament de l’eCAP a les residències de gent gran, iniciativa en procés que ha de permetre compartir l’historial clínic de les persones usuàries, però que a dia d’avui encara és lluny de ser una solució per als professionals dels centres residencials”.

“Uns sistemes d’informació, que siguin facilitadors del treball col·laboratiu entre els professionals dels diferents àmbits de suport”.

“No calen professionals dels dos àmbits. Cal que els professionals dels dos àmbits tinguin accés al meu historial únic, amb plena llibertat per gestionar-lo i treballar en xarxa, si la persona és el centre de l’atenció no necessitaria atenció des de dos àmbits social i sanitari, sinó que ambdós estiguin integrats independentment del professional que m’atengui.”

“L’Agència ha de treballar de forma efectiva i en cooperació amb totes les agents implicades i des de tots els nivells d’atenció. És a dir, no serveix únicament la coordinació efectiva que

ja s'està donant actualment entre la treballadora social de Serveis Socials Bàsics i la treballadora social sanitària de l'hospital de referència, per exemple; sinó que han d'existir xarxes de comunicació a tots els nivells, tant entre les persones com entre els sistemes d'informació.”

“... sempre que el municipi no accedeixi a la meva informació de salut i decidir que és el millor per a mi.”

“El metge ha de saber si una persona discapacitada té moltes cistitis però no ho necessita un treballador social”.

“és imprescindible incorporar la tecnologia en l'atenció, però no únicament els sistemes d'informació han d'estar lligats a la tecnologia. Perquè la integració funcioni ha d'estar la tecnologia incorporada en tota l'atenció. La tecnologia és imprescindible, des del seguiment, prestació del servei... Aquesta integració tecnològica ha de ser escalable, pràctica i útil. Cal parlar de interoperabilitat.”

“Articular un sistema àgil i accessible per garantir la universalitat. i l'accés en tots els supòsits i en tots els moments, i protegir especialment persones en situacions complexes, com persones en situació de dependència, persones amb discapacitat i persones drogodependents”.

“Apostar per sistemes d'informació integrats de qualitat, que recullin només informació útil i necessària i als que tothom pugui accedir, protegint els drets de les persones a compartir la seva informació personal.”

“Fer efectiva la interoperabilitat i la total integració d'expedients i historials clínics que permeti als professionals prendre decisions per a una millor atenció a les persones. Treballar amb models més similars i unificar llenguatges i criteris de recollida de dades per a un model més compartit que permeti fer el creuament i oferir una atenció més integral a la persona.”

“un espai dedicat als aspectes familiars i relacionals i comunitaris, facilitant una visió àmplia de l'usuari.”

“només dels professionals que fan atenció integrada, no de tots els professionals del sistema.”

“una plataforma única i integrada pels dos àmbits”. “Amb diferents perfils per accedir i poder visualitzar determinada informació en funció del perfil.”

“professionals sanitaris de les residències han de tenir accés complet i no limitar-se a ser observadors.”

“acompanyada de formació, pla de desplegaments amb bona operativa i protegint les dades de salut”.

“...poder disposar d'un únic expedient, una única història. Un sistema integrat ajuda a les professionals a prendre decisions professionals vers l'atenció de la persona. I, com hem

anotat en la pregunta 3, garantir accés als sistemes per part dels diferents agents, la persona és la propietària de les dades i disposar de informació de qualitat.”

“Caldria incloure les farmàcies comunitàries”

“Data. Pensem que la dada és una dimensió i variable que hauria d’estar sempre present en el disseny i execució de qualsevol de les iniciatives que es duquin a terme des de l’Agència. Totes les iniciatives han de procurar generar, consumir i interoperar dades, ja que això permetrà generar valor i poder-lo mesurar i per tant millorar. En altres paraules, l’Agència en la seva gènesi, té la possibilitat de crear-se en la seva concepció com una organització “data-driven”, i aquesta oportunitat no s’hauria de perdre. Aquest model comporta incorporar en els pilars de la filosofia i operativa de treball de l’Agència, el treballar amb orientació a la dada. No només pensem, s’ha de fer una tasca d’identificació del valor i potencial de les dades que es disposen dels ciutadans per a la seva interoperabilitat, si no en la definició dels indicadors objectius que poden permetre el control i gestió a l’agència, de la mesura del valor que aporten. Així mateix, com aquelles iniciatives que permetin millorar la transparència al públic en l’ús de les seves dades:

- L’automatització de tasques, l’analítica avançada, l’aplicació d’intel·ligència artificial (per exemple en la presa de decisions), han de ser elements d’anàlisi i identificació per a la seva aplicació, en les primeres fases de disseny d’algunes de les iniciatives que vol liderar l’Agència. Així com construir i elaborar aquells elements tècnics, regulatoris i legals que manquen per definir.*
- Solucions digitals úniques per el ciutadà. Pensem que s’hauran de modificar les actuals solucions digitals de cada al ciutadà o habilitar de noves, per tal d’oferir al ciutadà un canal únic. Les solucions de backoffice hauran d’interoperar, les solucions de front office han de ser úniques.*
- Qualitat del servei. Incorporar eines i models que permetin mesurar i millorar els diferents serveis que es donin al ciutadà.*
- Interoperabilitat. Sota el nostre de punt de vista i experiència, la interoperabilitat entre els diferents àmbits no presenta un problema tecnològic, el repte està en el camp de la definició d’estàndards en l’àmbit dels Serveis Socials.*
- Altres àmbits. Dissenyar tots els serveis i elements tenint en compte que en futur serà important incorporar i compartir dades amb altres àmbits que directament tenen una relació amb Salut i Serveis Socials com: justícia, educació i treball”.*

“Les dades són de les persones, i elles són les que han de poder accedir a la informació, així com potser les persones són les que han de poder decidir a qui donar la informació. Alhora, cal que la informació sigui de qualitat, útil i necessària. També preguntar-nos quina informació necessitem compartir, hauríem de poder recollir aquella que és necessària per a la intervenció/atenció, sinó la necessitem no cal que la recollim.

Aquesta plataforma podria tenir altres utilitats com: “ser un disparador perfecte per impulsar iniciatives en l’àmbit de serveis socials en relació a salut.”

“poden aprofundir les desigualtats sanitàries existents en funció del nivell socioeconòmic o de les minories ja afectades per la bretxa digital. Pensem que cal desenvolupar tecnologies i solucions inclusives ja que hi ha persones amb limitacions auditives o visuals, demència, i altres afeccions que requeriran solucions adaptades. La nostra principal preocupació en

aquest àmbit és que es garanteixin els drets individuals (accés a les nostres dades personals, informació transparent sobre el processament dels mateixos i el dret a l'oblit o a l'esborrament de dades) i s'implementin de manera efectiva, amb informació accessible. Considerem que un pacient amb accés a informació és un pacient que pot arribar a ser més autònom i responsable respecte del tractament”.

“A més d'accés virtual, s'ha d'assegurar coordinació presencial”.

El sector professional considera important no duplicar feines i veu útil la plataforma *“Sempre i quan sigui una única plataforma de registre que ja serveixi pel registre des de serveis socials i no resulti una feina afegida per ser una altra plataforma de treball”* i *“Sempre que els serveis socials no perdem el nostre aplicatiu de treball professional mes enllà dels aplicatius de recursos i pensats per la ciutadania.”*

Per a la ciutadania, també s'ha d'evitar reiterar les explicacions sobre les seves necessitats: *“La persona no hauria d'haver d'explicar la mateixa situació a tota la xarxa de serveis. No es poden realitzar visita al domicili des de Serveis Socials sense saber que la persona té un deteriorament cognitiu o bé una ceguesa o... La ciutadania ha de veure una coherència en la seva atenció per poder confiar.”*

Resposta

En l'Avantprojecte de Llei de l'AGAISS es regularan les funcions que han de correspondre a l'Agència, la qual cosa porta implícita la referència als sistemes d'informació integrats. No obstant, no correspon a la Llei establir el detall dels mitjans i l'operativa de la seva implementació que haurà de ser objecte de desplegament normatiu.

Els sistemes d'informació integrats constitueixen una veritable palanca de canvi i transformació en un model d'atenció integrada; en aquests moments en la línia de treball de Sistemes d'Informació s'està treballant en paral·lel a la creació de l'Agència.

En aquest sentit es prenen en consideració les aportacions, la majoria de les quals ja estan contemplades dins els subgrups de treball de la línia de sistemes d'informació integrats.

Pel que fa a algunes propostes que assenyalen la importància de considerar els drets dels ciutadans, en relació amb un tractament acurat de les dades, cal indicar que, en aquesta línia s'estan fent sessions de treball amb el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya i el Comitè de Bioètica de Catalunya per dur a terme una valoració sobre la compartició d'informació i requeriments i recomanacions en el bon ús de les dades per garantir el drets de les persones i s'haurà de comptar amb l'anàlisi dels serveis de protecció de dades dels Departaments i amb l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

11. Perfils i rols dels i les professionals, la seva formació i les condicions de treball i retributives

El perfil i rol dels professionals, la seva formació i les condicions de treball i retributives són motiu de diversos comentaris i aportacions.

11.1 Sistemes retributius i propostes d'equiparació de condicions laborals

“Vincular els increments salarials dels convenis col·lectius als mòduls i tarifes dels serveis de la cartera de serveis socials, treballant per aconseguir acords i consensos amplis que permetin garantir per llei que les actualitzacions salarials resultants de la negociació col·lectiva tinguin la seva repercussió en el preu dels serveis socials, blindant la pujada dels preus dels serveis socials d'acord a la negociació col·lectiva.”

“Cal treballar per aconseguir acords i consensos amplis que permetin garantir per llei que les actualitzacions salarials resultants de la negociació col·lectiva tinguin la seva repercussió en el preu dels serveis socials. És a dir, blindar la pujada dels preus dels serveis socials d'acord a la negociació col·lectiva, de tal manera que quan s'incrementen els salaris de les persones treballadores, obligatòriament el Govern ha de procedir a la corresponent actualització dels mòduls i tarifes per adequar-se al nou cost real dels serveis prestats. Així, es podria crear un SISCAT (com a salut) en l'àmbit social que permetria parlar d'un model de xarxes de provisió estable, no discriminatori i equilibrat.”

“Equiparar els sistemes de finançament per evitar diferències en la retribució dels professionals”

“Equiparació de condicions laborals, salarials i de càrrega assistencial entre els i les professionals d'ambdós sistemes d'atenció. Així com la centralització dels Serveis Socials Bàsics i especialitzats al Departament de Drets Socials, tal i com està desplegat al Departament de Salut.”

El sanitari, *“és el germà gran i està ben dotat i el social, el petit i infradotat”*

“Cal tenir en compte els espais professionals que es desenvolupen, el biaix salarial i de carrera professional que tenen per exemple els professionals (especialment metges i psicòlegs) dependents del Departament de Salut i els del departament de Drets Socials no tenen res a veure. Mentre els primers tenen millors retribucions i capacitat de carrera professional, els segons tenen un nivell retributiu molt per sota i especialment el col·lectiu de metges tenen bloquejada la carrera professional (son laborals i no poden ocupar llocs de comandament) de manera que per exemple la possibilitat de captar nou talent en el camp de la valoració de la discapacitat és pràcticament inexistent.”

“A nivell de recursos humans també hi ha una diferència molt gran entre àmbits pel que fa al reconeixement i les condicions laborals dels professionals. Cal treballar per posar fi al greuge existent a dia d'avui i que comporta que molts professionals de l'àmbit social acabin passant a formar part del món sanitari, amb l'impacte que això genera. Aquest punt està totalment vinculat amb el de finançament. Existeix una diferenciació molt gran en quant a sistemes de finançament entre un i altre àmbit, sent molt acusat l'infr finançament dels serveis socials.”

També es demana equiparació entre professionals de l'àmbit social que treballen per a diferents prestadors del servei:

"A dia d'avui, la diferència salarial entre professionals d'un centre de gestió directa i un de concertat amb una entitat del Tercer Sector Social és del 32%. I si ho comparem amb la sanitat concertada, la diferència salarial és del 25%. És necessari, per tant, corregir aquesta situació que es produeix en el sector social i donar-li el reconeixement que mereix mitjançant l'equiparació de les condicions laborals dels seus professionals amb les de les persones treballadores d'altres àmbits. Només així s'aconseguirà posar fre a la fuga de talent en el món social que pot tenir conseqüències nefastes"

"És fonamental el reconeixement professional i la millora de les condicions laborals dels auxiliars geriàtriques, per reduir les rotacions i captar professionals que realment les agradi treballar en el sector i que siguin vocacionals, ja que és ben difícil trobar professionals a causa de la pressió que pateixen per l'empresa i per la càrrega laboral".

Resposta

Actualment és una realitat que existeixen diferents condicions laborals, salarials i de reconeixement entre els professionals de l'àmbit social i sanitari, o de l'àmbit públic i privat. A l'Avantprojecte de Llei, però, no li correspon regular aquests aspectes concrets de condicions de treball. Aquests aspectes estan dins l'àmbit de la regulació laboral, i de la negociació col·lectiva. En aquest sentit es donarà trasllat als Departaments competents en la matèria.

En el marc de les competències que es defineixin com a pròpies de l'Agència s'hauran de tenir en compte aquestes aportacions per tal que es pugui vetllar per la millora i promoure accions que tendeixin a l'equiparació de les condicions.

11.2 Funcions i tasques dels i les professionals.

"Cal concretar funcions/tasques i la manera de coordinar-se dels professionals de les residències i sanitaris".

Si creem nous perfils professionals sota quin marc legal, laboral es regirà? i davant intrusisme laboral, com actuarem? I quins salaris marcarem?

"La manca de professionals sanitaris hauria de fer-nos valorar la seva presència als centres socials com un luxe de difícil encaix, la figura del ROHS (responsable de l'organització higiènica sanitària) en la figura de DUES o Metges està actualment fora de context i no es correspon amb la informatització dels centres i dels seus processos.

... la part assistencial de Metge Infermeria i fisioterapeuta ha de ser replantejada des d'un inici. Més assistència de personal d'atenció directa i més relació sanitat pública dotant-la de ferramentes telemàtiques i d'interacció pròpies del segle en què vivim."

"Perfils professionals integrats. Cal pensar en nous professionals capacitats en model integrat social_sanitari (no parlem de la suma de dos perfils, ni duplicació, caldrà una especialització). Si creem nous perfils sota quin marc legal laboral es regiran? i davant intrusisme laboral, com actuarem? I quins salaris marcarem? Cal formar de forma integrada i

no formar en competències sanitàries a professionals socials i a la inversa. Si no es fa de forma integrada, no es treballarà des d'aquest model .”

“Apostar per una integració horitzontal i evitant les jerarquies entre professionals o disciplines. Definir un marc legal laboral i els salaris dels i les noves professionals”.

“Treball en xarxa dels equips d'infermeria a nivell territorial. Compartir el coneixement científic dels professionals d'infermeria i/o medicina, en l'àmbit dels serveis socials. Garantint el respecte del coneixement professional des de qualsevol àmbit assistencial. Establir xarxes de comunicació cercant referents dels problemes de salut més habituals, per exemple: referents en disfàgia, formadors/ores de valoracions MECV-V, cuidar del cuidador, referent de nutrició en geriatria, equip de nafres per pressió, referent d'atenció als síndromes geriàtrics.”

“Cal pensar en nous professionals capacitats en model integrat social sanitari (no parlem de la suma de dos professionals, caldrà una especialització dins els equips).”

“professional referent/gestor de casos, com professional que lidera/acompanya la persona en la seva atenció (en alguns moments més sanitària en d'altres més social). Per tant la part social i sanitària hauran d'aprendre a delegar així com identificar el lideratge de l'atenció de la persona, ha d'estar molt ben delimitat. Hem de reduir el nombre de tràmits i gestions per part de la persona.”

“Cal un referent social d'intervenció per anar cap a un a porta única com per exemple en salut primària i especialitzada, fer-ho igual en l'àmbit social”

“Durant la pandèmia s'ha vist com el departament de drets socials ha creat nous equips socials de referents per donar resposta als recursos residencials amb persones amb diagnòstic de salut mental. La incorporació d'aquesta figura ha esdevingut clau. Per primera vegada un referent del departament de drets socials s'ha acostat a la realitat i a la trinxera dels serveis. Desitjo que això es consolidi.”

“Durant l'època de la covid es va valorar molt positivament la intervenció de la part sanitària. Les entitats ens vàrem sentir molt acompanyats a totes hores i dies independentment si era dia festiu o no, per la part sanitària facilitant-nos aquesta presa de decisions amb un entorn desconegut per la resta. Vàrem notar unes diferències de funcionament notables entre l'equip creat de nou per la pandèmia covid i els responsables sanitaris referents de les entitats donant aquests una resposta ràpida, urgent i a qualsevol hora.”

“Tenir una figura referent amb qui contactar amb major facilitat, ja que sovint per manca de recursos, les persones queden emmarcades dins els circuits "normalitzats", de difícil accés i on els és difícil la comprensió de la informació que els detallen, destinada a un públic - client, sense dificultats o amb major grau d'autonomia.”

“Tenir un referent pot facilitar també el contacte entre altres professionals d'altres recursos o serveis, que puguin estar vinculades amb la persona.”

“... és un dels requisits necessaris i que obre la porta a tants recursos i prestacions a les persones només a Catalunya hi ha més de 600.000 persones (dades IDESCAT) valorades amb >33% de grau de discapacitat.”

“primer els treballadors, després els clients”

“És fonamental, doncs, que els i les treballadores socials tant de l'àmbit social com sanitari estiguin sota un mateix paraigües, compartint espai, racionalitzant territori i utilitzant cartera de serveis comuna:

- *“Un mateix equip interdisciplinari que atengui la persona, la seva família i el seu entorn, tenint una visió molt més rica i àmplia de la situació de la persona, tant a nivell sanitari com social per donar una resposta molt més adient i centrada en la persona.*
- *Un mateix marc conceptual en el que el concepte de salut es relaciona íntimament amb les condicions socials existents en una comunitat.*
- *Major eficiència ja que el o la Treballador/a social utilitza tant la cartera de serveis sanitària com social, evitant duplicitats i sobrediagnòstics. Participació activa de les sessions clíniques.*
- *Optimització i eficiència de recursos: perquè el mateix equip (social i sanitari) es troba dins el mateix espai facilitant la coordinació, el traspàs d'informació, l'establiment, seguiment i avaluació dels plans de treball establerts amb la persona o nucli centre d'atenció. Al mateix temps, afavoreix una major rapidesa i coordinació amb els serveis especialitzats.*
- *Conèixer i treballar el mateix territori facilita la intervenció comunitària, sobretot de cara a la prevenció. I facilita també el coneixement de l'entorn més proper, afavorint la integració, l'apoderament, l'autonomia i una major qualitat de vida i la persona.”*

“Apostar per una des-burocratització dels sistemes social i sanitari i reduir el nombre de tràmits i gestions per part de la persona. Assegurar una correcta coordinació entre professionals, per tal que la persona no hagi d'explicar la situació en diverses ocasions i àmbits, i assegurar la continuïtat assistencial.”

Resposta

En funció de la cartera de serveis que es defineixi i que ha de ser gestionada per l'Agència, caldrà determinar els perfils professionals necessaris per dur a terme la prestació dels serveis sota el prisma interdisciplinari de la gestió del cas i amb una visió facilitadora de la intervenció comunitària. En tot cas, l'Agència haurà de vetllar perquè la prestació del servei es dugui a terme amb la definició de models i processos d'atenció integrada.

Caldrà tenir en compte que la mirada de l'atenció centrada en la persona ens demanarà definir diferents perfils professionals que siguin el referent d'atenció en funció de les necessitats de la persona i del seu moment vital.

En l'avantprojecte de Llei de l'Agència es recolliran els principis rectors de l'Atenció integrada però no el desenvolupament concret dels processos d'atenció integrada, tampoc la

definició ni la concreció de les funcions i tasques dels professionals de la intervenció, que correspondran a posteriors desplegaments normatius.

11.3 Formació i capacitació professionals

Un dels problemes als que fan referència algunes aportacions d'aquest apartat és l'existència de diferents cultures organitzatives i de treball:

"...cal treballar... la vessant més cultural ja que mentre que un àmbit aposta per curar, l'altre ho fa per cuidar, partint de dues lògiques molt diferents que caldrà treballar per arribar a un equilibri"

"La integració dels àmbits pensem que comportarà la necessitat de capacitar i formar als professionals, per incorporar a la seva especialització la possibilitat de disposar d'una visió holística del ciutadà. Així mateix, creiem que és possible que apareguin nous perfils professionals amb responsabilitats transversals, sobre els que l'Agència convindrà sigui sensible a la seva capacitació i carrera professional".

"Cal entendre la figura del treballador social com a protagonista en aquest procés. És el nexa entre els dos mons. Reconèixer el treballadors social com a professió sanitària"

"Cal donar valor a les professionals de les residències i això significa que cal una millora en les condicions laborals i un reconeixement en tots els serveis que s'hi donen. Cal una preparació formativa en les funcions i serveis assegurant la capacitació per tractar amb persones vulnerables."

"És necessari dignificar i posar en valor les professionals de l'àmbit social. I fer un reconeixement global de totes les professionals. Així com en aquest procés, haurem de tenir cura de totes les professionals de l'àmbit sanitari i social".

"La formació dels professionals que estan donant suport a les persones i al seu entorn és un altre element fonamental"

"Generar un espai de formació compartit. Juntament amb una AQuAS i una Fundació TIC de Salut i Social, comptar amb UCF com a referent de formació integrat".

"Per a una adequada atenció als residents, es requerirà per al personal gericultor, com a mínim, formació reglada d'auxiliar d'infermeria amb especialitat en geriatría".

"Fer formació als i les professionals no només en els aspectes tècnics i organitzatius, sinó també en drets de les persones, ètica de la intervenció, salut biopsicosocial, etc.

"La necessitat de formar als professionals d'atenció social i d'atenció sanitària en uns bons programes formatius específics i continuats del model d'Atenció Centrada en la Persona."

"Dotar un pla de formació territorial, integrant els recursos propis i aliens dels serveis socials. Formació continuada pels professionals i fomentar la creació d'una xarxa de comunicació d'aquests professionals."

“En referència a les professionals, cal formar/acompanyar de forma integrada. No parlem de formar en competències sanitàries a professionals socials i a la inversa. Si no es forma de manera integrada no es treballarà des d'aquest model (capacitació professional).”

“En aquest procés haurem de tenir cura de totes les professionals de l'àmbit de salut i social.”

“També s'ha de modificar i elevar la seva formació reglada de l'auxiliars de geriatria Una titulació especialitzada a l'atenció de dependència de la gent gran. I no ha de ser un personal en què depengui només de la branca social, sinó que hauria d'estar entre la branca sanitària i social”.

Resposta

Per tal que es pugui implementar l'Atenció Integrada és cabdal el paper dels i les professionals que des de diferents vessants hauran d'intervenir en els processos d'atenció.

Es prenen en consideració aquestes aportacions relatives a la capacitació dels professionals mitjançant processos formatius de cara al posterior desplegament normatiu que reguli els perfils i rols dels professionals en el marc de l'atenció integrada, per tal d'incorporar a la seva especialització la possibilitat de disposar d'una visió holística de la persona que faciliti la gestió del cas amb la visió de l'atenció centrada en la persona.

12. Propostes transversals

En aquest apartat hi ha algunes propostes més transversals que recullen aspectes de model, de finançament o de compartició de dades entre altres. Hem valorat deixar la proposta en aquest apartat i remetre a les valoracions de retorn que ja s'han recollit anteriorment.

“Fer una aposta real per l'atenció centrada en la persona, amb millor dotació pressupostària. No només un sistema que integri els professionals sanitaris i socials compartint la història clínica, sinó que independentment qui atengui a la persona gestioni les dades socials i sanitàries de la persona en una única història. Tenint present les seves voluntats i respectant les decisions de final de vida, allà on decideixi la persona que ha de poder tenir una atenció de mort digna.”

No són només per a gent gran, també per a persones amb necessitats especials

“(Ha de ser)...escalable a tota la població, totes les persones independentment del que necessitin, han de ser ateses de forma integrada.

Ha de donar una resposta integral i integrada, centrada en la persona i en la comunitat. I incorporant el caràcter preventiu.

Cal establir una relació holística, veure la persona com un tot (integració social-sanitària).

Ha d'afavorir l'apoderament i la corresponsabilitat de les persones.

Hem de poder disposar de indicadors que ens permetin avaluar impacte en les persones, en la societat...

Tant el model, com l'oficina, ha de poder treballar vers la reducció dels estigmes dels diferents àmbits: vellesa, salut mental...

La persona atesa ha de tenir un lloc de referència (finestreta única), amb l'objectiu de ser atès des de la integració i facilitar l'accés a les pròpies persones. Hi ha persones que no saben on han d'anar davant necessitats."

No hem d'oblidar mai que sempre s'ha de preguntar a la persona com vol ser atesa. Les persones tenen i volen rebre la resposta a les seves necessitats i demandes, per elles és indiferent l'organització interna (si està integrada, coordinada...)"

13. Aportacions relacionades amb altres àmbits competencials

"Salut no és sinònim de Sanitat"

"Integrar tots els recursos aliens de la xarxa de serveis socials com a recursos propis amb similar exigència de qualitat i recursos d'ambdós àmbits. Que no hi hagi una diferència en l'atenció derivada de la gestió dels recursos dels centres aliens. La primera onada de la pandèmia pel covid hi va existir un greuge discriminatori de les persones de centres concertats i dels centres propis. Integrar els professionals d'aquests centres aliens com a personal propi"

"Introduir una nova figura a la Cartera de Serveis Socials de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública adaptada a la realitat de l'habitatge cooperatiu per a gent gran o, inicialment, fer ús de la figura de serveis experimentals, per donar suport a les experiències existents a Catalunya. "

Es reclama més control per part de l'Administració sobre el funcionament d'aquests centres residencials, especialment quan són gestionat per empreses "que tenen més interès en els beneficis".

Es diu que la llei hauria d'obligar a que les residències de gent gran tinguin *un mínim espai comú a l'aire lliure o espai verd*.

Es demana que es facin "Inspeccions aleatòries i suficients dels diferents elements i del treball del personal de centre".

"Creació de places públiques de manera immediata per cobrir les llistes d'espera. Que tota la població necessitada hi pugui tenir-hi accés"

“Plantejar un càlcul de ràtio de personal assistencial, d’atenció directa i indirecta, dels centres residencials no només basats en el grau de dependència de les persones, sinó incloure un valor viu com podria ser la valoració geriàtrica integral i/o combinant-lo amb una escala de fragilitat”.

“Ens preguntem quines seran les ràtios de les auxiliars de residències, que són qui fa la cura en el dia a dia. No s’indica enlloc. Ens preguntem també si totes les figures descrites a la tercera corona d’atenció integrada, professionals tècnics, estaran a totes les residències, grans o petites, i quines seran les ràtios de professional per resident.”

“Imprescindible l’ampliació de ràtios en les hores del personal auxiliar geriàtric. Millora de la seva formació i de les condicions de treball. Vinculació amb el Departament de Salut en comptes del de Drets Socials”.

“Ampliar el temps del personal tècnic sanitari i social per a cobrir les necessitats reals dels usuaris”.

“Garantir el dret a un habitatge digne i adequat per a totes les persones és un dels grans reptes col·lectiu que afrontem com a societat. Així mateix, aquest repte ha d’anar vinculat a la transició cap a un model econòmic i social que posi al centre la cura de les persones i del medi ambient”.

“Promoure una millora de la fiscalitat de l’habitatge cooperatiu, establint una bonificació específica del 100% d’Actes Jurídics Documentats en les escriptures públiques atorgades per a formalitzar actes o contractes relacionats amb la promoció d’habitatges de cooperatives d’habitatges en cessió d’ús que tinguin la condició de sense ànim de lucre i d’iniciativa social, noves bonificacions en l’Impost de Transmissions Patrimonials per part d’aquest tipus de cooperatives, així com introduir deduccions en l’IRPF tant per a les persones sòcies cooperativistes com per a les persones que efectuïn aportacions de capital i/o donacions a cooperatives d’habitatge en cessió d’ús sense ànim de lucre.”

“Reconèixer i promoure l’habitatge cooperatiu en cessió d’ús per a gent gran amb serveis i espais compartits (o cohabitatge sènior) com una modalitat alternativa a la institucionalització, donar suport als projectes que es desenvolupen a Catalunya i facilitar-ne l’assequibilitat.”

“Ampliació d’alternatives d’habitatges amb serveis per a persones amb graus lleus dependència”.

“Impulsar el reconeixement de prestacions equivalents a l’ingrés residencial o als altres recursos alternatius a aquest (atenció domiciliària, teleassistència, serveis de dia...) deforma adaptada a la realitat de l’habitatge cooperatiu en cessió d’ús per a gent gran amb serveis i espais compartits.”

“Activitats, residències gent gran. És imprescindible integrar-los a la ciutat/poble/barri. Són persones que canvien de llar per unes patologies determinades però això no significa que han de quedar apartats socialment. Cal que l’Ajuntament tingui un paper també important per a totes les activitats culturals i lúdiques”.

“S’han de prohibir les contencions físiques i farmacològiques. Substituir-les per programació de passejos diaris, deambulació de la persona resident amb suport del personal, exercicis físics de psicomotricitat, de manteniment i reforç del to muscular efectuats pel fisioterapeuta, estimulació basal i/o massatges. Per tant, cal augmentar recursos humans.

Caldria consensuar el menú setmanal amb els residents i/o familiars si la persona no té la capacitat de decidir. La seva opinió hauria de ser molt important. Entre el sopar i esmorzar, com que s’alliten d’hora, caldria donar-los alguna cosa lleugera perquè que no se’ls faci llarg amb tantes hores sense menjar, almenys les persones que van a dormir més tard.

La vaixela no ha de ser de plàstic. Són persones que no estan de pas com és en el cas d’un hospital, sinó que estan a casa seva. Haurien de menjar amb estovalles de roba i no menjar directament sobre la taula del menjador i amb pitets i/o tovallons segons les necessitats.

Caldria que poguessin escollir dos primers i dos segons, més opció de fruita de temporada i de proximitat. Un problema molt comú en la majoria de residències és la deshidratació. Cal que el personal, si no hi ha el familiar, s’asseguri que la persona begui aigua durant els àpats i entremig. En la majoria de residències NO es fa. L’aigua és de vital importància.

La majoria de residències la qualitat del menjar queda molt lluny del desitjat, del que menjaria a una llar. Els menjars de càterings minimitzen la qualitat en detriment de la qualitat, és un menjar que no els dignifica.

Menjar elaborat que tingui qualitat tant en el sabor com en la presentació (menjar casolà) El menjar hauria de ser un plaer, que els hi recordi casa seva. La majoria de residències la qualitat del menjar queda molt lluny del desitjat, del que menjaria a una llar.

Menú amb varietat mensual, assegurant que el menjar de totes les residències sigui adient a les seves necessitats. Menjar equilibrat amb els nutrients necessaris per a la salut.

Cal canviar l’uniforme del personal. Sembla que visquin dins d’un hospital en comptes del que es considera la seva llar. S’han de sentir acollits i no sentir-se com pacients amb alguna malaltia. Caldria un uniforme/roba que els faci sentir com si estiguessin cuidats a la seva pròpia llar.

El personal no ha d’infantilitzar els residents. No són nens, són persones grans amb una vida i experiència al darrera. Cal assegurar que les activitats que es fan siguin per estimular-los i potenciar les seves capacitats individuals. Les sessions de fisioteràpia s’han d’assegurar per donar la màxima autonomia el màxim de temps possible. Això no passa en la majoria de residències”.

Resposta

En aquest apartat es recullen diverses propostes sobre habitatge relacionat amb les persones grans així com nous models cooperatius que es proposa traspasar a l’organisme competent actualment dins el Departament de Drets Socials.

També hi ha un seguit d'aportacions que fan referència al model d'atenció residencial de la normativa actual (ràtios, espais, activitats, inspecció,...) que, en aquests moments, corresponen a l'àmbit competencial del Departament de Drets Socials. En el marc d'aquesta consulta pública de creació de l'Agència no correspon valorar aquestes propostes que es traspassaran al Departament competent que en té les competències.

Finalment, hi ha altres aportacions molt concretes sobre les condicions funcionals de les residències per a persones grans, que no són objecte d'aquesta consulta pública, raó per la qual ho traslladem a l'equip del Departament de Drets Socials que està treballant en la definició del nou Model Residencial de Catalunya, el qual ha d'anar alineat amb la normativa estatal al respecte, la qual també s'està revisant.

Montserrat Vilella

Directora general de l'Autonomia Personal i la Discapacitat
Departament de Drets Socials

Aina Plaza

Directora General de Planificació en Salut
Departament de Salut

Annex 1: Entitats inscrites al Registre de Grups d'interès de la Generalitat de Catalunya

NOM	NÚM. REGISTRE
ACRA gentgran	60
Associació Catalana de Municipis i Comarques	153
Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya	85
Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya	1105
ConSORCI de Salut i Social de Catalunya	160
Dincat	740
Salut Mental Catalunya	189
SUARA	166
Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya	17
UCCAP	493

Annex 2: Llistat de propostes presentades a la plataforma digital sense adjuntar documentació complementària

Núm.	Proposant	Proposta
1	Ana Ramírez Llaras	Atenció domiciliària No externalitzada, i valorar realment les condicions l'habitatge i la disposició dels cuidadors-familiars. Valoració feta in situ, no valoració fora de l'habitatge.
2	Ana Ramírez Llaras	El present document "Model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent presentada per la Generalitat de Catalunya", semblà més una declaració de voluntats, ja que no determina el funcionament ni clarifica a nivell "micro" la realitat de com i amb quin pressupost s'implementara .És important el personal sanitari, però no tot ha d'estar enfocat amb aquest al personal sanitari o farmacològic.
3	Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya	En ser l'atenció farmacèutica, competència del farmacèutic, una peça més del conjunt de l'assistència sanitària, hauria de poder-se integrar en l'equip que assisteix a aquests pacients des del punt de vista social i sanitari
4	Dincat	A nivell de RRHH hi ha una diferència gran entre àmbits. Cal posar fi al greuge existent i corregir la situació que es produeix en el sector social, donar-li el reconeixement que mereix mitjançant l'equiparació de les condicions laborals. Cal vincular els increments salarials als mòduls dels serveis de la cartera, garantint per llei que les actualitzacions salarials resultants de la negociació col·lectiva repercuteixin directament en el preu dels serveis.
5	Mar Busquets	Persones convivents cuidadores: En els documents no s'exposen vers ells específicament i seran població diana ja que rebran una càrrega física i emocional important. Recursos SAD: qualitativa i quantitativa (per exemple, actualment no s'ofereix servei els caps de setmana). Professionalització dels suports d'atenció domiciliària per garantir que es compleixin els criteris de vida independent.
6	Mar Busquets	Accessibilitat: entorn físic/arquitectònic favorable (productes de suport, adaptacions...). És molt probable que moltes deficiències d'accessibilitat estiguin molt relacionades amb situacions de pobresa. Desconeixem si hi ha dades però seria molt important contemplar-ho i disposar d'indicadors que permetin després fer i monitoritzar les intervencions.
7	Mar Busquets	El paradigma del nou model de AISS ens porta cap a una orientació significativa a l'àmbit domiciliari i comunitari on la necessitat de disposar d'un entorn adaptat serà bàsic a l'hora de poder donar resposta a les necessitats de les persones i els seus familiars cuidadors. Creiem que caldria explicitar algunes qüestions que s'utilitzaran per garantir la qualitat de vida de les persones que viuran en les llars.

8	Marea de Residències de Catalunya	Les residències públiques/privades han de tenir uns ítems de qualitat que s'han de revisar cada any i les inspeccions no només han de ser tècniques, sinó de comprovació segons els ítems de qualitat establerts, comprovant que s'està fent i com, i de forma aleatòria parlar amb els diferents agents de salut així com a les usuàries i familiars en el cas que la persona no estigui preparada per respondre. Firmat: Helena Motos
9	Marea de Residències de Catalunya	Tampoc no es diu res de les ràtios dels treballadors auxiliars, que en lloc d'augmentar-los s'han reduït. (última revisió feta el 2010 Actualment les ràtios marquen un treballador a la nit per 35 i a partir de 35 dos i a partir de 80 dos i un localitzat. (situació de ràtios que ja es van veure a la pandèmia insuficient) En neteja també s'han de marcar, ja que és una de les parts en les quals més s'estalvien.
10	Marea de Residències de Catalunya	Amb relació al paper de l'atenció primària, hauria de quedar ben clar el paper assignat i la responsabilitat entre la residència i l'AP, ja que no queda clar si la funció dels sanitaris de l'AP serà una funció purament puntual com va ser durant la pandèmia o amb capacitat d'incidir en activitats (higiene, canvis posturals, atenció integral de salut) que es fan, el personal, etc.
11	Marea de Residències de Catalunya	S'ha d'entendre, per una altra part, que les residències no han d'estar dirigides només a persones amb màxima dependència o pluripatologies. Hi ha persones grans amb diferent grau d'autonomia i les residències han de contemplar aquestes diferències. Una residència és la continuació de l'habitatge particular, però adequada a les necessitats. Les residència on les persones pugui fer una vida normal.
12	Marea de Residències de Catalunya	També s'ha de modificar i elevar la seva formació reglada de l'auxiliars de geriatría Una titulació especialitzada a l'atenció de dependència de la gent gran. I no ha de ser un personal en què dependgui només de la branca social, sinó que hauria d'estar entre la branca sanitària i social.
13	Marea de Residències de Catalunya	És fonamental el reconeixement professional i la millora de les condicions laborals dels auxiliars geriàtriques, per reduir les rotacions i captar professionals que realment les agradi treballar en el sector i que siguin vocacionals, ja que és ben difícil trobar professionals a causa de la pressió que pateixen per l'empresa i per la càrrega laboral.

14	Oscar Alomar	Promoure una millora de la fiscalitat de l'habitatge cooperatiu, establint una bonificació específica del 100% d'Actes Jurídics Documentats en les escriptures públiques atorgades per a formalitzar actes o contractes relacionats amb la promoció d'habitatges de cooperatives d'habitatges en cessió d'ús que tinguin la condició de sense ànim de lucre i d'iniciativa social, noves bonificacions en l'Impost de Transmissions Patrimonials per part d'aquest tipus de cooperatives, així com introduir deduccions en l'IRPF tant per a les persones sòcies cooperativistes com per a les persones que efectuïn aportacions de capital i/o donacions a cooperatives d'habitatge en cessió d'ús sense ànim de lucre.
15	Oscar Alomar	Reconèixer i promoure l'habitatge cooperatiu en cessió d'ús per a gent gran amb serveis i espais compartits (o cohabitatge sènior) com una modalitat alternativa a la institucionalització, donar suport als projectes que es desenvolupen a Catalunya i facilitar-ne l'assequibilitat.
16	Oscar Alomar	Impulsar el reconeixement de prestacions equivalents a l'ingrés residencial o als altres recursos alternatius a aquest (atenció domiciliària, teleassistència, serveis de dia...) de forma adaptada a la realitat de l'habitatge cooperatiu en cessió d'ús per a gent gran amb serveis i espais compartits.
17	Oscar Alomar	Introduir una nova figura a la Cartera de Serveis Socials de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública adaptada a la realitat de l'habitatge cooperatiu per a gent gran o, inicialment, fer ús de la figura de serveis experimentals, per donar suport a les experiències existents a Catalunya.
18	Oscar Alomar	Amb motiu de la COVID s'han hagut de prendre mesures de contenció, sobretot a l'inici. No ho critico. Però les "instruccions" de Salut només eren simples pdf, sense signatura ni registre, ni resolucions oficials ni es publicaven al DOGC. Il·legal i sense cap base jurídica. PRECEDENT MOLT PERILLÓS que fiscalia no ha volgut estudiar. Reclamat molt sovint a residència privada d'ACRA, mai van aportar cap document. Al final, que "si volia, podia marxar a una altra residència": visca l'ACP.
19	Oscar Alomar	Son queixes i reivindicacions que familiars i les seves associacions ja fa anys que venen fent i que els diferents governs de la Generalitat (CiU, Junts, ERC, PSC, IC) i el Parlament no ha tingut en compte. Per començar només caldria corregir-les immediatament. No cal esperar a enllestir el document marc de l'AAISS i esperar més temps. La iniciativa està bé, però la base de l'ACP és fer cas de residents i les famílies.

20	Patricia Sarrias	La prevenció centrada en la persona de forma coordinada i multidisciplinària dels equips professionals socials i sanitaris per millorar la qualitat de vida de les persones, empoderar-les en la presa de decisions o endarrerir la seva institucionalització. La xarxa comunitària, els ens locals, les entitats i els equips de professionals que hi són al territori (Salut i Drets Socials) per detectar les necessitats i realitzar les accions proactives des de i amb el territori.
21	Pere	Tenir una figura referent amb qui contactar amb major facilitat, ja que sovint per manca de recursos, les persones queden emmarcades dins els circuits "normalitzats", de difícil accés i on els és difícil la comprensió de la informació que els detallen, destinada a un públic - client, sense dificultats o amb major grau d'autonomia. Tenir un referent pot facilitar també el contacte entre altres professionals d'altres recursos o serveis, que puguin estar vinculades amb la persona.
22	Plataforma Els Estels Silenciats	És una desídia constant la manca de cura en el rentat de les peces de roba i en la manca de rigorositat del seu control. Persones sovint vesteixen amb roba que no és la seva. És constant la pèrdua de roba dins de les residències.
23	Plataforma Els Estels Silenciats	És imprescindible integrar-los a la ciutat/poble/barri. Són persones que canvien de llar per unes patologies determinades però això no significa que han de quedar apartats socialment. Cal que l' Ajuntament tingui un paper també important per a totes les activitats culturals i lúdiques.
24	Plataforma Els Estels Silenciats	Cal canviar l'uniforme del personal. Sembla que visquin dins d'un hospital en comptes del que es considera la seva llar. S'han de sentir acollits i no sentir-se com pacients amb alguna malaltia. Caldria un uniforme/roba que els faci sentir com si estiguessin cuidats a la seva pròpia llar.
25	Plataforma Els Estels Silenciats	El personal no ha d' infantilitzar els residents. No són nens, són persones grans amb una vida i experiència al darrera. Cal assegurar que les activitats que es fan siguin per estimular-los i potenciar les seves capacitats individuals. Les sessions de fisioteràpia s'han d'assegurar per donar la màxima autonomia el màxim de temps possible. Això no passa en la majoria de residències.
26	Plataforma Els Estels Silenciats	Cal donar valor a les professions de les residències i això significa que cal una millora en les condicions laborals i un reconeixement en tots els serveis que s'hi donen. Cal una preparació formativa en les funcions i serveis assegurant la capacitat per tractar amb persones vulnerables.
27	Plataforma Els Estels Silenciats	S'han de prohibir les contencions físiques i farmacològiques. Substituir-les per programació de passejos diaris, deambulació de la persona resident amb suport del personal, exercicis físics de psicomotricitat, de manteniment i reforç del to muscular efectuats pel fisioterapeuta, estimulació basal i/o massatges. Per tant, cal augmentar recursos humans.

28	Plataforma Els Estels Silenciats	Caldria consensuar el menú setmanal amb els residents i/o familiars si la persona no té la capacitat de decidir. La seva opinió hauria de ser molt important. Entre el sopar i esmorzar, com que s'alliten d'hora, caldria donar-los alguna cosa lleugera perquè que no se'ls faci llarg amb tantes hores sense menjar, almenys les persones que van a dormir més tard.
29	Plataforma Els Estels Silenciats	La vaixela no ha de ser de plàstic. Són persones que no estan de pas com és en el cas d'un hospital, sinó que estan a casa seva. Haurien de menjar amb estovalles de roba i no menjar directament sobre la taula del menjador i amb pitets i/o tovallons segons les necessitats.
30	Plataforma Els Estels Silenciats	Caldria que poguessin escollir dos primers i dos segons, més opció de fruita de temporada i de proximitat. Un problema molt comú en la majoria de residències és la deshidratació. Cal que el personal, si no hi ha el familiar, s'asseguri que la persona begui aigua durant els àpats i entremig. En la majoria de residències NO es fa. L'aigua és de vital importància.
31	Plataforma Els Estels Silenciats	La majoria de residències la qualitat del menjar queda molt lluny del desitjat, del que menjaria a una llar. Els menjars de càterings minimitzen la qualitat en detriment de la qualitat, és un menjar que no els dignifica.
32	Plataforma Els Estels Silenciats	Menjar elaborat que tingui qualitat tant en el sabor com en la presentació (menjar casolà) El menjar hauria de ser un plaer, que els hi recordi casa seva. La majoria de residències la qualitat del menjar queda molt lluny del desitjat, del que menjaria a una llar.
33	Plataforma Els Estels Silenciats	Menú amb varietat mensual, assegurant que el menjar de totes les residències sigui adient a les seves necessitats. Menjar equilibrat amb els nutrients necessaris per a la salut.
34	SERGIO	Fer una aposta real per l'atenció centrada en la persona, amb millor dotació pressupostària. No només un sistema que integri els professionals sanitaris i socials compartint la història clínica, sinó que independentment qui atengui a la persona gestioni les dades socials i sanitàries de la persona en una única història. Tenint present les seves voluntats i respectant les decisions de final de vida, allà on decideixi la persona que ha de poder tenir una atenció de mort digna.
35	SERGIO	Plantejar un càlcul de ràtio de personal assistencial, d'atenció directa i indirecta, dels centres residencials no només basats en el grau de dependència de les persones, sinó incloure un valor viu com podria ser la valoració geriàtrica integral i/o combinant-lo amb una escala de fragilitat.
36	SERGIO	Convocar i responsabilitzar del disseny als representants dels treballadors dels diferents sectors des de l'inici d'aquest projecte de Llei, que integri el coneixement de drets i deures normatius laborals, que afavoreixin la posterior integració d'ambdós àmbits d'atenció social i sanitària, que actualment tenen regulació laboral tant diferent.

37	SERGIO	Afavorir àmbits d'exigència de serveis de qualitat basant-se en la gestió de processos en les residències de gent gran, que integrin els coneixements sobre l'atenció a la cronicitat.
38	SERGIO	Dotar un pla de formació territorial, integrant els recursos propis i aliens dels serveis socials. Formació continuada pels professionals i fomentar la creació d'una xarxa de comunicació d'aquests professionals.
39	SERGIO	Compartir el coneixement científic dels professionals d'infermeria i/o medicina, en l'àmbit dels serveis socials. Garantint el respecte del coneixement professional des de qualsevol àmbit assistencial. Establir xarxes de comunicació cercant referents dels problemes de salut més habituals, per exemple: referents en disfàgia, formadors/ores de valoracions MECV-V, cuidar del cuidador, referent de nutrició en geriatria, equip de nafres per pressió, referent d'atenció als síndromes geriàtrics.
40	SERGIO	Els recursos de serveis socials hauria de autogestionar-se amb compres centralitzades de recursos i materials, al nivell d'unitats productives, de manera territorial, incloent tots els recursos residencials independentment del prestador de serveis socials. Així mateix material fungible i material de cures.
41	SERGIO	Integrar tots els recursos aliens de la xarxa de serveis socials com a recursos propis amb similar exigència de qualitat i recursos d'ambdós àmbits. Que no hi hagi una diferència en l'atenció derivada de la gestió dels recursos dels centres aliens. La primera onada de la pandèmia pel covid hi va existir un greuge discriminatori de les persones de centres concertats i dels centres propis. Integrar els professionals d'aquests centres aliens com a personal propi.
42	SERGIO	Integrar els farmacèutics comunitaris com equip d'atenció als centres reduiria els costos, afavoreix el seguiment i control terapèutic. Així mateix, permetria un bon ús dels fàrmacs, millora de protocols de seguretat terapèutica. Pot millorar el control terapèutic amb el sintrom o els tractaments temporals amb corticoides, alhora una millor gestió de antibiòtics. Finalment podria integrar una coordinació amb la farmàcia del SAP per millorar la gestió dels psicofàrmacs.
43	SUARA	El model ha de ser escalable a tota la població, no sols els àmbits definits. El model ha d'estar centrat en la persona i en la comunitat, incorporant el caràcter preventiu, així com afavorint l'apoderament i la corresponsabilitat de les persones. Necessitem indicadors que ens permetin avaluar l'impacte en les persones, en la societat... Tant el model, com l'oficina, ha de poder treballar vers la reducció dels estigmes dels diferents àmbits: vellesa, salut mental...
44	SUARA	La persona atesa ha de tenir un lloc de referència (finestreta única), amb l'objectiu de ser atès des de la integració i facilitar l'accés a les pròpies persones. Hi ha persones que no saben on han d'anar davant necessitats.

45	SUARA	És necessari dignificar i posar en valor les professionals de l'àmbit social. I fer un reconeixement global de totes les professionals.</p><p>Així com en aquest procès, haurem de tenir cura de totes les professionals de l'àmbit sanitari i social.
46	SUARA	Cal pensar en nous professionals capacitats en model integrat social_sanitari (no parlem de la suma de dos perfils, ni duplicació, caldrà una especialització). Si creem nous perfils sota quin marc legal_laboral es regiran? i davant intrusisme laboral, com actuarem? I quins salaris marcarem? Cal formar de forma integrada i no formar en competències sanitàries a professionals socials i a la inversa. Sino no es fa de forma integrada, no es treballarà des d'aquest model .
47	SUARA	L'oficina no parla de tots els agents implicats en l'atenció, on estan les persones, professionals i proveïdors...? No s'evidencia la participació real de les persones que tenen necessitat i demandes (les persones han d'estar veritablement al centre). Cal tenir també en compte que els ajuntaments/administracions. L'èxit passa per la construcció conjunta amb tots els agents/actors implicats. L'Agència ha de tenir totes les capes representades, per poder treballar i integrar realment.
48	SUARA	És imprescindible incorporar la tecnologia en l'atenció, però no únicament els sistemes d'informació han d'estar lligats a la tecnologia. Perquè la integració funcioni ha d'estar la tecnologia incorporada en tota l'atenció. La tecnologia és imprescindible, des del seguiment, prestació del servei... Aquesta integració tecnològica ha de ser escalable, pràctica i útil. Cal parlar de interoperabilitat.
49	SUARA	L'experiència viscuda en la covid, ens ha fet veure la necessitat d'incorporar la vessant sanitària en les residències, però hem d'evitar sanitaritzar les respostes de les necessitats socials.
50	SUARA	Tot i tenir un model global i únic (un model base) cal adaptabilitat i permeabilitat segons els territoris, àmbits, necessitats de les persones... no podem quedar-nos en un únic model (no serveix el cafè para todos). En definitiva, tant els departament i els ens socials han de poder tenir en compte el territori, les dinàmiques d'aquest, els recursos disponibles i les persones que hi viuen per dissenyar models d'atenció que siguin prou flexibles.
51	SUARA	No hem d'oblidar mai que sempre s'ha de preguntar a la persona com vol ser atesa. Les persones tenen i volen rebre la resposta a les seves necessitats i demandes, per elles és indiferent l'organització interna (si està integrada, coordinada...).
52	SUARA	Cal que l'oficina, disposi de finançament propi, per poder desenvolupar projectes transformadors (pilots/proves). Ha de poder disposar de recursos complementaris per poder dur a terme els diferents projectes i no dependre econòmicament per dur-los a terme. Sino provem no podrem evidenciar bons resultats.

53	SUARA	Les dades són de les persones, i elles són les que han de poder accedir a la informació, així com potser les persones són les que han de poder decidir a qui donar la informació. Alhora cal que la informació sigui de qualitat, útil i necessària. També preguntar-nos quina informació necessitem compartir, hauriem de poder recollir aquella que és necessària per a la intervenció/atenció, sino la necessitem no cal que la recollim. Cal vetllar per la informació.
54	UCCAP	Establir sistemes de col·laboració interdepartamental estables, en els àmbits de salut, educació i serveis socials, per tal de garantir una atenció global als infants i les seves famílies i la continuïtat assistencial quan així es requereixi.
55	UCCAP	Reforçar el sistema de suport al desenvolupament infantil i l'atenció precoç a les dificultats o trastorns del desenvolupament dels infants i les seves famílies, des de les primeres etapes de la vida, des d'una perspectiva global i integradora dels aspectes sanitaris, socials i educatius; donant visibilitat a xarxa pública de referència i ampliar els recursos destinats als CDIAPs
56	UCCAP	Desenvolupament d'unitats territorials de coordinació de tots els dispositius d'atenció a la infància, sanitaris, socials (i educatius), que facilitin una resposta terapèutica integral i immediata i garanteixin la continuïtat assistencial, quan així es requereixi.

Annex 3: Llistat de propostes presentades adjuntant documentació complementària

Núm.	PROPOSANT	TÍTOL
1	Col·legi de terapeutes ocupacionals de Catalunya	Consulta pública prèvia de l'avantprojecte de llei de l'agència d'atenció integrada social i sanitària (aiss) de Catalunya - Aportacions del cotoc
2	Col·legi oficial de pedagogia de Catalunya	La pedagogia de la salut, des d'una perspectiva social i educativa. Aportació de la vocalia de pedagogia social Col·legi oficial de pedagogia de Catalunya. Creació de l'agència d'atenció integrada social i sanitària
3	Col·legi oficial de treball social de Catalunya	Consulta pública prèvia per a l'Avantprojecte de llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya
4	Consell de Ciutat de Barcelona	Aportacions a la consulta sobre l'Agència Integrada Social i Sanitària
5	Consell de Col·legis farmacèutics de Catalunya.	Consideracions consell de col·legis farmacèutics de Catalunya. Avantprojecte de llei de l'agència d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya
6	ConSORCI de Salut i Social de Catalunya	Consideracions a la memòria preliminar de l'avantprojecte de llei de l'agència d'atenció integrada social i sanitària
7	Coordinadora residències	Decàleg per un nou model residencial
8	Envel·liment i Dependència i Eix de Salut de Barcelona en Comú	Proposta del grup d'Envel·liment i Dependència i de l'Eix de Salut de Barcelona en Comú en relació a l'Avantprojecte d'Atenció Social i Sanitària Integrada dels Departaments de Drets Socials i Salut de la Generalitat de Catalunya
9	Federació d'associacions de gent gran de Catalunya	Propostes de FATEC Sobre avantprojecte de llei de l'agència d'atenció integrada Social i sanitària de Catalunya
10	Judith Hidalgo i Vidal	Propostes a l'Avantprojecte de llei de l'Agència de l'Atenció Integrada Social i Sanitària
11	LA UNIÓ Associació d'Entitats Sanitàries i Socials	APORTACIONS DE LA UNIÓ a la consulta prèvia de L'AVANTPROJECTE DE LLEI DE L'AGÈNCIA D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA
12	Oscar Alomar	Recull apartats de la Proposta de resolució del Parlament de Catalunya de 25/01/22 d'ERC, CUP i ECP
13	Salut mental Catalunya	Aportacions al procés participatiu atenció integrada social i Sanitària
14	Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya	Consulta pública prèvia per a l'avantprojecte de llei de l'agència d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Posicionament de la taula d'entitats del tercer sector social de Catalunya

15	Associació Catalana de Municipis	Aportacions a la consulta pública prèvia del "avantprojecte de la llei de l'agència integrada social i sanitària de Catalunya"
16	Associació Catalana de Recursos Assistencials	Anàlisi i aportacions d'ACRA en relació a l'avantprojecte de llei de l'agència d'atenció integrada social i sanitària
17	Associació contra el càncer	Atenció integral sociosanitària en la prevenció i abordatge del càncer
18	Associació de Veïns de l'Esquerra de l'Eixample	Sense títol