

MODEL D'ATENCIÓ SANITÀRIA A LES RESIDÈNCIES DE CATALUNYA

UNA PROPOSTA DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT



Amb la col·laboració de:



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

COORDINACIÓ

Esther Limón Ramírez

Metgessa de Família. Membre del GdT ATDOM de la CAMFiC. EAP Mataró-7. ICS

Francisco Cegri Lombardo

Infermer. Coordinador del GdT d'Atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC. EAP Verneda Sud. Barcelona. ICS.

Victòria Mir Labalsa

Treballadora social sanitària. Membre del GdT ATDOM de la CAMFiC. Coordinació Treball Social Sanitari. ICS.

AUTORS

Pepa Bertran Culla. Metgessa de família. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

Eduard Borreguero Guerrero. Metge de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Emili Burdoy Joaquin. Metge de família. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

M Pilar Enseñat Grau. Infermera. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Elena López Pérez. Infermera. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Miquel Àngel Martínez Adell. Metge de família. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

Olalla Montón Lozano. Treballadora social sanitària. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Alba París Dalmau Treballadora social sanitària. Col.legi Oficial de Treball social de Catalunya.

Beatriz Pérez Moreno. Infermera. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Remei Tell Busquets. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Encarna Torres Aguilera. Treballadora social sanitària. Coordinadora de la Comissió de la Dependència del Col.legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

REVISORS

Marta Albiol Serra. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

José Miguel Baena Díez. Metge de família. Membre del Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

Josep Basora Gallisà. Metge de Família. Director-Gerent de l'IDIAP Jordi Gol i Gurina. Vicepresident 1r de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Anna Maria Bozzone. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Alba Brugués Brugués. Infermera. Presidenta de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya.

Aitor Campos Domínguez. Especialista en Infermeria Familiar i Comunitària. GdT d'atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Sira Casablanças Figueras. Metgessa de família. Membre del Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

Montserrat Coma Solé. Metgessa de família. Membre del Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

M Angels Costa Menen. Infermera. Membre GdT d'atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Mònica Fisa Aregall. Infermera. Membre GdT d'atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

M Teresa Franco Romero. Infermera. Membre GdT d'atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Laia Gené Huguet. Metgessa de família. Membre del Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

Yolanda Herreros Herreros. Metgessa de família. Membre del Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

M^a Teresa Llodrà Noguerras. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Marta Navarro González. Metgessa de família. Membre del Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

Anna Manresa Font. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Elena Monserrate Vallejo. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Sonia Moreno Escribà. Metgessa de Família. Vocal d'Innovació de la CAMFiC.

Amaya Morón Ugalde. Infermera. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Rosa Blanca Muñoz Muñoz. Infermera. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Aina Perelló Bratescu. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Mònica Perdiguero Ginabreda. Infermera. Membre GdT d'atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Natàlia Riera Nadal. Metgessa de família. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Sebastià Riu Subirana. Metge de família. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

Juanma Rivera Puerto. Treballador social. Secretari Junta de Govern Col·legi de Treball Social de Catalunya.

Antoni Sisó Almirall. Metge de Família. Director de Recerca del Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerre (CAPSBE). President de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Mònica Solanes Cabús. Metgessa de Família. CAP Onze de Setembre. Institut Català de la Salut, Lleida. Vocal de la Junta Permanent de la CAMFiC.

Natàlia Teixidó Colet. Infermera. Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

Juan José Zamora Sánchez. Infermer. Membre GdT ATDOM de la CAMFiC.

Elba Zurdo Muñoz. Metgessa de família. Membre del Membre GdT d'Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC.

ÍNDEX

1. Pròleg

2. Justificació

3. Introducció

3.1. Aspectes legislatius i de drets.

3.2. Tipologia de residències.

3.3. Epidemiologia.

4. Model d'atenció

4.1. Marc conceptual.

4.2. Eixos principals.

4.3. Model

4.3.1. Preparació de la institucionalització..

4.3.2. Acollida a la residència.

4.3.3. Seguiment.

5. Altres temes d'interès

5.1. Necessitat de l'accés a la història clínica compartida/punt eCAP a les residències.

5.2. Prescripció a les residències.

5.3. Ratis de professionals.

5.4. Noves formes de convivència de les persones grans: el model co-housing.

5.5. Accessibilitat i arquitectura centrada en les persones.

5.6. Aspectes ètics.

6. Recomanacions

7. Bibliografia

8. Acrònims

1. PRÒLEG.

A principis d'Abril de 2020 i en el decurs de la pandèmia ocasionada pel SARS-CoV-2 el Govern de la Generalitat va decidir traspassar les competències en les Residències de Gent Gran del Departament de Treball, Afers Socials i Família (DTASF) al Departament de Salut (DS). La greu afectació de la pandèmia en la gent gran va precipitar una decisió que en l'opinió de molts professionals sembla encertada.

Fruit d'aquesta decisió, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) ha promogut una enquesta adreçada a Directors d'Equips d'Atenció Primària (EAP) on el 88,5% declaraven tenir assignada una o més d'una Residència Geriàtrica en la seva àrea bàsica de salut, i d'aquests el 60% referia no disposar d'un pla d'atenció específic. Al llarg de les primeres setmanes de gestió de la Pandèmia per la COVID-19 les direccions dels equips han pres decisions sense esperar ordres: han facilitat la reorganització interna dels centres per donar resposta assistencial a nous àmbits d'atenció, a la creació de microequips d'atenció residencial amb gran protagonisme d'infermeria, a una atenció proactiva i programada, i a la necessitat d'incrementar el nombre de professionals per atendre els residents. En definitiva, un sentiment de que l'EAP és responsable de la seva salut.

Davant d'aquesta nova realitat, la CAMFiC i l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC) han volgut promoure un exercici de consens entre els principals actors involucrats en el procés d'atenció a les persones residents en Residències de Gent Gran, que són a tots efectes, els *altres domicilis* de la gent gran. Aquest model ha de ser compartit i reconegut, però liderat pels professionals que n'assumiran la cura, les competències i els recursos per fer-hi front. En els primers dies, tant residents com treballadors de les residències han trobat consol i respir al percebre que el sistema sanitari, per mitjà dels EAP, es farà càrrec de la seva prevenció i promoció de la salut. En un moment d'epidèmia on el distanciament físic és essencial per evitar el contagi, necessitem més que mai la centralitat dels equips d'atenció primària, connexió social i visió comunitària i salutogènica per garantir el benestar de la nostra gent gran.

Barcelona, 29 de maig de 2020.

Antoni Sisó i Almirall
President de la Societat Catalana
de Medicina Familiar i Comunitària

Alba Brugués i Brugués
Presidenta de l'Associació d'Infermeria
Familiar i Comunitària de Catalunya

2. JUSTIFICACIÓ

L'envelliment de la població, com a conseqüència de l'allargament de l'esperança de vida i els avenços socials, sanitaris i tecnològics del darrer segle, entre d'altres factors, ha produït un canvi en el patró de la morbimortalitat amb un predomini de les malalties cròniques i un nombre cada vegada major de persones vivint amb discapacitats associades, que poden conduir a la pèrdua de capacitat funcional per a realitzar una vida independent.

El millor entorn d'atenció sanitària a les persones, sempre que sigui possible, és el domicili, el lloc on viuen.

Però, en algunes ocasions, ja sigui per la complexitat de les cures, la dificultat d'obtenir serveis de suport a domicili amb la necessària intensitat i la insuficiència de suport familiar o social fan que els centres residencials siguin el nou domicili i el recurs més adient per a moltes persones, tot i l'important cost econòmic que suposa tant per al sistema públic com eventualment per a l'economia de la persona i el seu entorn familiar.

El Pla de Govern per a la XII legislatura, aprovat el 25 setembre de 2018, va fer palès la necessitat de desplegar una estratègia única d'atenció integrada social i sanitària a causa de les necessitats sanitàries i socials de la població, especialment per a aquelles persones que són grans o tenen necessitats complexes. Es va veure la conveniència de redefinir el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), que va ser substituït pel nou Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

Es tractava, en definitiva, de crear un model d'atenció integrada dels serveis sanitaris i socials, tot elaborant un pla de treball que contribueixi a generar un model d'intervenció global coordinada, amb una mateixa visió de conjunt, que situï la persona al centre. Un model que s'havia de posar en marxa.

Però davant la crisi sanitària i social motivada per la pandèmia del coronavirus SARS-CoV-2 i la malaltia que ha desencadenat a les persones la COVID-19, ha fet necessària una intervenció d'alta intensitat assistencial a la població que viu en l'àmbit residencial per part dels dispositius sanitaris disponibles al territori, amb el lideratge de la gestió clínica de l'Atenció Primària de Salut (APS), intervenció promoguda pel DS i el Servei Català de la Salut (CatSalut).

La situació derivada d'aquesta pandèmia ha afectat de forma específica als centres residencials, per la vulnerabilitat de les persones usuàries (persones grans, amb discapacitat psíquica o malaltia mental), la pressió de la resta d'àrees del sistema, i la insuficiència dels recursos i, així com per l'impacte en els professionals, empitjorant una situació tradicionalment ja difícil.

En aquest context, la CAMFIC, l'AIFiCC, amb la participació del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya fan aquesta proposta de model d'atenció sanitària a les residències. Sabem que la salut inclou moltes dimensions (física, emocional, social, espiritual) i que depassa el sistema sanitari i necessita obligatòriament la participació

de les persones. Però tot i incompleta, pensem que la nostra aportació és necessària, per poder construir, tots plegats un model d'atenció pel present i pel futur.

Per temes operatius, malgrat que el model no difereix excessivament si ens centrem en persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, la nostra proposta s'adreça a les residències de persones grans.

Aspirem també a què sigui un model d'atenció sanitària extrapolable a tot el país i a tota classe de residències (ja disposin de places públiques, privades o concertades).

3. INTRODUCCIÓ

3.1. Aspectes legislatius i de drets.

Amb l'entrada en vigor de la Llei 39/2006 de promoció de l'Autonomia personal i Atenció a les persones en situació de dependència, les residències per a la gent gran hem vist com ha anat canviant el perfil de la persona usuària, amb un grau de dependència cada vegada més elevat i en la majoria dels casos associada a complexitat clínica, i sovint, malaltia crònica avançada.

Aquest és un punt d'inflexió, ja que habitualment tenen dret a ingrés residencial en plaça pública persones reconegudes amb grau 2 i 3 de dependència. I és en aquest moment que comença a poc a poc a canviar el perfil del resident. La complexitat clínica que presenten deriva en una atenció sanitària de més intensitat per a donar resposta a les necessitats d'aquestes persones.

Drets i deures de les persones grans

El Govern de la Generalitat de Catalunya en 2003 va publicar la "Carta de Drets i deures de la Gent Gran a Catalunya" (Diari Oficial de la Generalitat nº 4.021 d'1 de desembre de 2003). Aquesta carta recull els cinc principis temàtics proposats per les Nacions Unides, descrits en els documents dels drets humans per a persones d'edat.

Aquests principis són: Dignitat, independència, autorealització, assistència i participació.

L'ingrés a un centre residencial suposa un canvi substancial per a la persona i l'entorn familiar i proper. Un dels objectius prioritaris de l'ingrés a residència és garantir una atenció integral i centrada en la persona, les seves necessitats, expectatives i valors.

Les residències de gent gran han d'assegurar que es puguin garantir els drets específics dels usuaris de serveis residencials i diürns (Llei 12/2007, 11 d'octubre, de serveis socials). En els articles 8, 9 i 10, en relació amb els drets dels usuaris fa referència a:

- Els professionals i les entitats que gestionen serveis socials han d'orientar la seva activitat de manera que es garanteixi especialment la dignitat de les persones, el seu benestar i el respecte a la seva autonomia i intimitat.
- La confidencialitat de les dades i de les informacions que constin en els seus expedients, d'acord amb la legislació de protecció de dades de caràcter personal.

- Rebre informació prèvia amb relació a qualsevol intervenció que els afecti a fi que, si escau, hi puguin donar el consentiment específic i lliure. El consentiment s'ha de donar per escrit quan impliqui l'ingrés en un establiment residencial de serveis socials. En el cas de les persones incapacitades i de les que, per raó de llurs circumstàncies personals, poden ésser declarades incapaces, s'ha de seguir el procediment legalment establert.
- Accedir als seus expedients individuals, en tot el que no vulneri el dret a la intimitat de terceres persones, i obtenir-ne còpies, d'acord amb el que estableixen les lleis. Aquest dret no inclou, tanmateix, l'accés a les anotacions que el personal professional hagi fet en l'expedient.

I en l'article 12 de la citada llei:

- L'exercici de la llibertat individual per a ingressar i romandre a l'establiment i per a sortir-ne, sens perjudici del que estableix la legislació vigent respecte als menors d'edat, les persones incapacitades i les persones sotmeses a mesures judicials d'internament.
- Conèixer el reglament intern del servei, i també els drets i els deures, que s'han d'explicar de manera entenedora i accessible, especialment quan afecten infants i adolescents.
- Rebre una atenció personalitzada d'acord amb llurs necessitats específiques.
- Accedir a l'atenció social, sanitària, farmacèutica, psicològica, educativa i cultural i, en general, a l'atenció de totes les necessitats personals, per a aconseguir un desenvolupament personal adequat, en condicions d'igualtat respecte a l'atenció que reben els altres ciutadans.
- Comunicar i rebre lliurement informació per qualsevol mitjà de difusió de manera accessible.
- El secret de les comunicacions, llevat que es dicti una resolució judicial que el suspengui.
- La intimitat i la privacitat en les accions de la vida quotidiana, dret que ha d'ésser recollit pels protocols d'actuació i d'intervenció del personal del servei.
- Considerar com a domicili l'establiment residencial on viuen i mantenir la relació amb l'entorn familiar, de convivència i social, tot respectant les formes de vida actuals.
- Participar en la presa de decisions del centre que els afectin individualment o col·lectivament per mitjà del que estableix la normativa i el reglament de règim intern, i associar-se per a afavorir la participació.

- Accedir a un sistema intern de recepció, seguiment i resolució de suggeriments i queixes.
- Tenir objectes personals significatius per a personalitzar l'entorn on viuen, sempre que respectin els drets de les altres persones.
- Exercir lliurement els drets polítics, respectant el funcionament normal de l'establiment i la llibertat de les altres persones.
- Exercir la pràctica religiosa, respectant el funcionament normal de l'establiment i la llibertat de les altres persones.
- Obtenir facilitats per a fer la declaració de voluntats anticipades, d'acord amb la legislació vigent
- Rebre de manera continuada la prestació dels serveis i les prestacions econòmiques i tecnològiques en les condicions que s'estableixin per reglament.
- No ésser sotmès a cap mena d'immobilització o restricció de la capacitat física o intel·lectual per mitjans mecànics o farmacològics sense prescripció facultativa i supervisió, llevat que hi hagi un perill imminent per a la seguretat física dels usuaris o de terceres persones. En aquest darrer cas, les actuacions s'han de justificar documentalment, han de constar en l'expedient de l'usuari o usuària i s'han de comunicar al Ministeri Fiscal, d'acord amb el que estableix la legislació.
- Conèixer el cost dels serveis que reben i, si escau, conèixer la contraprestació de l'usuari o usuària.

3.2. Tipologia de Residències.

Els centres residencials que formen part del Sistema Català de Serveis Socials (titularitat pública i privada), és a dir, que s'ha autoritzat per part del DTASF o del DS (en el cas de les comunitats terapèutiques de drogodependències) es destinen a 4 grans col·lectius de persones i s'hi identifiquen recursos residencials diversos:

- Persones grans:
 - Residència assistida per a gent gran de caràcter temporal o permanent.
 - Habitatge tutelat per a gent gran de caràcter temporal o permanent.
 - Llar residència per a gent gran de caràcter temporal o permanent.
- Persones amb discapacitat:

- Residències i Llars Residències per a persones amb discapacitat intel·lectual.
- Residències i Llars Residències per a persones amb discapacitats físics.
- Persones amb malaltia mental i/o addiccions:
 - Residències per persones amb malaltia mental.
 - Llars Residències per persones amb malaltia mental.
 - Comunitats Terapèutiques i pisos de reinserció per atenció a persones amb drogodependències.
 - Residències per infants i adolescents amb Trastorn de l'Espectre Autista.
- Infància tutelada:
 - Centres Residencials d'Acció Educativa.
 - Centre Residencial d'Acció d'Educació Intensiva.
 - Centres d'Acollida.
 - Serveis de Primera Acollida i Emergència.

Segons dades de 2019 publicades pel *Consejo Superior de Investigaciones Científicas* (CSIC) a Catalunya hi havien un total de 62.015 places de residència per a la gent gran, 12.601 (20,3%) de titularitat pública i 49.414 de titularitat privada (79,7 %).

| RESIDÈNCIES PRIVADES | | | | | RESIDÈNCIES PÚBLIQUES | | | | |
|----------------------|-------|--------|--------|---------------|-----------------------|-------|-------|-------|---------------|
| Número Residents | | | | | Número Residents | | | | |
| <25 | 25-49 | 50-99 | >100 | TOTAL | <25 | 25-49 | 50-99 | >100 | TOTAL |
| 3.432 | 9.451 | 17.273 | 19.258 | 49.414 | 288 | 1.286 | 6.539 | 4.488 | 12.601 |

Taula 1. Places de residència per a la gent gran a Catalunya. CSIC, 2019.

3.3. Epidemiologia.

Quins perfils de persones hi ha a les residències?

Segons les dades de l'any 2016, les persones que viuen a una residència assistida, comparada amb tota la població major de 64 anys resident a Catalunya, presenten major dependència i complexitat clínica i són de mitjana 10 anys més grans que els que no hi viuen (85,7 anys vs 75,7 anys). L'edat mitjana dels pacients que ingressen en una residència assistida incrementen cada any, essent les dones que hi ingressen de mitjana gairebé 3 anys més grans que els homes. Tanmateix, les persones de les residències assistides

tenen més patologia associada, essent la demència fins a 10 vegades superior que en les persones majors de 64 anys de la població general.

Disposem també de dades de l'interval 2011-2017. En aquest interval, va augmentar l'edat mitjana (82,02 davant 85,95 anys), la proporció de dones (68,64% vs 72,11%) i la mortalitat anual (11,74% enfront del 20,46%).

Les persones que viuen a una residència van mostrar una mortalitat anual més elevada (20,46% vs 3,13%), més gran nombre de malalties cròniques (especialment demència: 46,47% davant 4,58%), multimorbiditat més elevada (15,2% vs 4,2% amb Grups de Morbiditat Ajustada (GMA) de màxima complexitat) i ingressos anuals en dispositius d'atenció aguda (47,6% davant 27,7%) i de cures especialitzades (27,8% davant 7,4%), durada mitjana de l'estada hospitalària (10,0 vs 7,2 dies) i mitjana de medicaments presos (11,7 vs 8,0).

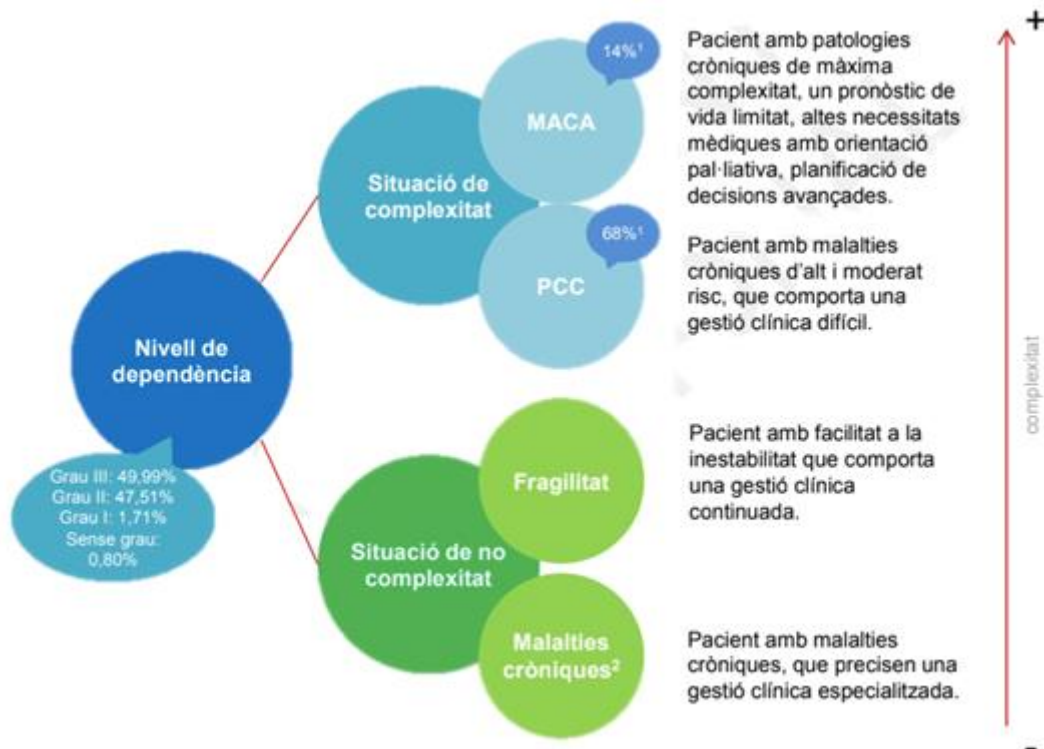


Figura 1. Tipologia de residents. Font: Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran.

Té sentit l'estratificació?

Quan parlem d'estratificar a la població residencial no seria tan oportú fer-ho només segons el seu risc com en població general (en funció de la utilització dels serveis

assistencials, del cost). L'estratificació implica una actitud proactiva del professional, que no basa la seva atenció en la demanda, sinó en la necessitat dels pacients. Aquest model pot afavorir la coordinació sociosanitària, però ens preguntem si té sentit en l'àmbit residencial l'estratificació en el pacient gran segons la piràmide de Kaiser en quant tots ells se situen en els graus de més amunt d'aquesta.

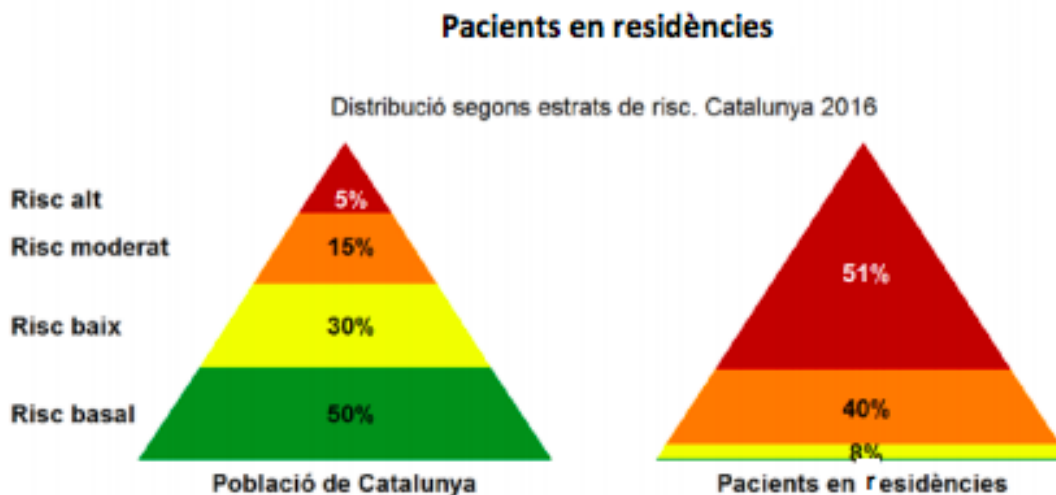


Figura 2. Pacients en residències. Distribució segons estrats de risc. Font: Informe Breus Núm. 12. Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en residències assistides: any 2016. CatSalut.

Sabem de la utilitat de les eines com el GMA i el Grup de Risc Clínic (CRG) alhora d'estratificar-los però creiem interessant reflexionar dins de l'àmbit residencial de l'estratificació en funció de les seves comorbiditats i funcionalitats basals que ens dibuixaran una heterogeneïtat de perfils de pacients dins la residències, amb unes necessitats determinades, sota un denominador comú que és la necessitat de cures, allò que els fa estar institucionalitzats. Per tant, sembla oportú basar-se en perfils de necessitats o perfils assistencials per garantir millor la continuïtat assistencial, la qualitat, i la seguretat, a més a més de la qualitat de vida i el benestar dels residents.

A priori, algunes residències podrien atendre tot tipus de perfil de persones, però d'altres no. És aquí on les aliances en forma de suport assistencial de l'atenció primària de salut juga un paper clau. En un model d'atenció centrat en la persona, que es presentin necessitats complexes no hauria de ser un escull sinó una oportunitat de la residència d'augmentar les seves competències per la millor atenció als residents.

4. MODEL D'ATENCIÓ SANITÀRIA

4.1. Marc conceptual.

L'atenció sanitària a les persones que viuen en residències a Catalunya s'ha de desenvolupar d'acord amb els principis de:

- **Proximitat:** Atenció sanitària propera segons les necessitats individuals de les persones en el territori en què viuen.
- **Equitat:** Igualtat d'accés a l'atenció sanitària per a tota persona que viu en una residència, així com en la seva assignació de recursos.
- **Seguretat:** Priorització de la prevenció quaternària amb la finalitat de donar una atenció que vetlli per la seguretat de les persones que viuen a les residències.
- **Qualitat:** Garantia de la millora en els resultats en salut de les persones, tot aplicant l'evidència científica disponible en el procés d'atenció sanitària.
- **Contínuum assistencial:** Visió integrada del procés d'atenció sanitària de la persona, tenint en compte les seves necessitats, valors i preferències, i garantint la coordinació dels diferents àmbits assistencials 7 x 24 x 365.

4.2. Eixos principals:

- Atendre les persones de forma coordinada amb els professionals de la residència
- Considerar com a eix vertebrador de l'atenció sanitària als equips d'atenció primària de salut.
- Garantir l'atenció que es requereixi, la coordinació dels diferents nivells assistencials sanitaris i socials del territori i l'accés a totes les especialitats sanitàries i recursos necessaris per a una atenció de qualitat.
- Assegurar que les persones tindran una única història clínica compartida que recollirà totes les seves dades.

4.3. Model.

Tota persona adscrita al CatSalut, per tant, en disposició d'un Codi d'identificació personal (CIP), independentment d'on resideixi, té dret a rebre serveis sanitaris públics, i disposar d'un equip d'atenció sanitària de referència assignat per part de l'AP. Aquest EAP ha de representar el primer nivell d'atenció per als ciutadans, amb el suport d'equips d'atenció continuada per garantir l'atenció 24 hores i 365 dies l'any. És fonamental l'assignació d'un únic equip de referència sanitari per a les persones, per tal de donar continuïtat a l'atenció sanitària i evitar desigualtats i duplicitats en els serveis sanitaris

prestats. Aquest model d'atenció s'ha d'aplicar també a les persones que viuen a les residències: **l'assignació d'un únic equip sanitari de referència.**

Malgrat considerem que la residència és on viuen les persones, hi ha diferències amb el domicili privat. A les residències hi ha necessitats cobertes que a domicili s'han d'avaluar i assegurar que es dona resposta.

D'acord amb aquest principi, proposem un model d'atenció als usuaris de les residències genèric i comú, amb adaptacions territorials o locals, en coordinació amb els diferents recursos i serveis que siguin necessaris en funció de les necessitats detectades.

En un context desitjat d'autonomia de gestió dels equips, la decisió final seria del mateix equip, que podria plantejar-se organitzacions diferents en l'assignació de les persones que viuen a la residència, organitzar-se com consideri oportú i preservant sempre que sigui possible la longitudinalitat en l'atenció. Fins i tot podria ser plantejable disposar d'equips primaristes centrats en els EAP i de base territorial, si la resposta a les necessitats al territori així ho aconsella.

Interrelació professionals de l'àmbit residencial i de l'atenció primària de salut.

L'atenció integrada a persones en centres residencials requereix la intervenció i la coordinació de múltiples actors que conformen un sistema complex. El seu rol pot variar en funció de la tipologia de residència i de les particularitats d'aquesta. La coordinació entre els diferents actors és l'element clau que ha de garantir l'èxit del model, la qual cosa fa especialment necessària la definició clara de les responsabilitats que desenvolupen els diversos agents per a cada nivell del sistema. I al centre de tot, està la persona que viu a la residència i requereix serveis sanitaris en el seu dia a dia.

Els professionals referents de l'APS han d'integrar-se en l'equip multidisciplinari del centre residencial, i treballar en cooperació amb aquest. La resta de l'EAP ha de complementar l'actuació dels professionals residencials quan aquests no poden donar resposta a les necessitats de les persones.

En cas de demanda sanitària urgent, que no pugui ser resolta per part de l'equip residencial, s'hauria de prioritzar la seva resolució a nivell del centre residencial mitjançant els dispositius necessaris i de que es disposi segons els pactes territorials.

Tot i aquestes consideracions, sabem que les duplicitats de les intervencions dels professionals suposen no aprofitar al màxim els recursos professionals disponibles. **La nostra proposta es avançar en la unificació de manera que un únic equip sanitari sigui el responsable de l'atenció sanitària integrada a les residències i que aquest equip estigui integrat funcional i contractualment en els EAP.**

Actuacions segons moment evolutiu.

Centrant-nos en el paper de l'AP de salut, la nostra proposta, en diferents moments de la trajectòria de vida de les persones és la següent:

4.3.1 Preparació de la institucionalització.

Quan les persones són institucionalitzades, la transició al domicili / centre residencial és un punt clau en el model d'atenció, una etapa a la qual cal tenir especial cura. Per acompanyar aquest procés, calen tot un seguit d'activitats proactives:

- Identificar pacients en situació de complexitat PCC/MACA, dependència i/o discapacitat amb necessitat de continuïtat assistencial i necessitats de recurs sanitari i/o social.
- Identificar la referent i co-referent de treball social del Procés d'atenció social (PAS) i del Procés d'atenció social sanitari (PASS) previ a la institucionalització, i quan aquesta sigui efectiva, si es precisa. Inclou la proactivitat en les cures socials, les intervencions socials i psicosocials necessàries, així com els tràmits de recursos que es precisin.
- Assessorar de manera proactiva en documents preventius per la cura social de la persona (document de voluntats anticipades (DVA), autotutela, etc.).
- Realitzar valoració geriàtrica integral i interdisciplinària que inclou la valoració cognitiva, funcional, emocional, valoració social, identificació de les síndromes geriàtriques.
- Revisió de tractaments farmacològics per a la millora de la conciliació en la prescripció, dispensació i compliment del tractament.
- Elaborar un pla d'atenció amb la persona/família atesa i consensuat amb els professionals que participen en el procés d'atenció (equip interdisciplinari) i recollir els elements clau al pla individualitzat d'intervenció compartit (PIIC) on quedi ben recollit els nivells d'adequació terapèutica.
- Assegurar la continuïtat de l'atenció quan un pacient ingressa en una residència, facilitant la comunicació de l'atenció realitzada fins al moment per l'equip sanitari.
- Acompanyar la persona, família i el seu entorn de suport en els processos de decisió d'ingrés residencial que es proposin en el Pla Individual d'Atenció (PIA), elaborat des de Serveis Socials, en un marc col·laboratiu amb aquests.

4.3.2. Acollida a la residència.

- Caldrà assegurar que la persona resident i la seva família i/o persones designades com a referents, seran coneixedores del rol de l'EAP al procés assistencial, a més a més de garantir la participació de l'EAP en l'elaboració del pla d'intervenció a la residència si és necessari.

4.3.3. Seguiment.

- Es realitzarà el seguiment de la persona segons les guies clíniques i protocols i procediments territorials, amb els que treballa en l'EAP.
- Es facilitarà la prescripció farmacològica i de material d'ajudes tècniques (seguint criteris dels fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals).
- També es durà a terme l'adequació terapèutica en funció de l'evolució de les malalties cròniques i la clínica seguint criteris STOPP-START o similars.
- La infermera d'AP intervindrà en programes de promoció i prevenció, i en la prevenció de les descompensacions de les malalties cròniques. I donarà suport a la infermera de la residència en aquells procediments establerts a les guies clíniques o que requereixi l'estat de salut del pacient.
- S'oferirà formació al personal de la residència:
 - En els protocols i circuits sanitaris, rutes assistencials establertes al territori.
 - Si és necessari, actualitzacions en el maneig i seguiment de patologies freqüents, exacerbacions, així com de l'abordatge del final de vida.
 - Altres temes que els professionals considerin oportuns.
- Es un compromís de l'EAP fer visita presencial en cas de descompensació o altres situacions susceptibles de ser valorades presencialment.
- S'haurien d'implementar totes les eines de tele-medicina que són útils a l'APS i que també beneficiarien a les persones que viuen a residències (i que tenen tot el dret de rebre): e-consulta, videoconsulta, tele-dermatologia, etc.
- L'EAP pot realitzar a la residència diferents proves i tractaments de la seva cartera de serveis: ECG, Infiltracions, Ecografies, tractaments deplectius, tractaments endovenosos, tractament del dolor i sedació pal·liativa i/o terminal, etc. Si l'expertesa de l'equip responsable de la residència no ho permet, o no es disposa de recursos, aleshores es garantirà que les persones que estan a residència tinguin accés a les

proves o tractaments que siguin adequades, en clau territorial i en sinergia amb els altres proveïdors del territori, segons els pactes territorials que s'estableixin per a l'atenció dels pacients amb altes necessitats. En avançar la implantació del model les residències haurien de disposar de tot l'equipament esmentat i els seus professionals tenir les habilitats per poder realitzar-ho.

- Es derivarà a les persones als recursos especialitzats quan així ho indiqui la seva patologia, sigui de forma urgent o programada. Es compartirà la notificació del PreAlt garantint la continuïtat de les cures.

Totes les activitats esmentades, seguint el model d'atenció a la persona, es pacten, planifiquen i es registren objectius d'assoliment. L'eina que utilitzen les residències és el Pla individualitzat d'atenció integral (PIAI) on participen la persona amb la resta d'equip residencial. A nivell d'APS, els professionals realitzen plans d'atenció, i es destil·len al PIIC. Tots dos documents son dinàmics i cal revisar-los periòdicament. Seria desitjable fer congruents els dos plans.

En el marc del treball orientat a l'atenció a la persona s'ha de definir en cada lloc el marc de comunicació amb el resident i la seva família i/o referents designats, l'equip del centre i de l'EAP.

Sense voler medicalitzar les residències, si les persones que hi viuen presenten malalties avançades o amb alta possibilitat de descompensació considerem també necessari:

- Disposar d'oxigen i concentradors i altre utilitatge per poder assistir realitzar el tractament agut sense necessitat de derivar si es pot resoldre a la residència, nebulitzadors, porta sèrum.
- En situació de final de vida, espais íntims a disposició del pacient i de la persona o persones de referència que hagi designat, habitualment familiars, així com afavorir l'acompanyament en totes les hores que desitgin.

5. ALTRES TEMES D'INTERÈS

5.1. Necessitat de l'accés a la història clínica compartida/punt eCAP a les residències.

Fa molts anys que parlem de la necessitat de que les persones tinguin una història clínica única, i que els professionals, segons el seu perfil i amb l'autorització de la persona, en puguin accedir per atendre-la millor.

Ja al Decret 284/1996 del 23 de juliol 1996, al seu *Article 31- Sistemes informàtics* diu

Per dotar d'eficàcia el funcionament dels diferents establiments de titularitat pública, els sistemes de tractament automatitzat de dades dels serveis que formen part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública hauran de garantir la compatibilitat dels seus sistemes informàtics o telemàtics, i en tot cas s'han de respectar les previsions establertes a la Llei orgànica de regulació del tractament automatitzat de les dades de caràcter personal.

Caldria avançar també en aquest sentit als establiments de règim privat

En punts anteriors ja s'ha comentat que és una premissa bàsica l'accés al programari informàtica de l'AP, l'eCAP, a la mateixa residència, per part de l'equip residencial (cal definir en cada cas qui pot accedir, i el seu perfil d'accés). Serà necessari valorar el desenvolupament de l'eCAP per a que doni resposta a totes les necessitats i indicadors de les residències (administració de medicació, registre de contencions/caigudes, registre d'activitats dels professionals de la residència, registre del PIAI, etc.)

Poder accedir a la història clínica compartida permetrà un millor intercanvi d'informació i mantenir actualitzada la història clínica (entre la residència, l'APS, l'especialitzada i els informes hospitalaris), a més a més de tenir accés a informes, proves (evitar duplicitats) per no dir evitar errors de prescripció (ni duplicacions ni pautar fàrmacs als quals la persona és al·lèrgica o intolerant) i també permetrà consultar el DVA i el PIIC.

5.2. Prescripció a les residències

Les persones que ingressen a una residència presenten majoritàriament una elevada complexitat. Davant d'aquesta situació de complexitat, sorgeix l'oportunitat que l'equip d'atenció sanitària de la residència integri la figura del farmacèutic d'AP dependent de l'EAP i avanci cap a un model d'atenció integral centrat en la persona.

Proposem passar d'un model centrat en el medicament a un Model d'Atenció Farmacèutica centrada en la persona.

Amb aquest canvi de model es pretén aconseguir els següents resultats:

- Millora dels resultats en salut i de la qualitat de vida de les persones com a conseqüència de:
 - La valoració integral que permet adaptar els tractaments a les seves necessitats particulars.
 - La incorporació d'activitats clíniques i assistencials dutes a terme pel farmacèutic de l'equip que contribueix a l'adequació dels tractaments i a la millora de la qualitat de vida de les persones.
- Increment de l'Efectivitat dels tractaments i la seguretat clínica a conseqüència de:
 - L'evitació de duplicitats, interaccions farmacològiques i contraindicacions en els tractaments.
 - La incorporació de processos com la conciliació, la revisió clínica de la medicació i la millora de l'adherència, que redueix el nombre de problemes relacionats amb la medicació i incrementa la seguretat de les persones.
 - La preparació individualitzada de la medicació, que disminueix els possibles errors en l'administració dels fàrmacs a les residències.
- Estandardització i millora de processos com a conseqüència de:
 - La implementació de les Pautes d'Harmonització Farmacoterapèutiques del CatSalut en coherència amb el que es promou al territori.
 - La implementació de protocols farmacològics estandarditzats, homogenis i òptims, sota la responsabilitat del farmacèutic/a.
 - L'optimització dels processos de gestió de les residències, per la unificació de la provisió de medicaments i productes sanitaris a les residències mitjançant el Servei de Farmàcia o l'Oficina de Farmàcia.
 - La creació de sinergies i treball en xarxa entre els diferents agents.

5.3. Ratis de professionals.

L'atenció de les persones que viuen a residència està regulada per normativa, tant estatal com autonòmica. Aquesta normativa és la que marca els ratis i defineix els mínims de professionals.

En funció de la dependència acreditada de les persones s'assignen dedicacions horàries i tipus de professionals. Però el perfil actual de les persones residents és molt diferent del que inicialment recollien les normatives, i hi ha un clar desequilibri entre les hores d'atenció dels professionals sanitaris i la complexitat de les necessitats de les persones que caldria esmenar.

Està regulat per exemple, la titulació que ha de tenir el director de la residència (titulació universitària de grau mig) el rati de professionals en atenció directa (segons si els usuaris són vàlids o són usuaris assistits) i les dedicacions horàries del personal directiu, del responsable higiènic-sanitari, personal d'atenció directa i indirecta, i personal d'atenció nocturna.

| TIPUS DE PROFESSIONAL | RISC BAIX | RISC MIG | RISC ALT |
|----------------------------|-----------|----------|----------|
| Medicina | 0 | 10 | 10 |
| Infermeria | 37 | 60 | 70 |
| Treball Social | 0 | 17/12* | 17/12* |
| Educació social | 0 | 17/10* | 17/10* |
| Teràpia Ocupacional | 0 | 5 | 17/9* |
| Fisioteràpia | 17 | 35/20* | 35/15* |
| Psicologia | 0 | 17/10* | 17/10* |

Taula 2. Detecció de necessitats de professionals en l'atenció a les persones que viuen en centres residencials. Hores mínimes necessàries segons normatives: Decret 142/2010 d'11 d'octubre i *Ordre BSF/35/2014 del 20 de febrer. Modificada de S J Santa Eugènia. 2018.

Llei d'ordenació de professions sanitàries (LOPS).

No es disposa actualment d'indicadors o dades fiables que ens permetin construir una fórmula que possibiliti calcular amb precisió la dedicació que han de tenir els professionals sanitaris per atendre les persones que viuen a una residència.

Tal i com hem dit a la introducció, la majoria de població residencial són persones amb necessitats complexes (un elevat percentatge de PCC i MACA). Amb dades de 2016, en relació amb la càrrega de morbiditat i, en la població general de Catalunya, hi havia un 20% de pacients amb risc alt o moderat de reingrés, mentre que en els malalts majors de 64 anys que viuen a una residència aquest percentatge era del 91% (són pacients amb pluripatologia i fràgils). Si aquest percentatge el comparem amb el de la població de Catalunya major de 64 anys no resident, era del 63,3%, un 27,7% menys que en les persones que viuen a una residència.

Amb les mateixes dades s'observava que, en general, els pacients atesos en residències feien un ús força semblant de recursos sanitaris ambulatoris de visites a atenció primària, consultes externes i hospital de dia que el seu grup d'edat, però anaven més a urgències. També tenien un major consum de fàrmacs, (de mitjana 11,7 principis actius diferents, mentre que els pacients no

residents en RA en prenen 8,2 de mitjana). Es produeix, però, un increment pel que fa a la utilització de recursos d'internament, en les taxes d'ingrés en hospitals d'aguts i en els recursos socio-sanitaris. La utilització de recursos socio-sanitaris és de més de 4 vegades i la taxa d'hospitalització en centres d'aguts és de gairebé el doble.

Estem doncs, davant d'una població no només amb, majoritàriament, una elevada dependència, sinó també amb necessitats complexes d'atenció sanitària

Hom considera que les hores marcades per normativa són clarament insuficients per donar resposta a les necessitats detectades. D'aquí que davant d'aquesta realitat, **és inexcusable la dotació de recursos humans als EAP per assumir aquesta competència.**

Per solucionar aquestes mancances moltes residències han establert sinergies i acords amb els serveis sanitaris i socials bàsics en funció de les necessitats de les persones. Aquesta pràctica és més freqüent a residències amb un nombre petit de residents i més difícil a grans establiments.

A més a més, les residències es distribueixen de forma desigual arreu del territori català.

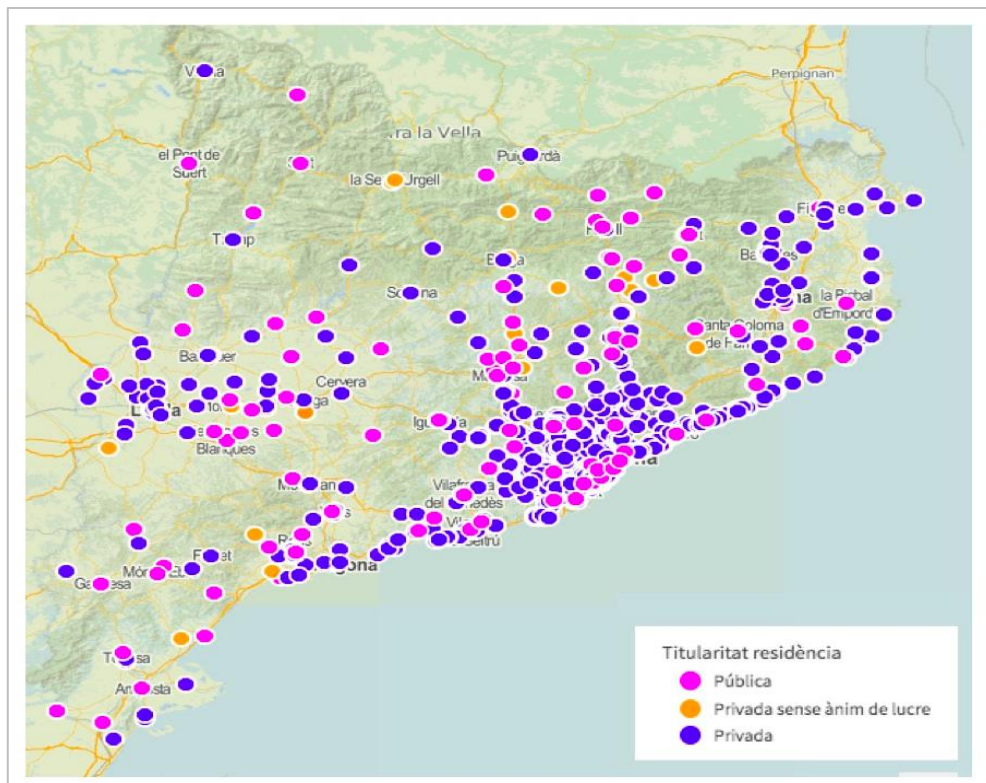


Figura 3. Distribució territorial de residències de gent gran segons titularitat. Font: Roger Tugas Vilardell. Diari Nació Digital.

Recollint tot els aspectes esmentats, i des d'un punt de vista de serveis sanitaris, donades les característiques de la població residencial i la seva

distribució territorial, **els ratis dels professionals (medicina i infermeria) s'haurien de recalcular i augmentar, clarament, sent especialment curós amb el càlcul de la càrrega assistencial sanitària que implicarà assumir als EAP.**

5.4. Noves formes de convivència de les persones grans: el model co-housing.

Certament les persones grans volen viure a casa seva, i estan apareixent cada cop més noves formes de convivència, que hem d'identificar perquè seran objecte de la nostra atenció.

El cohabitatge (o cohousing) sènior és una forma alternativa de viure la vellesa dins un model de convivència basat en l'autogestió. Es basa en l'agrupació d'un col·lectiu de persones amb interessos comuns i ganes de viure en comunitat, que disposen d'espais privats i alhora d'espais comuns on compartir activitats. Els orígens d'aquest tipus d'iniciativa els trobem a Dinamarca a la dècada dels 60, però al nostre país han començat a sorgir projectes en aquesta línia des de fa uns 10-15 anys, impulsats directament per comunitats o per empreses i cooperatives, com ara Sostre Cívic, que treballa per fomentar nous models d'habitatge a Catalunya.

El model de cohabitatge es caracteritza per la seva base participativa on les sòcies tenen capacitat de gestió i decisió, pel respecte a la individualitat dins la col·lectivitat, la independència econòmica de cada membre (a banda de participar en les despeses comunes) i el disseny arquitectònic al servei dels valors anteriors, és a dir, orientat a la comunitat per afavorir la comunicació i l'ajuda mútua però preservant espais privats per a cada membre.

De manera general, les persones que viuen en model co-housing haurien de rebre atenció domiciliària des dels seus EAP dins de l'habitual programa ATDOM (que escapa a l'àmbit d'aquest document).

5.5. Accessibilitat i arquitectura centrada en les persones.

La Llei 20/1991 de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques conté normes de construcció i normatives, que han quedat superades per la realitat actual. És una realitat la variabilitat quant a l'accessibilitat, els espais de què es disposa, zones d'esbarjo, que condicionen el benestar de les persones i la seva seguretat i la dels treballadors.

Està comprovat que hi ha una relació directa entre el disseny arquitectònic i el benestar subjectiu. La creació d'entorns positius és, al costat de l'atenció a les persones, un dels pilars del model Atenció integral centrada en la persona.

Les residències han evolucionat molt i ara moltes d'elles són espais que permeten la promoció de l'autonomia personal. La seva arquitectura també busca cada cop més que s'assemblin a una llar. Les residències no són hospitals

ni hotels, han de ser llars per als seus residents. S'han d'aconseguir espais que promoguin l'autonomia i independència de les persones, que promoguin les relacions socials i la pertinença a un col·lectiu, però que també protegeixin la intimitat i individualitat ha de ser l'objectiu del disseny de la residència. Una arquitectura pensada des de l'usuari i per a l'usuari, amb una ubicació urbanística digne i saludable. Una arquitectura centrada en la persona i que respecti els valors d'aquesta atenció: autonomia, integralitat, individualitat, integració social, independència i continuïtat de cures.

5.6. Aspectes ètics.

Per aprofundir en els aspectes ètics més importants en l'atenció residencial, seguirem la proposta dels principis bioètics europeus que van formular Kemp i J. Rendtoff: dignitat, integralitat, autonomia i protecció de la vulnerabilitat.

De l'aplicació dels principis ètics esdevenen deures i imperatius per als professionals.

- El **respecte a la intimitat** és un deure fonamental del professional que intervé. Juntament amb el respecte a la intimitat, el professional ha de potenciar, en la mesura del possible, l'autonomia funcional i la seva competència ètica.
- L'imperatiu de **confidencialitat** s'estén a qualsevol professional que intervé a una residència, ja que aquesta pràctica té lloc en el si de la institució
- **Atenció integral.** La persona no és un ésser pla, sinó un ésser pluridimensional. L'atenció integral és una condició imprescindible per assolir una atenció excel·lent.

Alguns **conflictes ètics** en l'atenció residencial:

- **Dubtes pel que fa a la competència**

En molts casos, la persona objecte d'atenció no té modificada la capacitat legalment i, en canvi, el professional detecta que pateix veritables dificultats per prendre decisions d'una manera lliure i responsable. S'adona que no té les condicions mínimes per decidir d'una manera autònoma i de gestionar la seva pròpia vida i el seu patrimoni.

En aquesta circumstància de vulnerabilitat, la persona pot ser objecte d'abusos o de maltractaments; fins i tot pot ser objecte de manipulació i d'aprofitament per part d'altres persones del seu mateix entorn.

Els professionals que intervinguin han d'estar atents a aquestes circumstàncies i cercar el màxim bé per la persona (d'acord al principi de beneficència). Si existeixen dubtes raonables de la competència de la persona, s'hauria d'actuar

en conseqüència i prendre mesures de protecció (i valorar la subrogació de l'autonomia)

- **Discrepàncies entre els equips de l'atenció sanitària.**

En cas de conflicte entre equips, el professional referent de l'atenció ha de prioritzar entre el principi de no maleficència i el deure de guardar la confidencialitat i la no maleficència.

Si detecta pràctiques que afecten negativament la salut mental, emocional, somàtica i social del destinatari, intentarà corregir aquestes pràctiques buscant sempre l'interès superior de la persona atesa. Els espais de deliberació compartida esdevenen en aquestes circumstàncies un element clau per aconseguir, entre tots els implicats, la coordinació necessària per aconseguir proporcionar la millor atenció

No podem oblidar que davant de qualsevol situació que generi un conflicte ètic i precisi una decisió important (com l'epidèmia per la COVID-19 que estem vivint) els professionals han de deliberar en conjunt. Així es garanteix que s'aporten diferents punts de vista s'analitza la situació de manera holística.

La situació derivada d'aquesta pandèmia ha afectat de forma específica als centres residencials, per la vulnerabilitat de les persones usuàries (geriàtriques, de discapacitat o de salut mental), la pressió de la resta d'àrees del sistema, i la insuficiència dels recursos i, així com per l'impacte en els professionals, empitjorant una situació tradicionalment ja difícil. Es mereixen, doncs una discriminació no solament positiva, sinó obligada. En la mesura que aquest col·lectiu de persones, les més vulnerables en termes de salut, no hagin rebut el tipus d'atenció més adequat a les seves necessitats és obligat donar-hi una resposta preferent, per descomptat sense detriment de la resta de la població. L'equitat es tradueix en un accés adequat a allò que necessita la persona, cosa que sovint implica un tracte desigual. Equitat no equival, per tant, a igualtat.

6. RECOMANACIONS

- Considerar com a eix vertebrador de l'atenció sanitària a les residències als EAPS.
- Garantir l'atenció que es requereixi, la coordinació dels diferents nivells assistencials sanitaris i socials del territori i l'accés a totes les especialitats sanitàries i recursos necessaris per a una atenció de qualitat.
- Assegurar que les persones tindran una única història clínica compartida que recollirà totes les seves dades.
- Disposar d'un punt d'accés a l'eCAP a tots els centres residencials.
- Avançar en la unificació de manera que un únic equip sanitari fos el responsable de l'atenció integrada a les residències i que aquest equip estigui adscrit a l'APS.
- Els ratis dels professionals (medicina i infermeria) s'haurien de revalorar i augmentar i especialment s'hauria de ser molt curós amb el càlcul de la càrrega assistencial sanitària que assumir l'atenció sanitària a les residències suposaria als EAPS.

El trànsit del model actual al model que proposem necessitarà una clara determinació política i legislativa. Perquè el model proposat no serà possible sense recursos de personal i material ni sense l'expertesa dels professionals que actualment treballen a les residències.

7. BIBLIOGRAFIA

- Abellán A, Aceituno MP, Ramiro D . Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 24, 24 p. Disponible a <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>
- Amblàs-Novellas J, Santauegènia SJ, Vela E, Clèries M, Contel J. What Lies Beneath: Clinical and Resource-use Characteristics of Institutionalized Older People. A Retrospective, Population- based Cohort Study in Catalonia .BMC; 2020 (in press).
- Blasco M. Impacte de la implantació de la llei de la dependència en el servei de residència per a gent gran. A. Fundació Caixa Manlleu. Osona Debats/ 2 Atenció a la gent gran dependent a Osona: on estem i cap on avancem. Manlleu. 2017.
- Blay C, Limón E (coord) Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Barcelona: Departament de Salut; 2017. Disponible a <http://hdl.handle.net/11351/3305>.
- Comitè d'ètica dels Serveis Socials de Catalunya. Recomanacions sobre el desenvolupament dels drets i deures de les persones grans en entorns residencials. Barcelona. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social i Família. 2013. Disponible a: https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/02_gent_gran/recomanacions_drets_deures_persones_grans_entorns_residencials/recomanacions_drets_deures_persones_grans_entorns_residencials.pdf
- Departament de Benestar i Família. Carta de Drets i Deures de la Gent Gran de Catalunya. (DOGC 4021 d'1 de desembre de. 2003, Pàg. 23379).
- Departament de Presidència. Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials.
- Departament de Presidència. Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques.
- Departament de Presidència. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials.
- Departament de Salut. Carta de Drets i Deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Generalitat de Catalunya. 2015. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/drets-i-deures-de-la-ciutadania/>

- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Persones amb dependència. Disponible a: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/normativa/per_amb_ts_tematics/persones_amb_dependencia/
- Gobierno de España. Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 299, de 15 de diciembre, i suplement en català núm. 28, de 16 de desembre).
- González-Mestre A, Piqué JL, Vila A (coord). L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Barcelona. PIAISS. Generalitat de Catalunya. 2016. Disponible a <https://xarxanet.org/biblioteca/latencio-centrada-en-la-persona-en-el-model-datencio-integrada-social-i-sanitaria-de>
- Treball social sanitari de l'ICS. Abordatge integral de la cronicitat a la Metropolitana Nord, reflexió compartida. Disponible a <https://treballsocialsanitariics.wordpress.com/2015/07/29/abordatge-integral-de-la-cronicitat-a-la-metropolitana-nordreflexio-compartida/>
- Santaeugenia SJ, González-Mestre A, Barbeta C (coord.) Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran. Document provisional. Barcelona, 2018.
- Santaeugenia SJ, González-Mestre A, Barbeta C (coord.) Model d'Atenció Farmacèutica per a les persones que viuen en residències de Catalunya. Document provisional. Barcelona, 2017.
- Servei Català de la Salut. Unitat d'Informació i Coneixement, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en residències assistides: any 2016. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2018. (Informes breus; 12/2018). Disponible a <http://hdl.handle.net/11351/3458>

8. ACRÒNIMS

AP: Atenció Primària

APS: Atenció Primària de Salut

CatSalut: Servei Català de la Salut

CIP: Codi d'identificació personal

CRG: Grup de Risc Clínic

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

CUAP: Centre d'urgències d'Atenció Primària

DS: Departament de Salut

DTASF: Departament de Treball, Afers Socials i Família (DTASF)

DVA: Document de voluntats anticipades

EAP: Equip d'Atenció Primària

eCAP: Estació Clínica d'Atenció Primària

GMA: Grups de Morbiditat Ajustada

LOPS: Llei d'ordenació de professions sanitàries

MACA: Model d'atenció a la cronicitat avançada

PIAISS: Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

PAISS: Pla d'atenció integrada social i sanitària

PAC: Punts d'atenció continuada

PIA: Pla Individual d'Atenció

PIAI: Pla individualitzat d'atenció integral

PIIC: Pla individualitzat d'intervenció compartit

PCC: Pacient crònic complex