

Informe final

Comissió de Residències de Barcelona

Taula d'Atenció Integrada Social i Sanitària

Desembre 2017 - Octubre 2019

Índex

1.	Introducció	3
2.	Objectius de la Comissió de Residències.....	4
3.	Integrants	5
4.	Cronograma.....	8
5.	Fase de diagnòstic	10
5.1	DAFO.....	10
5.2	Dades pel diagnòstic.....	15
5.3	Presentacions de projectes o proves pilot	17
6.	Concreció de línees de treball , realització d'accions i propostes.....	20
6.1	Accions realitzades	26
6.1.1	Comissió d'avaluació Mòdul Sanitari Especialitzat	26
6.1.2	Seguiment de pilot d'atenció sanitària en residències de gent gran	27
6.1.3	Redisseny Díptic Informatiu	27
6.2	Subcomissions	28
6.2.1	SC1 Organització de la informació a la ciutadania en matèria de dependència	28
6.2.2	SC2 Mapa de recursos especialitzats de Barcelona	28
6.2.3	SC3 Circuit d'accés, atenció i seguiment de persones a residència	29
6.2.4	SC4 Suports domiciliaris a persones dependents, amb discapacitat i malaltia mental, mentre no accedeixen a residència	34
7.	Conclusions	37
8.	Acrònims.....	42
9.	Bibliografia	43
10.	Annexes	45

1. Introducció

En el Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària 2017-2020 (en endavant, PIAISS) s'estableix l'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials com un dels cinc projectes funcionals principals.

A fi de desenvolupar els projectes i propostes d'aquest s'han constituït comissions de treball com a eina operativa per al desenvolupament dels projectes funcionals.

Una d'aquestes comissions ha estat liderada pel Consorci de Serveis Socials de Barcelona, per encàrrec de la Taula d'Atenció Integrada Social i Sanitària, amb la finalitat de treballar propostes de millora en l'àmbit de les residències de Barcelona ciutat.

L'informe que es presenta a continuació és un recull de la feina realitzada entre desembre de 2017 i octubre de 2019 per part d'aquesta Comissió de Residències, incloent totes les propostes de treball a presentar a la Taula d'Atenció Integrada Social i Sanitària.

2. Objectius de la Comissió de Residències

La Comissió de Residències de Barcelona ha estat liderada pel Consorci de Serveis Socials de Barcelona per encàrrec de la Taula d'Atenció Integrada Social i Sanitària, amb l'encàrrec d'establir un espai de reflexió i governança des de la perspectiva territorial de Barcelona ciutat, centrada en com cal desenvolupar el PIAISS en el context ampli de les residències.

Les principals accions previstes a desenvolupar englobades en el projecte funcional d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials del PIAISS es concreten en:

- aprovació del model d'atenció a la salut
- identificació de bones pràctiques
- adopció de marcs d'avaluació
- anàlisi del impacte i adopció d'estratègies per a l'atenció a les residències amb el Pla estratègic d'atenció primària i comunitària

Per tal de realitzar propostes per desenvolupar les accions previstes, els objectius de la Comissió de treball de Residències de Barcelona es van concretar en:

- fer propostes d'abordatge dels àmbits descrits
- fer propostes de redisseny de serveis, circuits, governança i marc normatiu

A fi d'assolir els objectius de la Comissió de Residències es van plantejar dos eixos de treball principals:

1. Seguiment de la implementació i evolució del nou model d'atenció sanitària a residències de gent gran (pilot)
2. Revisió i millora del circuit d'atenció a la complexitat a residències i centres de dia en els següents àmbits:
 - atenció i seguiment residencial a persones vulnerables
 - atenció a la complexitat en salut física/mental
 - millora de la informació a la ciutadania : continguts, canals i difusió
 - atenció a les urgències < 65 anys
 - accés residència, protocols i marc normatiu.

3. Integrants

La Comissió de Residències de Barcelona ha estat integrada per :

- Ajuntament de Barcelona
- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
- Serveis Territorials de Barcelona
- Consorci Sanitari de Barcelona
- Consorci de Serveis Socials de Barcelona

Totes les administracions esmentades han format part de la Comissió de Residències des de la seva constitució i fins al final, però cal mencionar que en determinats casos hi ha hagut canvis en quant als i les professionals representants d'aquestes administracions integrants.

A continuació es presenta la relació de totes les persones que han format part de la Comissió i/o d'algunes de les seves subcomissions:

Generalitat de Catalunya:

- Departament de Salut

Assumpció González Mestre. Cap Programa Pacient Expert Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Direcció General de Planificació en Salut.

Eva M Melendo. Pla director sociosanitari. Direcció General de Planificació en Salut.

Jordi Riba. Responsable de l'Àrea de Treball Social. Gerència Territorial de Barcelona. Institut Català de la Salut.

Sebastià Santa Eugènia. Director del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Pla Director Sociosanitari. Direcció General de Planificació en Salut.

- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Cecília Fàbregues i Arbués. Cap del Servei de Valoracions. Sub-direcció General d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal. Direcció General de Protecció Social.

Sergi Guiral. Cap del Servei de Promoció de l'Autonomia Personal. Sub-direcció General d'Atenció i de Promoció de l'Autonomia Personal. Direcció General de Protecció Social.

Mònica Ribas. Subdirectora General de la Subdirecció General d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal. Direcció General de Protecció Social.

Ajuntament de Barcelona:

- ***Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI***

Carles Campmajó i Yuri Espinoza. Tècnics/ques de Salut. Departament de Salut. Àrea de Drets Socials.

Pep Gómez. Cap del Departament de Recerca i Coneixement. Àrea de Drets Socials.

Ramon Pablo Malagrida. Departament de Recerca i Coneixement. Àrea de Drets Socials.

Natàlia Rossetti. Tècnica de la Tinença d'Àrea Dret Socials.

- ***Institut Municipal de Persones amb Discapacitat***

Eva Terrén. Servei de Promoció i Suport. Institut Municipal de Persones amb Discapacitat.

- ***Institut Municipal de Serveis Socials***

Almudena Alfonso. Tècnica de Gestió de Projectes. Servei d'Atenció a la Dependència. Institut Municipal de Serveis Socials.

Joana Guirao. Corresponsable del SADEP. Institut Municipal de Serveis Socials.

Núria Menta. Directora de Serveis d'Intervenció Social. Institut Municipal de Serveis Socials.

Glòria Navarro. Departament d'Atenció Social per a la Gent Gran i per a la Promoció de l'Autonomia Personal. Direcció d'Intervenció Social. Institut Municipal de Serveis Socials.

Ester Quintana. Cap del Departament de Gent Gran. Àrea de Drets Socials.

Serveis Territorials:

Eva Herbera. Cap de Servei d'Atenció a les persones de Comarques de Barcelona. Serveis Territorials de Barcelona.

Consorci Sanitari de Barcelona:

Carles Benet. Direcció executiva dels Sectors Sanitaris Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu i de l'Àrea Integral de Salut de Barcelona Nord

Delfí Cosials. Comitè operatiu sociosanitari. Consorci sanitari de Barcelona.

Jaume Estany. Gerent del Consorci Sanitari de Barcelona.

Conxita Peña. Direcció d'Atenció al Ciutadà i Participació.

Rosa Maria Serrassolses. Directora executiva dels Sectors Sanitaris Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu i de l'Àrea Integral de Salut Barcelona Nord.

Consorci de Serveis Socials de Barcelona:

Nuria Calleja. Treballadora Social del Servei d'atenció a la gent gran, a la dependència i promoció de l'autonomia personal

Muntsa Casacuberta. Tècnica del Servei d'atenció a la gent gran, a la dependència i promoció de l'autonomia personal

Margarita González. Cap del Servei d'atenció a la gent gran, a la dependència i promoció de l'autonomia personal

Anna Juanola. Tècnica de Planificació i Avaluació.

Irene Mirada. Tècnica de Planificació i Avaluació.

Alicia Pérez. Directora Tècnica de la Residència Vigatans. Fundació Apip Acam.

Joan Uribe. Gerent del Consorci de Serveis Socials de Barcelona.

4. Cronograma

La Comissió de Residències es va constituir el desembre de 2017 i ha estat en funcionament fins el mes de juny de 2019.

Durant el transcurs de la Comissió podem identificar tres fases principals de treball: la fase de diagnòstic, la fase de concreció de línees de treball, realització d'accions i propostes, i la fase final de redacció de conclusions.

A continuació es presenta un cronograma de tot el període de treball de la Comissió en el qual es detallen tant les accions realitzades com les reunions de treball.

ACCIONS REALITZADES	2017	2018												2019											
	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
FASE INICIAL																									
Presentació de l'encàrrec de la comissió																									
FASE DE DIAGNÒSTIC																									
Reunió de treball 1																									
Reunió de treball 2																									
Reunió de treball 3																									
Reunió de treball 4																									
Realització dels DAFO																									
Concreció de les línies de treball																									
FASE CONCRECIÓ LÍNEES DE TREBALL I REALITZACIÓ D'ACCIONS I PROPOSTES																									
Elaboració Mapa de recursos																									
Redisseny Díptic Informatiu																									
Creació Comissió Avaluació Mòdul Sanitari especialitzat																									
Seguiment de pilot : pilot d'atenció sanitària en residències de gent gran																									
Reunió de treball 5																									
Creació de subcomissions																									
Reunió de treball SC1																									
Reunió de treball SC2																									
Reunió de treball SC3																									
Reunió de treball SC4																									
FASE FINAL																									
Conclusions i concreció de propostes																									

5. Fase de diagnòstic

5.1 DAFO

Durant la primera fase es van dur a terme 4 reunions de treball en les quals es va realitzar un diagnòstic de la situació actual d'aquell moment i una identificació de possibles propostes de millora.

La realització del diagnòstic es va dur a terme a partir d'un recull i compartició de dades entre les diverses administracions participants al grup i les propostes de millora mitjançant l'eina del DAFO a partir de la qual es van posar en comú les debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats corresponents a les diverses administracions.

L'objectiu de l'aplicació d'aquesta eina era explorar noves solucions, identificar barreres que limiten els objectius i revelar possibilitats i limitacions per introduir canvis, a fi de posar-ho en comú i concretar a posteriori possibles línees de treball.

A fi de concretar i realitzar un anàlisi que abordés una mateixa perspectiva i en el qual s'avaluessin ítems comuns, es van especificar els següents aspectes a avaluar:

- necessitats del territori
- aspectes organitzatius
- avaluació i seguiment
- aspectes financers
- normativa legal i política
- aspectes de lideratge

en relació als/les professionals:

- formació
- actitud de l'equip de treball

en relació a la satisfacció de l'usuari:

- percepció en quan a informació i atenció
- atenció personalitzada
- tracte amb l'usuari
- temps d'espera
- punts d'atenció
- horaris d'atenció

pel que fa a recursos:

- cartera de serveis
- eines de gestió

- canvis tecnològics
- infraestructures (instal·lacions, etc.)
- cost dels servei (copagament, etc.)

A continuació es presenta el DAFO integrat, en el qual cada administració va realitzar l'anàlisi corresponent als seus departaments :

- Ajuntament de Barcelona: realitzat conjuntament amb el Departament de Gent Gran i l'Institut Municipal de Serveis Socials
- Institut Municipal de Persones amb Discapacitat (IMPD)
- Consorci Sanitari de Barcelona

DAFO vers l'actual sistema d'accés a les residències:

FACTORS DE CONTRIBUCIÓ – INTERNS

PUNTS FORTS (<i>Fortaleses</i>)	ÀREES DE MILLORA (<i>Debilitats</i>)
Possibilitat elecció 3 centres	Manca d'informació, suport i orientació quan una persona ha de fer front a la decisió de ingressar en una residència (les famílies van perdudes).
PEVS : La possibilitat d'obtenir un ajut per accedir a plaça privada acreditada, permet ajustar la necessitat de plaça en el moment que es necessita. Per contra això només ho pot fer un segment "més benestant" de la població.	Manca d'informació prèvia sobre el projecte d'atenció dels centre. Necessitat de desplaçar-se als diversos centres per rebre informació concreta.
Possibilitat d'inscripció directa al centre residencial sense necessitat de prescripció professional o full de reserva.	Llistes d'espera.
Creixent interès dels centres residencials per millorar la qualitat d'atenció des dels centres.	Les persones que no poden optar a una PEV queden penalitzades, perquè han d'optar en esperar a la llista d'espera o anar a un centre amb poca llista (sovint els que ofereixen menys prestacions)
Important coneixement dels/les professionals dels CSS i SADEP dels recursos del seu territori.	Tendència per part dels professionals i famílies a institucionalitzar les persones grans.
Única porta d'accés als serveis residencials mitjançant dependència, i per tant, en igualtat de condicions.	Manca de criteris clars en la priorització de les urgències.
Existència d'un servei d'urgències com el SAUV.	Manca de places psicogeriatricues.
Important cultura dels/les professionals dels CSS per mantenir les persones en el	Pèrdua de plaça del centre residencial per hospitalització superior a 3 mesos.

seu domicili el major temps possible.	
	Desequilibri territorial en la distribució de les places per barris o districtes.
	Oferta de places residencials molt heterogènia pel que fa a estàndards de qualitat.
	Manca de sistemes d'informació que permetin fer una explotació de dades fiables per millorar la planificació dels recursos a les necessitats de la població.
	Manca de transparència dels resultats de les inspeccions realitzades als centres residencials
	Manca d'especialització de places per l'atenció de perfils específics : persones en situació de sensellar o persones grans amb problemes de salut mental.
	Alguns centres residencials amb places concertades o col·laborades, discriminen quines persones apunten en els seves llistes d'espera.
	Elecció del centre residencial prioritzant el criteri de menor temps d'espera.
	Manca de coneixement del circuit d'urgència.
	Manca de criteris clars i definits en les priorititzacions per accedir a residències i en general per resoldre incidències.
	Manca definir terminis per atorgar excepcionalitats per edat i/o atendre urgències.
	Desconeixement del import del copagament al moment de la inscripció.
Impuls al Servei Municipal d'Assistent Personal amb l'ampliació de la dotació pressupostària i la definició del nou model del Servei. G3 40 h. G2 37:30 h/set.	Inexistència de places específiques residencials Corea de Huntington.
Implicació d'entitats de discapacitats en 1ª persona	No hi ha SAD/TF nocturn
Professionals en l'àmbit residencial amb experiència per aportar millora	De 0 a 18 anys competència DGAIA per places residencials infantils. El pares perden tutela.
	Inexistència places per a persones amb dualitat de discapacitat: física+ TMS
	Manquen places llar residències per a persones amb discapacitat física, intel·lectual i salut mental.
	Només hauria de fer-se una única valoració, tant del grau de discapacitat com de LLD

	SAD. Personal insuficient i amb carències formatives per treballar amb: persones amb discapacitat intel·lectual, salut mental, menors amb trastorn de conducta, gent gran...
	Actualment no es contempla la possibilitat d'expulsió per cometre faltes greus reiterades en les residències, segons els règims interns de funcionament
	Manca d'habitatges per promoure l'autonomia de les persones amb discapacitat (vida independent) i evitar la institucionalització.
	Manquen places específiques de llarga estada per a persones que han patit ictus, traumatismes quan deixen el sociosanitari, sent impossible tornar a domicili
	Promoure adaptacions funcionals del domicili per a facilitar el retorn a casa de persones afectades d'ictus, traumatismes, amputacions...
	Estancament de la cartera de serveis. És necessària una revisió, actualització i ampliació d'aquesta. Noves necessitats detectades haurien de tenir nous recursos.
El fet de treballar junts diferents institucions/departaments	Caldria un referent territorial de serveis socials per tal de ser més operatius i propers a les necessitats
Disponibilitat d'una eina informàtica per compartir dades Salut-Social	Compartir dades sanitàries i socials de les persones ateses i compartides entre diferents serveis
El coneixement exhaustiu per part de Salut -CSB- de les necessitats de suport social dels Hospitals	Diferent perspectiva de necessitats Social – Salut (cultural, perfil de les persones, funció assistencial...)
Tècnicament la necessitat de compartir esforços és compartida	Desconfiança entre les Institucions i organismes
	Absència de referents territorials de serveis socials i de salut per exercir la funció d'enllaç tècnic entre àmbits
	Manca d'habilitat en la gestió de la urgència i de la contingència
	Manca de Pla funcional per l'eina informàtica per compartir dades Salut-Social
	Desconeixement de la capacitat sanitària de les Residències
	STAND BY
	Prescripció farmacèutica
	ECAP per RG municipals

	FACTORS DE CONTRIBUCIÓ – EXTERNS
AJUDES (Oportunitats)	BARRERES (Amenaces)
Voluntat política de millorar l'actual sistema	Insuficiència de recursos públics per fer front a les necessitats d'atenció de la població d'aquí a 15 anys.
La necessària coordinació i atenció integrada social i sanitària.	Sistemes d'atenció domiciliària fragmentats, insuficients i poc eficients.
Possibilitat de desplegar recursos que la cartera de serveis socials i d'atenció a la dependència contempla, que no s'han desplegat (SAD nocturn, CD nocturn,...)	Sistema de salut orientat a guarir les malalties, en un moment en que la ciutadania està demanant que també se'ls cuidi.
SAD integrat social i sanitari. Quan millor atenguem al domicili menor serà la institucionalització de les persones grans.	Desequilibri entre els recursos sanitaris i els recursos destinats a serveis socials.
Nou model de CD. Ha de ser un puntal en l'atenció domiciliària. Un servei que complementi el SAD.	Que el sistema de salut tingui la clau de l'accés a les residències, ja que reduirà a criteris sanitaris el seu accés.
Possibilitat d'establir criteris tècnics per accedir a les llistes d'espera de residències, per davant del mer fet d'haver arribat primer.	El sector de l'atenció a la dependència actua a vegades com a lobby de pressió davant la Generalitat imposant criteris que no sempre es corresponen amb les necessitats de la població.
Incorporar als professionals dels centres residencials en qualsevol procés de treball que fem que els afecti.	Les diferències salarials i de condicions laborals dels professionals de serveis socials, respecte els de salut, són una amenaça per l'atenció integrada.
Millora de la qualitat assistencial dels centres residencials	Preus dels serveis residencials molt elevats, no regulats per l'administració.
	Caldria revisar situacions de persones amb grau 1 que requereixen centre residencial per motius de caràcter social.
	Parc residencial a Barcelona molt desigual. Conviven centres molt ben dotats, amb altres molt mal a condicionats.
Promoure la figura de l'assistent personal per afavorir la desinstitucionalització	Burocratització del sistema. Dificultats per treballar interdepartamentalment i amb altres administracions.
Promoure la figura de l'assistent tutelar (TMS)	Augment de la diversitat cultural i manca de personal format específicament per donar resposta a les diferents necessitats.

AJUDES (Oportunitats)	BARRERES (Amenaces)
Obrir mirades vers les capacitats de decisió dels usuaris/es	Treball parcial a nivell sanitari després d'un ictus, traumatisme, amputació... només es té cura de l'aspecte salut, no dels socials ni dels inclusius.
Banc del moviment	
Mirada holística de la persona, no segregar per diferents intervencions de metges especialistes.	
Promoure recursos que donin resposta a projectes comunitaris	
Incrementar col·laboració/relació amb col·legis professionals.	
Prescripció de serveis socials des del equip d'atenció primària (sanitària), dels hospitals d'aguts i d'atenció intermèdia	Retardar excessivament la proposta d'inici del nou model assistencial i de dispensació de medicaments a les residències
Compartir dades sanitàries i socials de les persones ateses i compartides entre diferents serveis	Temps d'espera en l'accés al recurs residencial
Caldria un referent territorial de serveis socials per tal de ser més operatius i propers a les necessitats	Diferent percepció de que Social - Salut tenim un únic subjecte d'acció: resident
	Bloqueig en el intercanvi de dades: temps d'espera en l'accés al recurs residencial
	Negativa a elaborar una Cartera de serveis mixta compartida Social - Salut
	Sistema d'informació
	Indefinició de rols i responsabilitats
	RISC
	Col·lapse del sistema de protecció: Salut - Social
	Bloqueig d'algun proveïdor RG a l'Atenció primària

5.2 Dades pel diagnòstic

Durant la fase de diagnòstic al llarg de les diverses reunions de treball, s'ha realitzat compartició de dades i d'informes per part de les diverses administracions integrants de la comissió per poder avaluar la situació en base a dades concretes.

Des del CSSBcn, en un primer moment es va realitzar una presentació d'un gràfic i taula dels recursos de la ciutat de Barcelona¹ per poder identificar el nombre de

¹ S'ha seguit treballant a posteriori en la Subcomissió 2.

recursos existents i posar en comú del que es disposava en la situació actual a nivell d'atenció en l'àmbit de dependència.

En aquest primer moment es van identificar els següents recursos:

		TOTAL
ATENCIÓ PRIMÀRIA	CENTRES DE SERVEIS SOCIALS	40
DISCAPACITAT	LLAR RESIDÈNCIA PSÍQUICS	32
	RESIDÈNCIA FÍSICS	8
	RESIDÈNCIA PSÍQUICS	9
DROGODEPENDÈNCIA	CAS	13
GENT GRAN	HABITATGE TUTELAT	3
	RESIDÈNCIA	191
SALUT	ABS	52
	HOSPITALS	5
	SOCIOSANITARI	13
SALUT MENTAL	CSMA	15
	LLARS AMB SUPORT	31
	LLARS RESIDÈNCIA	13

A continuació, es detalla la relació de documents treballats i dades presentades²:

- Informació sobre les estades a partir de les altes tècniques.
- Informació sobre els hospitals a domicili de salut mental.
- Places disponibles d'especialitat en psicogeriatría:
 - 4 places per psicogeriatría a Maria de Déu de la Mercè.
 - Des del Departament de Salut s'exposa que no es poden donar dades de nombre de places destinades a persones amb aquesta problemàtica.
 - Mare de Déu de la Mercè i Mutua Collserola són recursos especialitzats en psicogeriatría però no es tracta de places públiques conveniades amb el DTASF; són finançades pel Departament de Salut.
- Dades de places a Residències i llista d'espera³:
 - 13.045 places a la Ciutat de Barcelona
 - 8.063 persones en llistes d'accés a recurs residencial de gent gran : 2086 en plaça pública de residència, 2035 en plaça acreditada, 3.942 a domicili i altres recursos.
- Dades sobre renúncies a plaça pública⁴:
 - 570 renúncies detectades

² Annex 10.3

³ Annex 10.3.1

⁴ Annex 10.3.2

- Dades sobre prioritzacions a residència:
 - en data de maig 2018, 3 rebudes i 3 gestionades
- Dades sobre reagrupaments familiars:
 - en data de maig 2018 s'havien gestionat 16
- Dades de l'IMPD⁵:
 - 17 persones d'urgència social ateses a residència per a persones amb discapacitat
 - 15 persones amb plaça subvencionada pel SARUP.
- Recursos i places per a per a persones amb discapacitat⁶
- Dades sobre persones en llista d'espera de residència per a persones amb discapacitat, No s'aporten. En tràmit de l'actualització de les llistes.
- Dades sobre les residències i llars residència per a persones amb malaltia mental i persones en llista d'espera⁷
- Dades sobre el nombre de persones amb PEV subvencionades en part pel SAUV. No s'aporten.
- Dades en relació a persones sense sostre o en situació irregular (dependents) que no estan empadronades ni residien a Barcelona:
 - 35-40 persones menors de 65 anys

5.3 Presentacions de projectes o proves pilot

A banda de l'aportació de dades, durant la fase de diagnòstic les diverses administracions han realitzat presentacions de diversos projectes, o proves pilot, a fi d'informar sobre l'estat d'algunes proves i/o resultats, i d'aquesta manera poder detectar models d'atenció i treball efectius amb la finalitat de valorar la viabilitat d'estendre'ls o de dissenyar-ne conjuntament.

A continuació, es presenta un resum de les diverses presentacions:

- *Projecte Pilot d'atenció integrada en residència de gent gran* (presentat conjuntament pel Departament de Salut, DTASF i CSB).
- *Pilot d'atenció a persones amb malaltia mental en residència de gent gran* (presentat per Mònica Ribas)
Projecte pilot : Residència per a gent gran, amb mòdul especialitzat per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental , iniciat l'octubre 2018.

⁵ Annex 10.3.4

⁶ Annex 10.3.5

⁷ Annex 10.3.6

L'objectiu del model és poder atendre a persones grans que arriben a residència amb problemàtica de malaltia mental a través de la creació dins la mateixa residència de gent gran, unitats de convivència especialitzades.

El servei seria de tipologia de servei social especialitzat per a gent gran, a partir de 65 anys, de caràcter temporal o permanent.

El servei es caracteritza per organitzar unitats de convivència dins la mateixa residència.

El perfil de persones destinatàries és persones grans, a partir de 65 anys i excepcionalment menors de 65 anys, amb trastorn mental sever, o persona amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental i/o amb trastorns de conducta.

Prioritàriament aquestes places estaran destinades per a persones grans, que ja estiguin ingressades en una residència assistida per a gent gran i que es valori adequat un trasllat i per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental que es troben ingressades en una llar residència de salut mental.

El Model d'atenció en aquestes unitats és el model d'atenció sanitària integrada en residències, dins el marc del PIAISS.

A Barcelona, la prova pilot es du a terme a Verdi Residència, un mòdul d'11 places.

S'informa que des del DTASF es va fer l'any 2017 una formació pràctica al personal d'aquests centres i oberta a la resta i es preveu ofertar-la anualment

S'apunta que en la Residència Llar Sant Jordi de gent gran, es va iniciar un mòdul sanitari especialitzat i s'han acabat atenent persones que no es poden atendre en una residència estàndard.

- *Model d'atenció sanitària en les residències*⁸. (presentat per Sebastià Santaegúnia)
S'informa de la proposta de model i que es durà a terme una prova pilot. El plantejament del model es centra en reaprofitar els recursos econòmics i professionals existents i establir una única figura mèdica per evitar la duplicitat de tasques existent en el moment per el metge/sa de residència i l'equip d'atenció primària –EAP-, o EAR.
La proposta de model aposta per una única figura mèdica. El metge de la residència formarà part de l'equip d'Atenció Primària, i aquest, s'haurà d'integrar a l'equip d'atenció sanitària de la residència
Es tracta d'un acord interdepartamental que parteix del PIAISS i en el moment de la presentació s'estava en la fase de revisió i consens del model.
S'aclareix que els centres de dia no s'han contemplat en aquest model.
- *Pilot assistencial a les residències de gent gran a Barcelona*⁹. (presentat per Delfí Cosiàlls)
Es presenta el Model AR PIAISS però amb aplicació a Barcelona ciutat.
Es fa menció a la realitat complexa existent al moment: 15 figures referents relacionades amb les residències i 285 realitats institucionals, a part de tenir en

⁸ Annex 10.5.1

⁹ Annex 10.5.2

compte que cada cop que es modifica algun sistema de treball amb una residència, afectarà també a les figures de l'àmbit de salut a banda de les de l'àmbit social.

El Consorci Sanitari de Barcelona explicita que ja estan preparats per implementar-ho i ja es podria treballar amb les residències per establir quins recursos de salut li pertocaria.

S'afegeix que hi haurà un mòdul bàsic i un mòdul especialitzat

S'aclareix que l'EAR només actua fora de l'horari d'atenció primària i que el seu origen està en cobrir mancances a les residències donant un suport a l'equip sanitari de la residència.

Es detecta que ja hi ha iniciatives individuals de centres i és important fomentar un treball en xarxa.

6. Concreció de línees de treball , realització d'accions i propostes

En base al diagnòstic elaborat conjuntament es van identificar cinc línees de treball concretes :

- L1. Coordinació de professionals : per poder abordar la manca de dades compartides, el continuum assistencial no garantit i la parcialització de la prescripció.
- L2. Informació: per poder treballar els aspectes em relació a la manca d'informació a la ciutadania.
- L3. Necessitats de residència: per poder tractar l'aspecte de necessitat de més recursos i revisió dels existents.
- L4. Accés a Residència: línea de treball enfocada a treballar el marge de millora en l'accés a residència
- L5. Atenció domiciliària: per fer front a la manca de suport a domicili.

A fi de poder concretar cada línea de treball, es van identificar les debilitats esmentades en el DAFO i en les diverses reunions de treball, així com les possibles propostes/solucions aportades.

A posteriori, es va realitzar un anàlisi per identificar la prioritat de les debilitats detectades i la viabilitat de les propostes, a fi de proposar un pla de treball.

A continuació es presenta una taula resum on consten les cinc línees de treball identificades amb les seves corresponents debilitats i propostes , identificant de color verd les propostes iniciades :

LÍNIA DE TREBALL	TEMES	DEBILITATS DETECTADES	PROPOSTES- SOLUCIONS
COORDINACIÓ DE PROFESSIONALS	Manca de dades compartides	1. Desconeixement d'informació i circuits no propis d'accés excepcional i urgent. 2. Persones vulnerables o complexes no identificades al Sistema 3. Duplicitats programes d'atenció (PIIC,PIA) i aplicatius. 4. Barreres administratives 5. Múltiples referents o cap responsable de seguiment del cas	1. Interoperativitat dels sistemes d'informació – Compartir Dades 2. Disposar d'indicadors i escales validades i compartides.
	Continuum assistencial no garantit	1. Dificultat en sortida dels recursos de Salut si no és possible retorn al domicili 2. Dilatació retorn plaça residencial i CD passat un mes d'estada al sociosanitari 3. Llistes d'espera en atenció domiciliària, atenció diürna i residencial 4. Persones en recurs de salut sense perfil sanitari 5. Persones en residència amb complexitat clínica o no estabilitzat 6. Infrautilització de diagnòstic precoç i recursos CD 7. Dilatació sortida del SAUV a plaça pública.	1. Dissenyar el circuit i transicions entre recursos socials i sanitaris del territori 2. Gestió territorial i de processos conjunta 3. Formació interprofessional

	Parcialització de la prescripció	1. Professionals de treball social de Salut no accés a l'activació del SAD 2. Gestió i prescripció de cartera de LAPAD i elaboració de PIA limitat a Serveis Socials	1. Participació dels professionals de TS de Salut en orientació i prescripció d'accés als recursos de Primària de SS (SAD) 2. Incorporar el TS de Salut en la gestió de LAPAD
--	---	---	---

LÍNIA DE TREBALL	TEMES	DEBILITATS DETECTADES	PROPOSTES- SOLUCIONS
INFORMACIÓ	Manca d'informació a la ciutadania	1. Manca d'informació prèvia sobre el procés de dependència 2. Manca d'informació, suport i orientació per l'accés a residència 3. Manca d'informació sobre el projecte d'atenció dels centres, transparència i estàndard de qualitat 4. Manca d'informació en el procés d'inscripció de llista d'espera, conèixer el cost plaça i l'import del copagament	1. Guia informativa del procés 2. Informació llista d'espera 3. Informació pública de centres i transparència 4. Mapa de recursos
LÍNIA DE TREBALL	TEMES	DEBILITATS DETECTADES	PROPOSTES- SOLUCIONS
NECESSITAT DE RESIDÈNCIA	Necessitat de més recursos i revisió dels existents	1. Necessitat de més places d'atenció 24 hores per a persones en llista d'espera (gent gran, discapacitats, malaltia mental 2. Necessitat de recursos especialitzats o atenció especialitzada en psicogeriatria, malaltia mental, discapacitat amb trastorn conducta. Nous perfils emergents i augment que ara es tracten com " excepcionals" dins els sistema i que requereixen transició de recurs. 3. Avaluació dels recursos actuals. 4. Modificar requisits entrada 5. Revisió del model de llarga estada sociosanitaria	1. Planificació de les administracions 2. Necessitats formatives i capacitació dels professionals i tots els centres per l'atenció a nous perfils emergents i atenció centrada en la persona 3. Creació de comissió de valoració de Residència de gent gran amb mòdul sanitari especialitzat 4. Definir accés al sistema per a persones sense actuals criteris d'accés.

LÍNIA DE TREBALL	TEMES	DEBILITATS DETECTADES	PROPOSTES- SOLUCIONS
ACCÉS A RESIDÈNCIA	Marge de millora en l'accés a residència	1. Dret a escollir de la persona que vol restar al domicili. 2. Detecció precoç de situacions vulnerables o risc de claudicació dels cuidadors no professionals 3. Protocol d'orientació dels equips d'atenció Primària i protocol d'ingrés unificat i regulat. Treballar la orientació al recurs i amb temps suficient el preingrés i la coordinació interprofessional. 4. Dret a escollir centre i participació de la persona. 5. Definir indicadors i redissenyar criteris d'accés prioritari i excepcional. 6. Dissenyar el circuit d'urgència i transicions entre recursos socials i sanitaris del territori. 7. Dissenyar l'accés a recursos finalistes de persones sense els criteris recollits a la Llei 39/2006 (LAPAD).	1. Gestió de llista d'espera 2. Protocol circuit d'accés i preingrés unificat i compartit. 3. Sistema de triar centre dels tres escollits quan li correspon plaça. Establir criteris d'accés i assignació de plaça 4. Revisió del circuit i criteris d'accés prioritari actual. Establir criteris d'accés preferent i urgent 5. Dissenyar el circuit d'urgència i transicions entre recursos socials i sanitaris del territori. Identificació de la persona vulnerable en el sistema de salut i social i aplicatiu de LAPAD 6. Mapa i revisió de l'actual atenció i accés a recursos finalistes de persones sense els criteris recollits a Llei 39/2006 (LAPAD) 7. Distribució equitativa d'accés a recursos dels diferents municipis

LÍNIA DE TREBALL	TEMES	DEBILITATS DETECTADES	PROPOSTES- SOLUCIONS
DOMICILI	Manca de suport a domicili	1. Temps d'espera per ser atès i accedir als recursos als quals hi té dret la persona. 2. Informar la ciutadania porta d'entrada i referents 3. Definir un referent del cas dins el sistema (= Proposta) 4. Fer-ne seguiment dels casos atesos. 5. Fomentar els recursos d'atenció diürna (CD). 6. Estudiar necessitats de transport dels usuaris per assistir als CD (= Proposta) 7. Incorporar els professionals de treball social de Salut en el seguiment i accés als recursos socials (= Proposta)	1. Mesures per potenciar els recursos a domicili (assistent personal,SAD,transport,CD, cuidador,suport al cuidador) 2. Revisar professional referent de la persona 3. Establir criteri d'atenció preferent i urgent a domicili (LAPAD) 4. Definir protocol d'atenció a persona a domicili que espera recurs finalista de 24 hores.

6.1 Accions realitzades

6.1.1 Comissió d'avaluació Mòdul Sanitari Especialitzat

L'objectiu d'aquesta comissió era realitzar un balanç de les 55 places de mòdul sanitari especialitzat de la residència Llar Sant Jordi, per poder realitzar propostes noves.

Després de 5 anys de la seva implementació, es va considerar idoni fer avaluació de la prova pilot.

Al marge de la Comissió de Residències, es crea una comissió d'avaluació amb la participació de Consorci Sanitari de Barcelona, Generalitat i Consorci de Serveis Socials. El conveni de col·laboració entre l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials i el Servei Català de la Salut es va realitzar el novembre de 2010 amb la finalitat de posar en marxa una prova pilot per a la gestió d'un servei residencial per a persones amb necessitats de suport sanitari.

En un inici, aquest conveni es va fer per un perfil d'usuari/a que requerien un recurs finalista i a qui calia donar una sortida. No havia de predominar el trastorn de conducta en les persones a ingressar, ja que en aquest mòdul l'assistència era tant social com sanitària. En general, es va plantejar per persones que no podien ser ateses en residència estàndard ni retornar a domicili.

Es recorda que en l'inici es van crear comissions per determinar les 55 persones que ingressarien, i es va traslladar la informació sobre el recurs i sobre el circuit d'accés (que coincidia amb qualsevol circuit d'excepcionalitat -a través del Servei Territorial corresponent i, en el cas de Barcelona ciutat, del CSSBcn) a tots els Serveis Territorials, a les referents comunitàries, als Ajuntaments, a Primària de serveis socials i al centres de llarga estada sociosanitària.

S'exposa que, durant aquests anys, no hi ha hagut tantes persones en llista d'espera per accedir en aquesta residència amb mòdul especialitzat com en la resta de residències, però que sempre han estat ocupades la totalitat de les places. Actualment hi ha 21 persones en llista d'espera i s'apunta que és la vegada que n'hi ha hagut més, ja que normalment no arribaven a 10.

A fi de realitzar l'avaluació s'elabora l'anàlisi de dades de les 56 persones residents al recurs durant 2018¹⁰.

A partir de l'avaluació realitzada es proposa :

- redefinir el perfil de persones ateses a nivell formal a fi de que quedi constància del perfil de persones que s'estan atenent en l'actualitat

¹⁰ Annex 10.4

- dissenyar una cadena de serveis de cures pel sector de les residències, definint les situacions de més a menys gravetat de la persona.
- replantejar la residència amb mòdul sanitari especialitzat, i veure com es podria estendre aquesta experiència per nivell de cures, trobant fórmules al respecte amb el DTASF (per exemple: mòdul sanitari estàndard, mòdul sanitari plus...).
- estudiar la coordinació en un territori concret (suggereixen l'AIS Nord ja que és on hi ha musculatura a nivell de recursos), trobant la manera de connectar amb les residències en aquest territori, aprofitant l'experiència de la Llar St Jordi, que ja té circuit preferent.
- crear un comitè mixt per gestionar i monitoritzar els processos.
- convertir el servei especialitzat en recurs temporal i traslladar directament a residència estàndard pública en cas d'estabilització.
- ampliació de 16 places públiques en residència estàndard per reubicar, després d'un estudi de les persones ateses, les valorades amb estabilització de la situació inicial i les seves necessitats.
- dissenyar una cadena de serveis d'atenció pel sector de les residències especialitzades o bé desplegar l'atenció sanitària en residència d'acord a les necessitats de les persones ateses en igualtat de condicions.

6.1.2 Seguiment de pilot d'atenció sanitària en residències de gent gran

Un dels eixos de treball inicials plantejats era realitzar un seguiment de la implementació i evolució del nou model d'atenció sanitària a residències de gent gran. No obstant, tot i tenir una reunió inicial prevista, finalment des de la pròpia Comissió no s'ha realitzat el seguiment ja que s'ha dut a terme per part del DTASF i el Departament de Salut, els quals han anat reportant informació a la Comissió.

La informació reportada fins el moment respecte l'estat de l'aplicació del pla pilot¹¹ és la següent :

- s'ha establert conveni entre DTASF el Departament de Salut per implementar l'estació clínica d'atenció primària a totes les 17 residències públiques de gestió del TASF.
- s'ha procedit a instal·lar el programari necessari i donar accés a tots els metges i infermeres de residència.
- s'ha realitzat la formació pertinent sobre el seu ús per poder iniciar la seva utilització.

6.1.3 Redisseny Díptic Informatiu

A fi de poder donar resposta a la manca d'informació i orientació detectades , es va considerar viable i òptim revisar el fulletó informatiu editat al 2009¹².

En el pilotatge realitzat l'any 2009 el fulletó informatiu era entregat pels valoradors/es quan anaven al domicili de la persona i es valora aquesta opció com la millor.

¹¹ Es disposa de informació actualitzada en data de 27 de maig de 2019.

¹² Annex 10.6

Es va realitzar una revisió participativa del fulletó, a fi de que totes les administracions, realitzessin les aportacions i modificacions a realitzar.

La proposta realitzada és implementar el fulletó a tot el territori català.

6.2 Subcomissions

Per tal de poder treballar les diverses línees de treball esmentades anteriorment, es va realitzar una reestructuració de la Comissió de Residències en 4 subcomissions específiques:

- SC1 Organització de la informació a la ciutadania en matèria de dependència
- SC2 Mapa de recursos especialitzats de Barcelona
- SC3 Circuit d'accés, atenció i seguiment de persones a residència
- SC4 Suports domiciliaris a persones dependents, amb discapacitat i malaltia mental, mentre no accedeixen a residència.

6.2.1 SC1 Organització de la informació a la ciutadania en matèria de dependència¹³

Aquesta subcomissió participada per professionals del DTASF, SSTT i CSSBcn s'ha centrat en la línea de treball d'informació a la ciutadania.

L'objectiu de crear una **Guia informativa de circuit, tramitació i recursos per a persones amb dependència en format paper i digital, que sigui visual i entenedora per què la persona** que ha sol·licitat el reconeixement del grau de dependència, quan la van a valorar en el seu domicili habitual, es quedi amb un document que la informi dels **passos després de la valoració, terminis, referents i recursos**.

Es determina que sigui la persona valoradora que la entregui en mà amb suport verbal de la informació.

6.2.2 SC2 Mapa de recursos especialitzats de Barcelona¹⁴

Aquesta subcomissió participada pel CSSBcn i l'Ajuntament de Barcelona com suport informàtic, per treballar la millora de la informació a la ciutadania vers els centres, Línea de treball 2.

Ha centrat l'objectiu en realitzar la mapificació dels recursos d'atenció diürna i atenció 24hores per a persones major i menors de 65 anys, persones en espera i circuit d'accés.

La finalitat del mapa és poder facilitar a les persones i als i les professionals una cerca de residència, conèixer ubicació per districte i barri disposar dels criteris d'accés en cada tipologia i el nombre de persones que consten en espera si el recurs és públic.

¹³ Annex 10.7

¹⁴ Annex 10.8

Per tal de poder elaborar el diagnòstic es va elaborar un mapeig de recursos de la ciutat de Barcelona, on s'identifiquen el nombre de recursos d'atenció primària, discapacitat, drogodependència, gent gran, salut i salut mental per districtes, fent especial èmfasi en els recursos residencials.

6.2.3 SC3 Circuit d'accés, atenció i seguiment de persones a residència

Subcomissió participada per CSSBcn (Gent gran, Dependència i Discapacitat) i l'Ajuntament de Barcelona (Primària de Serveis Socials, Dependència i Gent gran i Discapacitat).

El pla de treball específic plantejat en un inici per aquesta subcomissió es centrava en treballar:

- Revisió dels criteris d'accés a residència de gent gran : ordre general d'accés, criteris preferent i criteri urgent.
- Revisió d'accés a persones sense dependència.
- Protocol de preingrés a residència .Revisió d'alguns models existents. Consens i proposta de bona praxis.
- Gestió de la llista d'espera, revisió de les instruccions actuals.
- Sistemes d'identificació de persones valorades favorables per l'accés prioritari a recurs residencial.

En relació als criteris d'accés a residència de gent gran, s'ha pogut fer una valoració en comú des dels diversos agents implicats i una identificació dels possibles aspectes a modificar i a millorar.

Existeix consens en realitzar canvis respecte la gestió de la llista d'espera.

Es percep que en la majoria dels casos, les persones s'inscriuen amb una visió de futur, ja que actualment al disposar de la resolució de grau ja es poden inscriure. S'identifica la necessitat de poder detectar en aquest primer moment, el motiu pel qual la persona s'apunta a la llista d'espera. Amb aquesta detecció es pot generar un impacte positiu vers la dimensió de la necessitat real de places, revisar l'adequació dels criteris d'accés a residència vigents i detectar casos de necessitat immediata.

Es consensua a nivell de la subcomissió realitzar aquesta feina de detecció del motiu d'inscripció amb la finalitat que quedi reflectit a la llista d'espera amb la finalitat que es disposés de referents clars de casos i poder identificar el/la professional que fa el seguiment de la persona durant l'espera d'entrada a recurs finalista.

Es considera que aquesta proposta obriria també la possibilitat d'identificar més ràpidament els casos més vulnerables i amb més necessitats i els casos en que pot ser el recurs finalista no és el necessari i es podrien plantejar altres opcions, tenint en compte que la idea és que la residència sigui el recurs finalista i en ocasions és el

primer que es demana quan pot ser no es necessita o també quan ni s'ha consensuat amb la persona.

Es proposa afegir tres criteris diferents en el moment inicial d'apuntar-se a la llista d'espera en funció del motiu/causa pel qual la persona es dona d'alta en espera. La proposta seria diferenciar els criteris de necessitat d'accés a residència entre necessitats futures, prioritàries i urgents¹⁵.

Respecte el circuit d'accés a recurs residencial, des de la subcomissió s'ha realitzat un valoració centrant-se específicament en els nivells de coordinació interprofessionals. Es percep que el circuit actual en funcionament és el correcte però cal recollir-lo, que consti com a circuit establert i que sigui l'únic comú per a totes les persones professionals.

S'ha elaborat una proposta de nivells de coordinació de professionals, però mancaria concretar-la aprovar-la¹⁶.

En relació a la revisió d'accés a persones sense dependència es posa de manifest que des del 2013 no hi ha convocatòria anual de places d'accés a gent gran per motiu social però que malgrat això segueix existint la via excepcional a través del circuit instant la "Sol·licitud per a l'accés als serveis socials i programes d'atenció a la gent gran" que valora l'accés a persones de baixa dependència i per criteri social. Es revisa el document que cal instar en el cas que la persona major de 65 anys no tingui grau de dependència II o III i que necessiti recurs residencial de gent gran.

Respecte el "Protocol de preingrés a residència", es detecta que actualment els protocols vigents no inclouen el treball a realitzar vers el preingrés a residència i no tots els centres actuen de manera unificada.

S'han detectat certes necessitats i dificultats, en relació al moment d'ingrés de les persones, que s'evitarien amb un treball previ al ingrés i que cal es consensuïn i constin als protocols, per tal de garantir que es dugui a terme i unificar la intervenció necessària a realitzar en aquest moment inicial.

Es va iniciar una revisió d'una proposta de protocol de residència¹⁷ però finalment no s'ha pogut fer una proposta nova, tot i haver arribat al consens de la necessitat d'acordar un protocol de preingrés on s'hi constin els següents aspectes :

- la necessitat de realitzar unes gestions prèvies d'informacions adequades : trucar la família, programar una visita.
- Comunicació i informació del reglament de règim intern
- Informar sobre el model d'atenció

¹⁵ Annex 10.10

¹⁶ Annex 10.11

¹⁷ Annex 10.13

- Informar sobre el copagament detallant què inclou.
- Elaborar una guia d'acollida adaptada a les persones usuàries que puguin entendre amb informacions específiques com els canals de participació de la residència, o els models de cobrament.

En quan al “Sistemes d’identificació de persones valorades favorables per l’accés prioritari a recurs residencial” es detecta que hi ha situacions específiques que no es poden contemplar amb els criteris vigents actuals, i que caldria incloure nous criteris a l’informe social que possibilitin la priorització d’accés, principalment la claudicació del cuidador/a i els criteris econòmics.

A continuació es presenta un recull de les diverses propostes esmentades en les diverses reunions de treball i els documents de treball de les propostes desenvolupades respecte els aspectes concretats al pla de treball :

Línea de treball	Tema	Proposta	Observacions
L4 Accés a Residència	Criteris accés a residència	- Identificar en la primera porta d'entrada el motiu d'inscripció a llista d'espera : previsió llarg termini, situació urgent, situació prioritària. Reflectir-ho en la llista d'espera. - Disposar de referents de casos i saber a quin professional enviar alerta per atenció mentre accedeix a recurs finalista.	Veure document annex 10.10
L4 Accés a Residència	Circuit actual d'accés a residència	- En l'informe de valoració,disposar d'informació d'on ve la derivació i quin/a professional ho ha detectat. - Establir correus genèrics per serveis i recursos	Veure document annex: 10.11. Pendent d' aprovació
L4 Accés a Residència	Sistemes d'identificació de persones valorades favorables per l'accés prioritari a recurs residencial	- Incloure la claudicació del cuidador/a a l'informe social per sol·licitar prioritització d'accés - Incloure criteri econòmic - Garantir la interoperativitat dels sistemes : muntar el sistema perquè tothom en tingui coneixement. - Identificar la situació de vulnerabilitat de la persona - Obrir el ventall de professionals orientadors i que valoren i detecten necessitat - Valorar a domicili més aspectes, més enllà de la dependència.	Veure document Ordre TSF/8/2918, on s'estableixen els criteris per determinar capacitat econòmica. -Pendent definir vulnerabilitat
L4 Accés a Residència	Protocol residencial preingrés	- Incloure als protocols el treball a realitzar vers el preingrés	Veure document annex 10.13
L3 Necessitats de	Gestió llista	- Identificar al sistema les persones vulnerables	

Residència	d'espera	inscrites - Modificar el criteri prevalent d'ordre de data d'alta en llista d'espera - Reservar un percentatge de places a totes les residències per casos urgents.	No consensuada
-------------------	-----------------	---	----------------

6.2.4 SC4 Suports domiciliaris a persones dependents, amb discapacitat i malaltia mental, mentre no accedeixen a residència

En aquesta subcomissió hi han participat: CSSBcn (Gent gran, Dependència i Discapacitat), Ajuntament de Barcelona (Primària de Serveis Socials, Dependència i Gent gran i Discapacitat), Departament de Treball, Afers socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya (Subdirecció de Promoció de l'autonomia personal) i Departament de Salut.

El pla de treball específic plantejat inicialment per aquesta subcomissió es centrava en treballar :

- Definició de vulnerabilitat social i econòmica o de salut que genera necessitat de recurs finalista residencial o suports a domicili urgents.
- Proposta indicadors unificats i comuns socials i sanitaris de valoració.
- Revisió del circuit interprofessional de gestió d'excepcionalitats i prioritats d'accés.
- Suports a domicili . Prescripció i seguiment. Proposta.
- Referent de la persona que espera recurs 24h que encara viu al domicili o transita per recursos del sistema.
- Sistemes d'identificació de persones valorades vulnerables per l'atenció i seguiment al domicili i l'accés als recursos d'atenció diürna
- Transport i suports addicionals.

Finalment, en les dues sessions de treball realitzades de la SC4 s'ha treballat conjuntament :

- la conceptualització de complexitat i vulnerabilitat¹⁸ mitjançant escales de valoració
- recull de propostes vers la figura professional referent del cas
- revisió de les comunicacions interprofessionals

Respecte les següents qüestions específiques :

- Suports a domicili . Prescripció i seguiment. Proposta.
- Transport i suports addicionals.

S'han realitzat presentacions de l'estat de situació des d'alguna de les administracions membres de la comissió però no s'han efectuat propostes conjuntes. En relació als Suports a domicili, des de l'Ajuntament de Barcelona, es va realitzar la presentació del nou model de gestió del SAD i els projectes pilot de provisió a les Superilles Socials¹⁹.

La proposta de definició de vulnerabilitat social i econòmica o de salut parteix la necessitat de conceptualitzar complexitat i vulnerabilitat per d'aquesta manera poder

¹⁸ Vulnerabilitat entesa com a *risc que corre una persona, una família o una comunitat a patir les conseqüències d'un desastre o situacions de discriminació, generalment determinat per factors físics, socials, econòmics o ambientals.*

¹⁹ Annex 10.14

compartir criteris des dels respectius àmbits, salut i social, a l'hora d'identificar perfils de persones en situació d'espera de recurs finalista, o en llista d'espera de centre de dia a les quals caldria donar una resposta.

Per tal de poder elaborar la conceptualització es va considerar adequat treballar-ho a partir d'escales de valoració que ja s'estan utilitzant i d'aquesta manera identificar quines de les quals es podrien compartir²⁰.

S'han identificat les escales de valoració sociofamiliar que s'utilitzen en els diversos àmbits i s'identifica la necessitat de determinar quina o quines escales de valoració compartida entre l'àmbit sanitari i l'àmbit social s'hauria de consensuar per parlar en els mateixos termes.

El Departament de Salut va realitzar una presentació²¹ completa d'una prova pilot de coordinació social i sanitària plantejada en base a un model híbrid en el qual es té en compte el criteri professional conjuntament amb escales validades.

En relació a la figura professional referent del cas es recullen les següents aportacions :

- actualment els referents del PIA dels usuaris/es de recursos de llarga estada sociosanitària son el CSSBcn, però el referent de la persona és el professional de treball social del centre que l'atén , i cal recordar que l'ha d'orientar en l'accés als recursos.
- la figura del referent del cas pot incloure o no la gestió del PIA.
- els/les professionals de les empreses gestores del SAD no poden ser referents del cas, el seu referent per definició de la persona que viu en el domicili son la Primària de Serveis Socials de l'ens local.
- és necessària una definició unificada i una concreció de les funcions i responsabilitats, així com una unificació de les perspectives per part dels dos àmbits. A posteriori consensuar quin/a professional ho desenvoluparia.

Pel que fa als circuits de coordinació existents i als nivells de comunicació entre àmbit social i sanitari, en el marc de la subcomissió es detecta la necessitat de millorar els canals de comunicació.

Es detecta una comunicació fluida de professional a professional en casos concrets però es considera necessari establir uns canals i circuits comuns i compartits.

Alguns recursos no consideren viable ni operatiu establir uns canals de comunicació genèrics.

²⁰ Annex 10.12

²¹ Annex 10.15

Línea de treball	Tema	Proposta	Observacions
L1 Coordinació de professionals	Manca de dades compartides	- Establir unes escales de valoració compartides entre els diversos recursos i serveis de l'àmbit social i sanitari - Definició de vulnerabilitat i complexitat social en base a escales	Pendent concretar escales. Veure annex 10.12
L5 Domicili	Manca de suport a domicili	- Consensuar qui és el referent del cas, i establir un únic referent compartit per àmbit social i salut. - El professional de L'empresa del SAD no pot ser referent del cas - Valorar la figura de gestor de cas	
L1 Coordinació de professionals	Comunicació interprofessional	- Validació dels canals de comunicació entre l'àmbit social i sanitari - Relació dels 68 ABS amb 40 Centres Serveis Socials corresponents. - Establir un correu genèric. Pendent validació.	Veure document annex 10.11 Resta pendent d'aprovació.

7. Conclusions

La Comissió de Residències partia en un inici de dos eixos de treball plantejats a desenvolupar i finalment s'ha desenvolupat l'eix de *Revisió i millora del circuit d'atenció a la complexitat a residències i centres de dia*.

El segon eix plantejat, *Seguiment de la implementació i evolució del nou model d'atenció sanitària a residències de gent gran*, no s'ha treballat en el marc de la Comissió per causes externes a aquesta. No obstant, des de la Comissió s'ha anat demanant informació respecte l'estat de la qüestió del nou model d'atenció sanitària.

El diagnòstic realitzat en una primera fase, ha permès tenir un coneixement de la situació actual de Barcelona ciutat, en quan a recursos i places, i tenir una perspectiva global del circuit d'accés a residències tenint en compte tots els agents implicats i les seves funcions.

El diagnòstic no va servir només per identificar les debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats corresponents a les diverses administracions esmentades en l'informe, si no que també va esdevenir una oportunitat per compartir les limitacions existents i a partir d'aquí poder plantejar línees de treball comunes i compartides entre els diversos agents implicats.

La Comissió de residències ha esdevingut un espai de treball en el qual s'han plantejat propostes d'acció per un model d'atenció integral basades amb la corresponsabilitat i implicació dels agents professionals.

Arrel de les diverses línees de treball identificades a partir de la fase del diagnòstic, les diverses subcomissions es van centrar en plans de treball concrets dels quals finalment sorgeixen les propostes i/o reflexions que es presenten a continuació :

L1 Coordinació de professionals

➤ Manca de dades compartides

Cal potenciar l'interoperabilitat de dades.

És necessari però que els/les professionals prenguin consciència de la importància d'actualitzar les dades en els sistemes actuals existents.

Des de l'àmbit social seria convenient poder disposar de dades respecte la vessant de salut.

Es proposa poder disposar d'informació/dades de la salut abans de la realització del PIA, i demanar el consentiment d'accés a les seves dades a la persona en el moment que sol·licita la

valoració del grau de dependència en el marc de la LAPAD i aquesta part de la població no seria necessari demanar un segon consentiment posteriorment pels equips de Salut i Socials.

➤ ***Parcialització de la prescripció***

Treballar els circuits conjuntament entre Primària de SS i Salut i els centres sociosanitaris per la prescripció de servei d'atenció domiciliària (SAD) : dissenyar, conceptualitzar circuits/serveis que s'ajustin a les necessitats dels dos àmbits i poder donar un servei temporal, transitori quan sigui necessari i després retorn als recursos.

Ajuntament i CSB treballaran conjuntament com poder enfocar la prescripció social de SAD també des de salut.

➤ ***Seguiment de casos***

Es consensua la necessitat de treballar en la línia de garantir bons acompanyaments.

Es considera que les empreses externes prestadores del SAD no es poden responsabilitzar del seguiment dels casos de persones en el domicili. I totes les persones tenen dret a tenir un referent social assignat.

Definir conjuntament àmbit sanitari i social una proposta de gestor/referent del cas.

➤ ***Contínuum assistencial no garantit***

Millorar el treball durant l'estada als recursos sociosanitaris per poder preveure i iniciar gestions, detecció de vulnerabilitat i orientació a activar els recursos necessaris si la persona era desconeguda fins aleshores pels Serveis Socials i de Salut de Primària per una situació sobrevinguda. .

Atendre les urgències en diferents fases activant en cada moment els recursos necessaris amb la participació de la persona. Respectar la voluntat de la persona i les seves preferències. No totes les persones volen estar en un recurs residencial i cal treballar la temporalitat dels suports, el seguiment i la revisió del cas.

➤ ***Professionals de finestra:***

Potenciar i reconèixer les seves funcions.

En moltes ocasions son la primera porta d'entrada al sistema i cal dotar-los d'eines perquè puguin fer un bon acompanyament.

L2 Informació es recullen les següents aportacions :

➤ ***Manca d'informació a la ciutadania :***

Realització i difusió d'un quadríptic informatiu.

Els/les professionals de valoració en faran entrega quan realitzin la primera visita a domicili.

Cal potenciar la informació a la ciutadania, visibilitzant els circuits i informant més s'ajuda a minimitzar el desconeixement causat per la complexitat del sistema i aquest fet té un impacte positiu.

Es detecta desconeixement en alguns casos també per part de persones professionals, cal evitar aquest aspecte.

➤ ***Mapa de recursos***

Està previst que consti informació sobre els serveis i recursos d'atenció a persones grans, gran, persones amb discapacitat i persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental. Respecte aquests recursos s'aportarà informació respecte les condicions d'accés i informació bàsica dels centres a la ciutat de Barcelona.

El mapa s'anirà alimentant i actualitzant la informació.

L3 Necessitat de residència:

➤ ***Planificació de les administracions***

Poder disposar d'informació respecte la previsió de noves residències, nous recursos, així com previsió d'ampliacions de places de recursos ja existents. En definitiva conèixer, compartir i participar des del territori de la planificació dels recursos necessaris amb un diagnòstic previ de necessitats actuals i amb previsió futura.

➤ ***Model d'atenció sanitària a les residències***

Actualment totes les residències públiques de Catalunya tenen accés a l'ECAP.

Demanda si les residències de gestió municipal que són 4 a Barcelona també podrien implementar accés al ECAP.

➤ ***Comissió d'avaluació mòdul sanitari especialitzat***

Mantenir la comissió d'avaluació i realitzar reunions mínim anualment per poder realitzar un seguiment de l'estat de les propostes.

D'aquesta manera també poder fer un seguiment de la proposta de traslladar les persones que presenten situació d'estabilització a un recurs residencial estàndard bé fora o en el mateix centre que disposa de places estàndard i places amb mòdul sanitari.

➤ ***Necessitat de recursos especialitzats o atenció especialitzada. Nous perfils emergents.***

Poder donar resposta als casos de persones refugiades, que degut a la situació administrativa no tenen accés a recursos i/o serveis.

Necessitat de corresponsabilitat per part de les administracions davant dels casos complexos.

L4 Accés a Residència:

➤ ***Protocol circuit accés i preingrés.***

Consensuar un únic protocol unificat de preingrés als recursos residencials. Un bon treball durant el preingrés pot tenir uns impactes rellevants tant en les persones com en les seves famílies.

➤ ***Criteris d'accés prioritari actuals***

Poder identificar en la llista d'espera els criteris d'urgent, previsió de futur i excepcional. Concretar i objectivar aquests criteris.

Incrementar l'import de les prestacions vinculades a residència (PEV) per a persones amb Grau II de dependència. L'import superior facilitaria l'accés al recurs acreditat mentrestant la persona no pot accedir al recurs públic per manca de places.

Revisar es criteris econòmics que es tenen en compta en el càlcul de la capacitat econòmica disponible de la persona per l'accés al recurs residencial i prioritzar l'accés per persones amb rendes baixes.

L5 Domicili:

➤ ***Mesures per potenciar els recursos a domicili***

▪ **Assistent personal**

Impulsar la figura d'assistent personal i desplegar l'Ordre reguladora del recurs a Catalunya.

▪ **SAD**

Repensar el model de prestació de servei d'atenció domiciliària i el finançament del SAD .

Es proposa apostar per desenvolupar un marc normatiu i regulatori que permeti garantir una prestació bàsica i de qualitat.

▪ **Centres de Dia**

Donar més valor i potenciar-los.

Compatibilitzar el SAD amb els centres de dia.

Donar resposta a les limitacions d'accés als centres de dia :

- Prestacions econòmiques molt baixes i limitades per persones amb Grau II de dependència.
- Dificultats d'accés, manca servei de transport.

A banda de les propostes d'actuació que han sorgit de la Comissió, mencionar que els diversos espais de grups de treball han donat ja resultats i s'ha fet més feina enllà de les propostes presentades.

A destacar també, que tot i posar de manifest la manca d'existència de recursos i la necessitat de més inversió i creació de noves places, des de la Comissió s'han pogut detectar possibles línees de treball a desenvolupar i necessàries a millorar més relacionades amb la millora i adaptació dels circuits de funcionament vigents actuals.

8. Acrònims

CatSalut: Servei Català de la Salut

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona

CSSBcn: Consorci de Serveis Socials de Barcelona

CUESB : Centre d'Urgències i Emergències Socials de Barcelona

DTASF: Departament de treball, afers socials i famílies.

ICASS: Institut Català d'Assistència i Serveis socials

IMPD: Institut Municipal de Persones amb Discapacitat

LAPAD: Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

PAII : Pla d'atenció integrada social i sanitària

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

SADEP : Servei d'Atenció a la Dependència

SARUP: Servei d'Atenció Residencial Urgent per a Persones amb Discapacitat

SAUV: Servei d'acolliment d'urgència per a gent gran

9. Bibliografia

Clegg, A., Bates, C., Young, J., Ryan, R., Nichols, L., Ann Teale, E., Mohammed, M. A., Parry, J., Marshall, T. (2016). Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age and ageing*, 45(3), 353–360. Consulta a <https://doi.org/10.1093/ageing/afw039>

Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C., Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1817–1825. Consulta a <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x>

Dossier temàtic DIXIT. Promoció de l'autonomia personal i atenció des de la proximitat (2019). Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Dossier Temàtic DIXIT. Atenció integral social i sanitària (2017). Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Generalitat de Catalunya (2016). Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Generalitat de Catalunya (2016). Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària 2017-2020. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2017). Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2017). Instruccions 3/2017 per la gestió i aplicació de les disposicions normatives derivades de la Llei 39/2006/, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Direcció General de protecció Social.

Consulta a

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/10dependencia/recursos_professionals/elaboracio_pia/documents/altres_documents/INSTRUCCIONS_3_2017_gestio_derivades_Llei_39_2006.pdf

Generalitat de Catalunya i Termcat (2013). Terminologia de la cronicitat. Barcelona : Generalitat de Catalunya: Departament de Cultura i Departament de Salut.

Consulta a <http://termcat/docs/PDT/TermonologiaCronicitat.pdf>

Gort, Ana M., March, J., Gómez, X., de Miguel, M., Mazarico, S., Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(17):651-3.

Consulta a <https://www.elsevier.es/es-revista-meicina-clinica-2-articulo-escala-zarit-reducida-cuidados-paliativos-13074742>

Ledesma, A., Blay, C., Contel, C. Et al. (2015). El model català d'atenció integrada: cap a una atenció centrada en la persona. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

National Voices. People shaping health and social care

<https://www.nationalvoices.org.uk/wellbeing-our-way/wow-community/examples/co-producing-and-commissioning-integrated-care>

Organización Mundial de la Salud (2015).Informe mundial sobre El Envejecimiento y la Salud.Ginebra: OMS.

Regueiro Martínez, A. A., Pérez-Vázquez, A., Gómara Villabona, S. M., Ferreiro Cruz, M. C. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria [Short Zarit interview on burden of care for caregivers in primary care]. *Atencion primaria*, 39(4), 185–188. Consulta a <https://doi.org/10.1157/13100841>

Riudor, X., Herrera D., Villar, V.(2018).Integració de l'atenció social i sanitària. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya.

Consulta a https://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf

Struijs, J.N., Drewes, H.W., Stein, K.V.(2015). Beyond integrated care: challenges on the way towards population health management. *International Journal of Integrated Care*, 15, e043.

Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., Dilles, T., Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC health services research*, 16, 270. Consulta a <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2>

10. Annexes

Annex 10.1 Model d'informe social per sol·licitar la prioritització d'accés a recursos residencials de gent gran	46
Annex 10.2 Model intern de proposta de derivació a la comissió de casos complexos	50
Annex 10.3 Dades del diagnòstic	51
Annex 10.4 Dades avaluació Mòdul sanitari especialitzat (juliol 2018)	84
Annex 10.5 Presentacions de projectes o proves pilot	90
Annex 10.6 Guia informativa Atenció i promoció de l'autonomia personal de les persones en situació de dependència	122
Annex 10.7 SC1 Subcomissió d'organització de la informació a la ciutadania en matèria de dependència	123
Annex 10.8 SC2. Subcomissió de treball del mapa de recursos especialitzats de Barcelona ...	124
Annex 10.9 SC3. Instruccions 3/2017 per la gestió i aplicació de les disposicions normatives derivades de la Llei 39/2006/, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència	126
Annex 10.10 Criteris d'accés a residències	137
Annex 10.11 Nivells de coordinació interprofessionals	140
Annex 10.12 Escales de Valoració Sociofamiliars	141
Annex 10.13 P02_Ac.Acollida.Inici de l'Atenció a la persona usuària i llur família o referent social	143
Annex 10.14 Presentació Projecte pilot de provisió de les Superilles Socials Ajuntament de Barcelona	175
Annex 10.15 Presentació Proposta de consens sobre la complexitat Social – Institut Català de la Salut	187

Es pot consultar seguint aquest [enllaç](#)

SECRET **Ministerul de Cultură**
Departamentul de Cultură și Monumente
Patrimoniu
Directorat General
de Protecție Socială

170 *Journal of Management Inquiry*

INFORME SOCIAL PER SOL·LICITAR LA PRIORITZACIÓ D'ACCÉS A RECURSOS RESIDENCIALS DE GENT GRAN

DADES D'IDENTIFICACIÓ:

Empire	Age
MP	
Sub SF	
Grading dependencies	
Deviation	
Local lat	
Pressure, latitude	
Pressure	
Pressure, latitude	

CONTINER 4 a 8 cu JAVĂ DE NECESSITAT SOC. AL IN. JESUȘUL SUFRIȘI ȘI SĂLĂȘII.

☐ Escapa a la escuela del maestro.

☐ Muestra de conducta principal por las cosas que se hacen, que le gusta por la buena forma de moverse con delicadeza y primario.

☐ Muestra en la escuela de conducta de control de conducta y de control de conducta.

☐ Muestra de conducta de control de conducta y de control de conducta.

Identificació del beneficiari:
 Cognoms i nom de pila: _____
 DNI/NIE: _____
 Data de naixement: _____
 Adreça: _____
 Ciutat: _____

REF: 00000000000000000000

SITUACIÓ LEGAL

Indicar l'estat de residència legal i l'estat de residència efectiva. En cas de residència efectiva, indicar la data d'entrada a Catalunya.

Estat de residència legal: _____ Estat de residència efectiva: _____ Data d'entrada a Catalunya: _____
--

ACTUACIONS REALITZADES PER L'EDASIP

Data: _____ Hora: _____ Lloc: _____ Signatura: _____ Caràcter: _____
--

ALTRES DADES D'INTERÉS

Data: _____ Hora: _____ Lloc: _____ Signatura: _____ Caràcter: _____
--

Localització: _____

Data: _____

Signatura: _____

Verificació: _____

Tractament de Dades
de referència: _____

Reflexió Comunitària: _____

Consorci de Serveis Socials
 Registre de l'Associació d'Entitats
 11000000
 Dada de l'Entitat
 del Sector Social

100.030.000.000

- En necessitat d'acollir a les persones que, a causa de les diferents circumstàncies que s'han produït...
- A més, en casos d'alta necessitat d'acollir a les persones que, a causa de les diferents circumstàncies que s'han produït...

Comunicació del Departament a la persona sol·licitant

El Departament de Serveis Socials, el 10 de desembre de 2019, ha comunicat a la persona sol·licitant que les dades presentades en el formulari d'acolliment al Servei d'Atenció Social de la Generalitat de Catalunya, en el moment de la seva presentació, són correctes i que no caldrà fer cap modificació de les dades presentades.

En aquest sentit, el Departament de Serveis Socials, el 10 de desembre de 2019, ha comunicat a la persona sol·licitant que les dades presentades en el formulari d'acolliment al Servei d'Atenció Social de la Generalitat de Catalunya, en el moment de la seva presentació, són correctes i que no caldrà fer cap modificació de les dades presentades.

En aquest sentit, el Departament de Serveis Socials, el 10 de desembre de 2019, ha comunicat a la persona sol·licitant que les dades presentades en el formulari d'acolliment al Servei d'Atenció Social de la Generalitat de Catalunya, en el moment de la seva presentació, són correctes i que no caldrà fer cap modificació de les dades presentades.

En aquest sentit, el Departament de Serveis Socials, el 10 de desembre de 2019, ha comunicat a la persona sol·licitant que les dades presentades en el formulari d'acolliment al Servei d'Atenció Social de la Generalitat de Catalunya, en el moment de la seva presentació, són correctes i que no caldrà fer cap modificació de les dades presentades.

En aquest sentit, el Departament de Serveis Socials, el 10 de desembre de 2019, ha comunicat a la persona sol·licitant que les dades presentades en el formulari d'acolliment al Servei d'Atenció Social de la Generalitat de Catalunya, en el moment de la seva presentació, són correctes i que no caldrà fer cap modificació de les dades presentades.

Annex 10.2 Model intern de proposta de derivació a la comissió de casos complexos



Generalitat de Catalunya
 Departament d'Acció Social, Atenció Social
 i Habitatges
 Direcció General
 de Protecció Social

Nom:

DNI:

Proposat per:

Data:

Informació aportada a comissió:

Data de naixement:

Diagnòstic:

CAD:

Data d'última valoració:

Ubicació actual:

Orientació CAD:

Orientació socio-laboral EVO:

Grau discapacitat:

Fundació tutelar:

És receptor de Prestació:

Afers:

Antecedents: Dades principals del seu historial i gestions realitzades:

Situació actual:

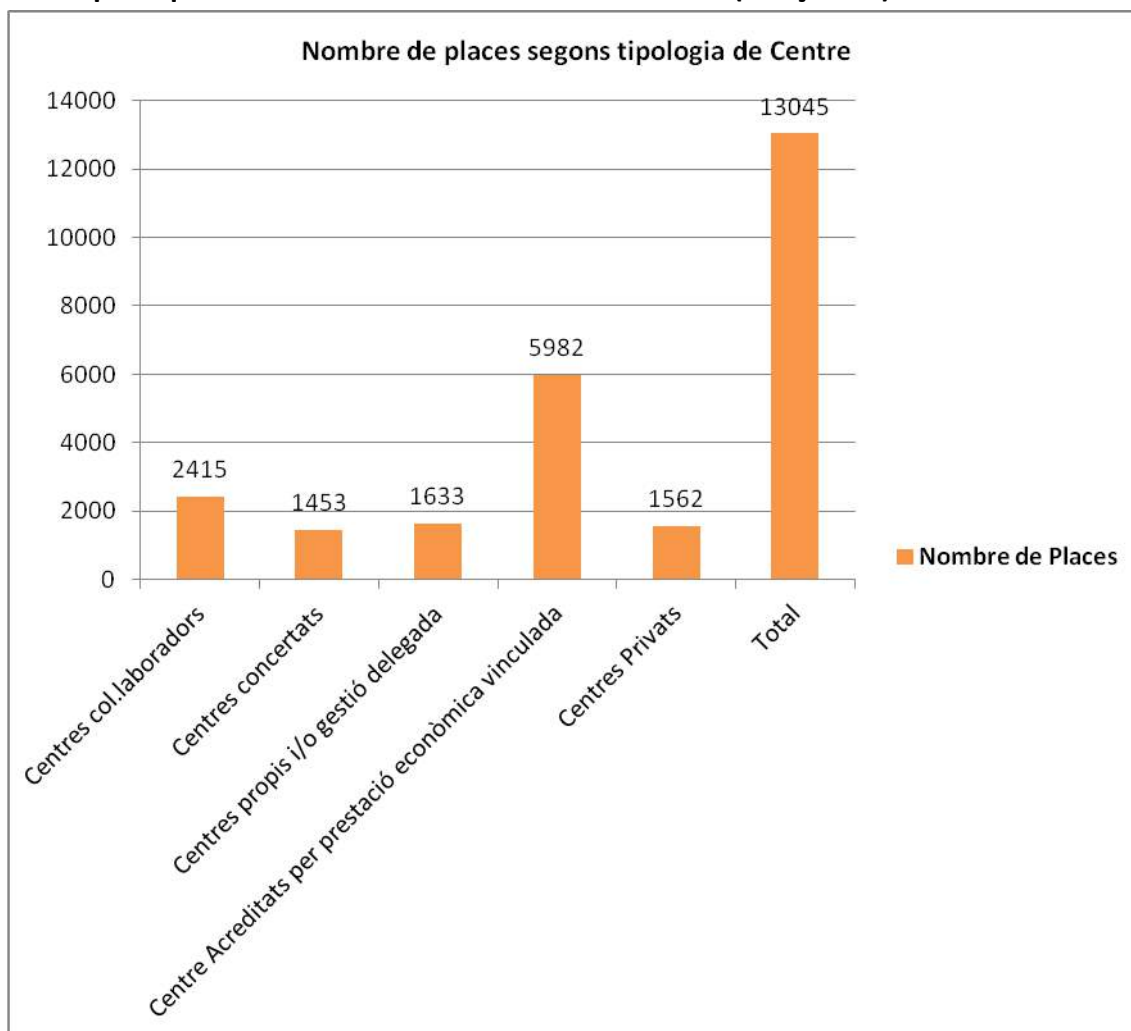
Proposta a Comissió:

Núm. de registre: 001/2015
 29-11-2015
 Tel. 913 410 110

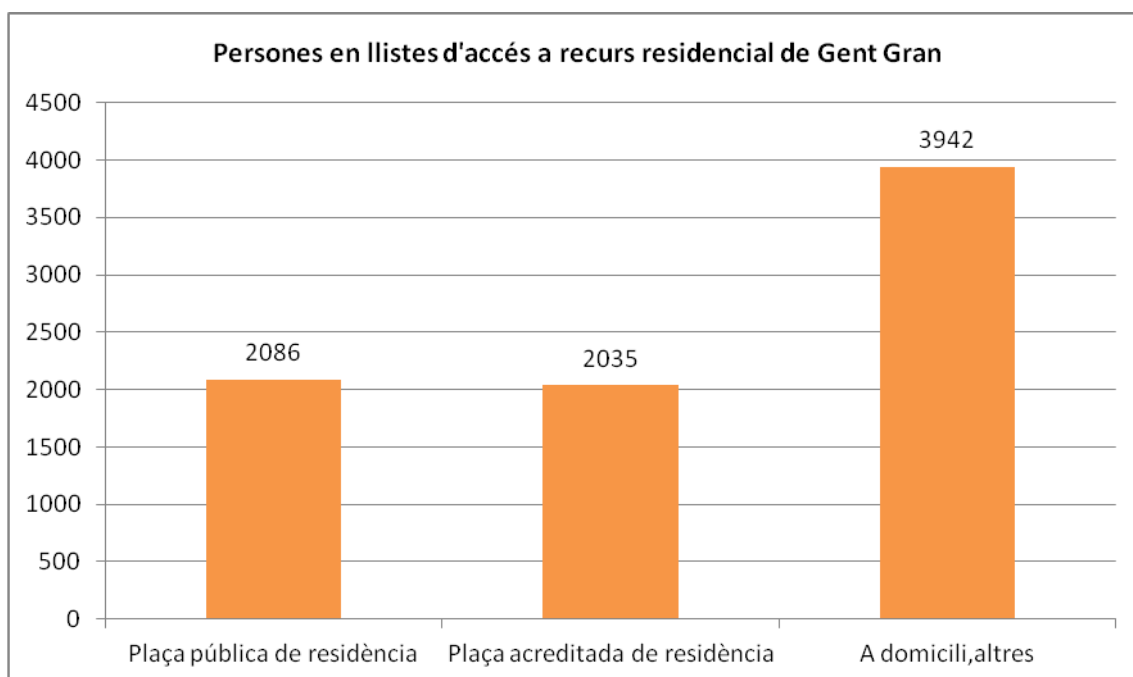
Annex 10.3 Dades del diagnòstic

10.3.1 Dades de places i llistes d'espera

Places públiques de residència a la ciutat de Barcelona (març 2018):

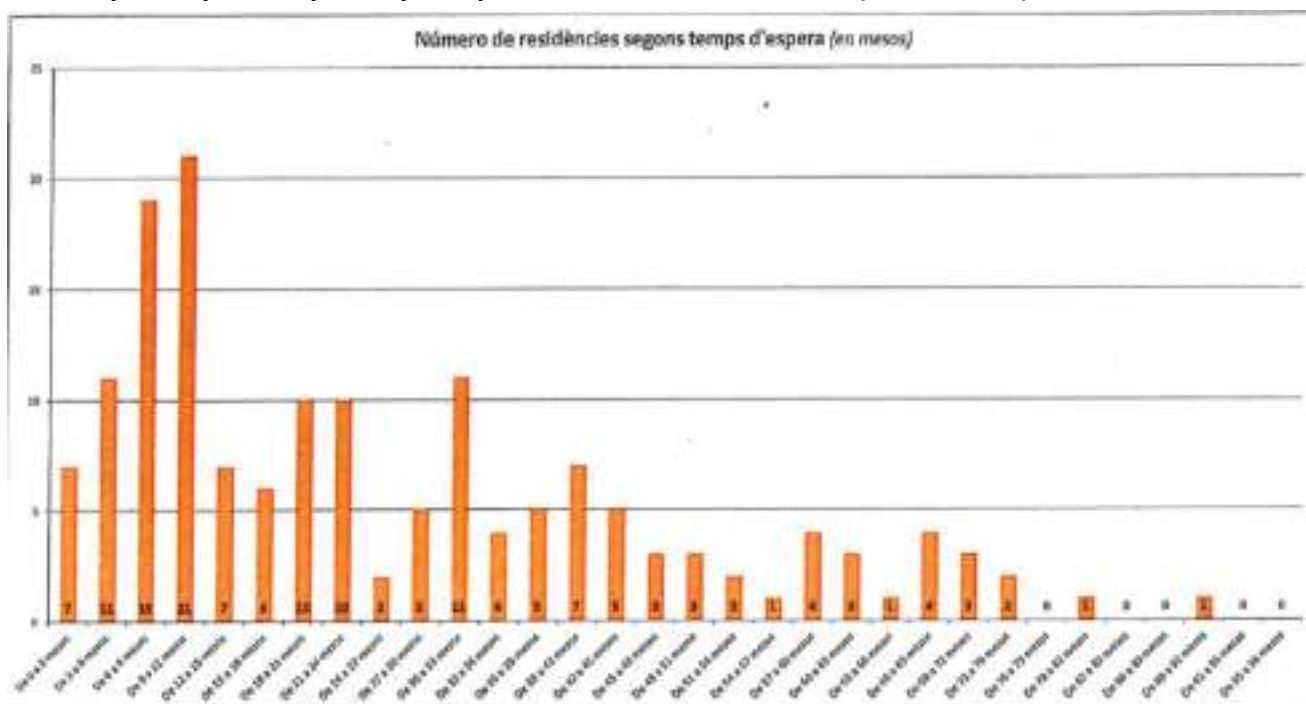


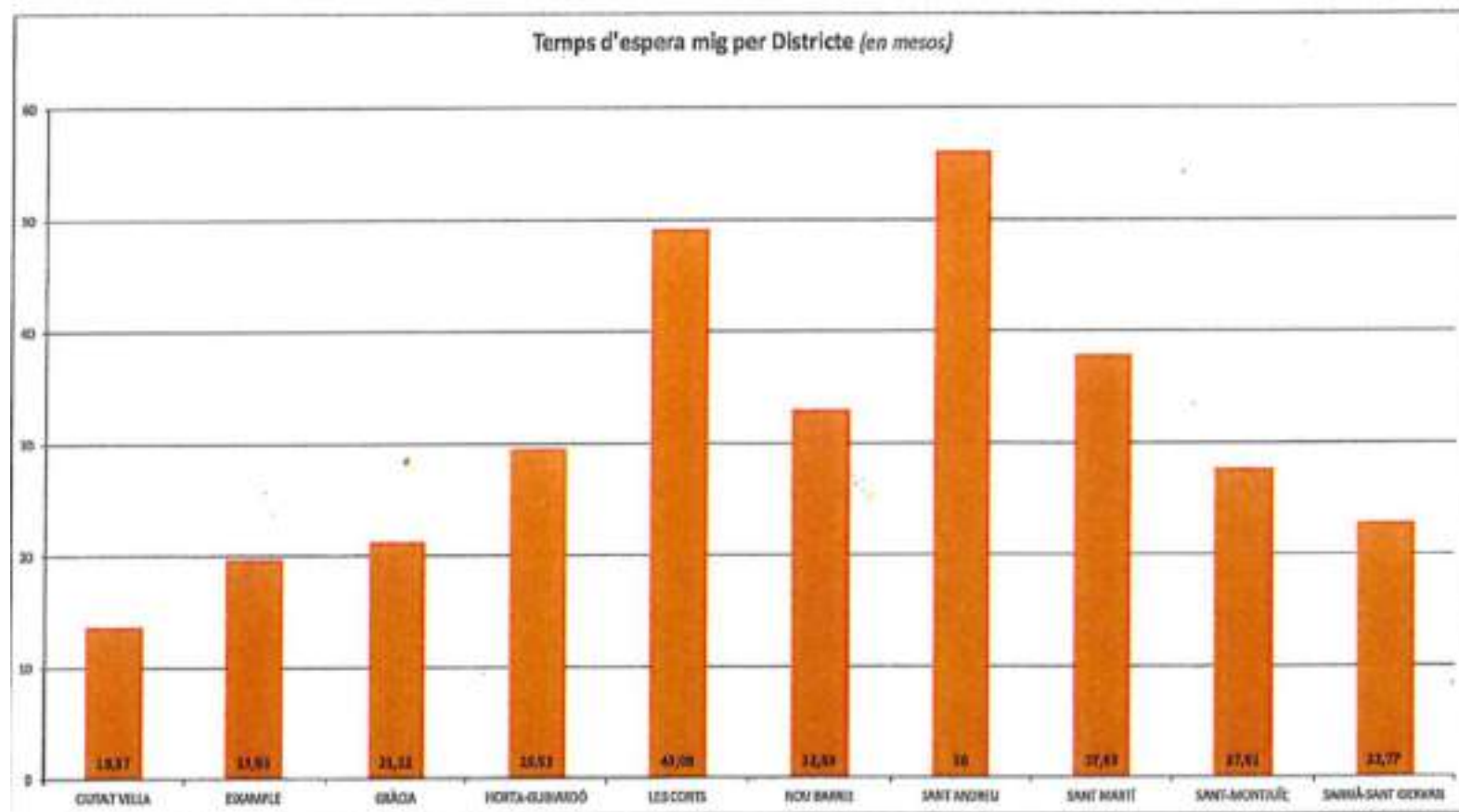
Tipus de Centre	Nombre de places
Centres col·laboradors	2.415
Centres concertats	1.453
Centres propis i/o de gestió delegada	1.633
Centre acreditat per prestació econòmica vinculada	5.982
Centres Privats	1.562
Total	13.045



Tipus de Centre	Nombre de places
Plaça pública de residència	2086
Plaça acreditada de residència	2035
A domicili, altres	3942
Total	8063

Temps d'espera de places públiques a la ciutat de Barcelona (febrer 2018):





Octubre 2018.

Aquesta és la situació actual de les llistes d'accés per a gent gran a **BARCELONA**, per als serveis de residència i centre de dia.

RESIDÈNCIES PERSONES GRANS

Consultada la web de centres, a data 02/10/2018 consten 8.199 persones informades en **llista d'accés de RESIDÈNCIA** per a gent gran, de les quals 2.112 ja estan ingressades en residència en una plaça pública, però no és la primera opció, i tenen sol·licitat un trasllat a una altra residència i per aquest motiu es mantenen en llista.

D'altra banda, de les 6.087 persones que estan informades sense ingrés en plaça pública, ens consten que 2.065 estan ingressades en una plaça amb prestació econòmica vinculada a residència (PEV), per la qual cosa podem dir que hi ha una llista d'accés de **4.022** persones. Aquestes persones no estan desateses, atès que poden gaudir d'altres prestacions derivades de la Llei de Dependència o del Sistema Públic de Serveis Socials.

De les 4.022 persones en llista d'accés de residència, **970** hi han **renunciat** una vegada o més (fins a 11 vegades).

	BARCELONA
En llista sense ingrés en plaça pública	6.087
En llista amb ingrés en plaça pública	2.112
Total en llista	8.199
En llista sense ingrés en plaça pública	6.087
En llista amb ingrés en plaça PEV	2.065
Total en llista sense ingrés pl. púb. i sense PEV	4.022
Han renunciat una vegada o més	970

CENTRES DE DIA PERSONES GRANS

Consultada la web de centres, a data 02/10/2018 consten 973 persones informades en **llista d'accés** de **CENTRE DE DIA** per a gent gran, de les quals 59 ja estan ingressades en centre de dia, però no és la primera opció, i tenen sol·licitat un trasllat a un altre centre de dia i per aquest motiu es mantenen en llista.

D'altra banda, de les 914 persones que estan informades sense ingrés en plaça pública, ens consten que 89 estan ingressades en una plaça amb prestació econòmica vinculada a centre de dia (PEV), per la qual cosa podem dir que hi ha una llista d'accés de **825** persones. Aquestes persones no estan desateses, atès que poden gaudir d'altres prestacions derivades de la Llei de Dependència o del Sistema Públic de Serveis Socials.

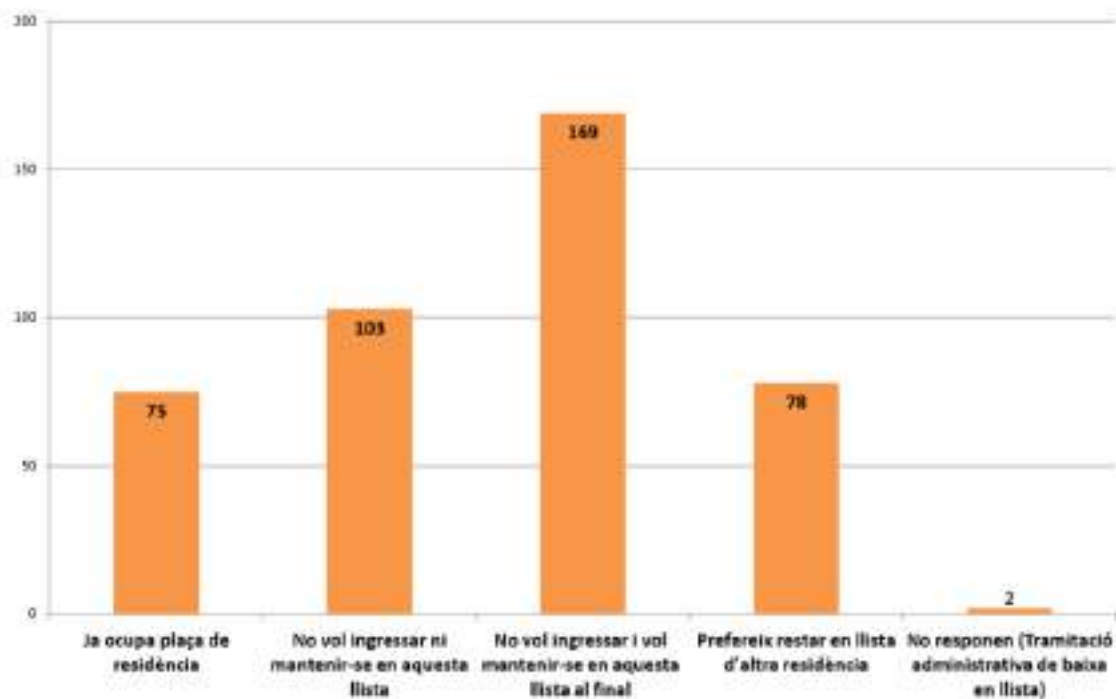
De les 825 persones en llista d'accés de centre de dia, **108** hi han **renunciat** una vegada o més (fins a 8 vegades).

NÚM DE DIA	En llista sense ingrés en plaça pública	914
	En llista amb ingrés en plaça pública	59
	Total en llista	973
	En llista sense ingrés en plaça pública	914
	En llista amb ingrés en plaça PEV	89
	Total en llista sense ingrés pl. púb. i sense PEV	825
	Han renunciat una vegada o més	108



10.3.2 Dades sobre renúncies a plaça pública :

MOTIUS DE RENÚNCIA A PLAÇA PÚBLICA DE GENT GRAN A BARCELONA - 2018 (15/05/2018)



Motiu de renúncia a ingrés en plaça pública de residència on la persona consta en espera - 2018	Resultes
Ja ocupa plaça de residència	75
No vol ingressar ni mantenir-se en aquesta llista	103
No vol ingressar i vol mantenir-se en aquesta llista al final	169
Prefereix restar en llista d'altra residència	78
No responen (Tramitació administrativa de baixa en llista)	2
TOTAL	427

Edat mitja de persones que renuncien a plaça pública de residència - 2018	%
Entre 65 i 69 anys	1,99%
Entre 70 i 79 anys	11,26%
Entre 80 i 89 anys	28,48%
Entre 90 i 99 anys	34,44%
Més de 100 anys	23,84%

10.3.3 Dades específiques sobre gestions d'accés residencial:

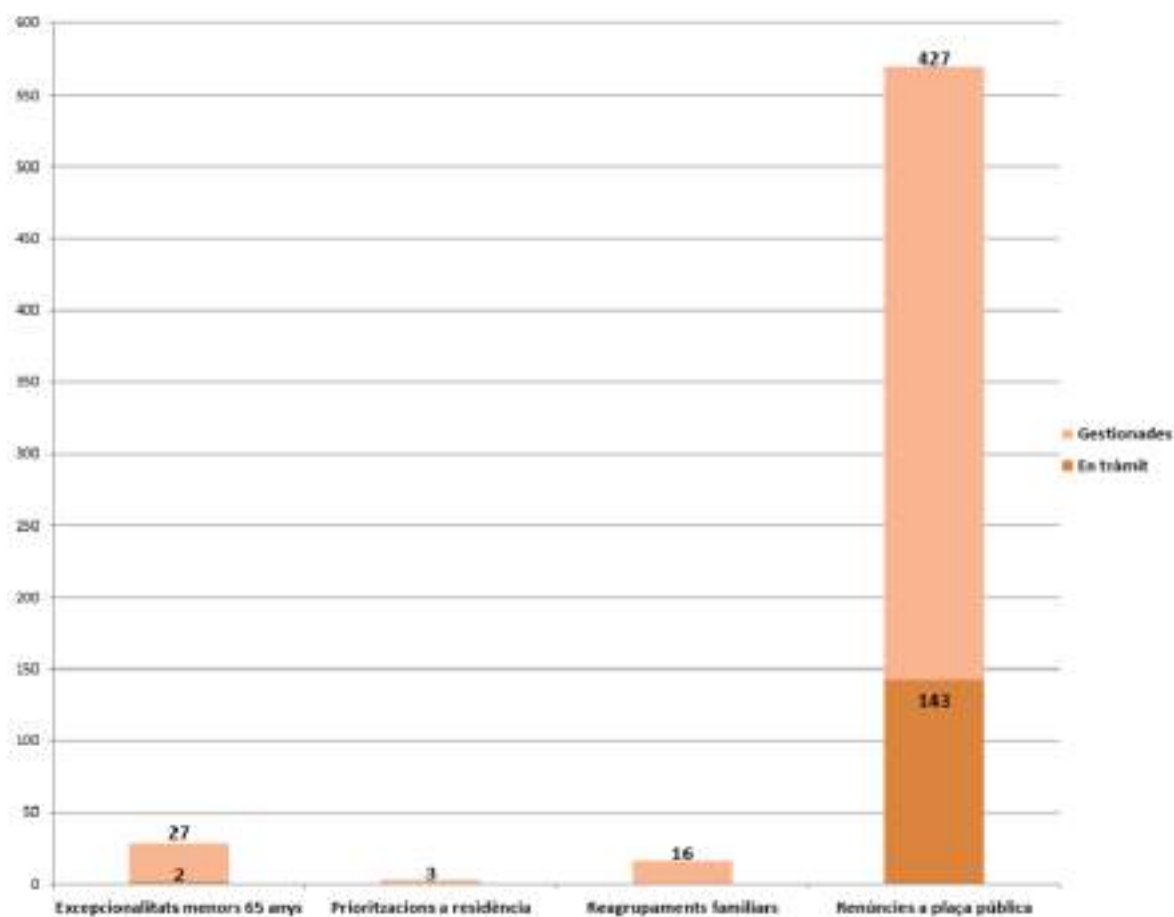
DADES ESPECÍFIQUES GESTIONS D'ACCÉS RESIDENCIAL 2017

REAGRUPAMENTS FAMILIARS	77
INFORMES D'EXCEPCIONALITAT	106
INFORMES PRIORITZACIONS	140
RENÚNCIES PLACES PÚBLIQUES	1272

Nombre de Gestions - 2018 (16/05/2018)	En tràmit	Gestionades	TOTAL
Excepcionalitats menors 65 anys	2	27	29
Prioritzacions a residència	0	3	3
Reagrupaments familiars	0	16	16
Renúncies a plaça pública	143	427	570
TOTAL	145	473	618

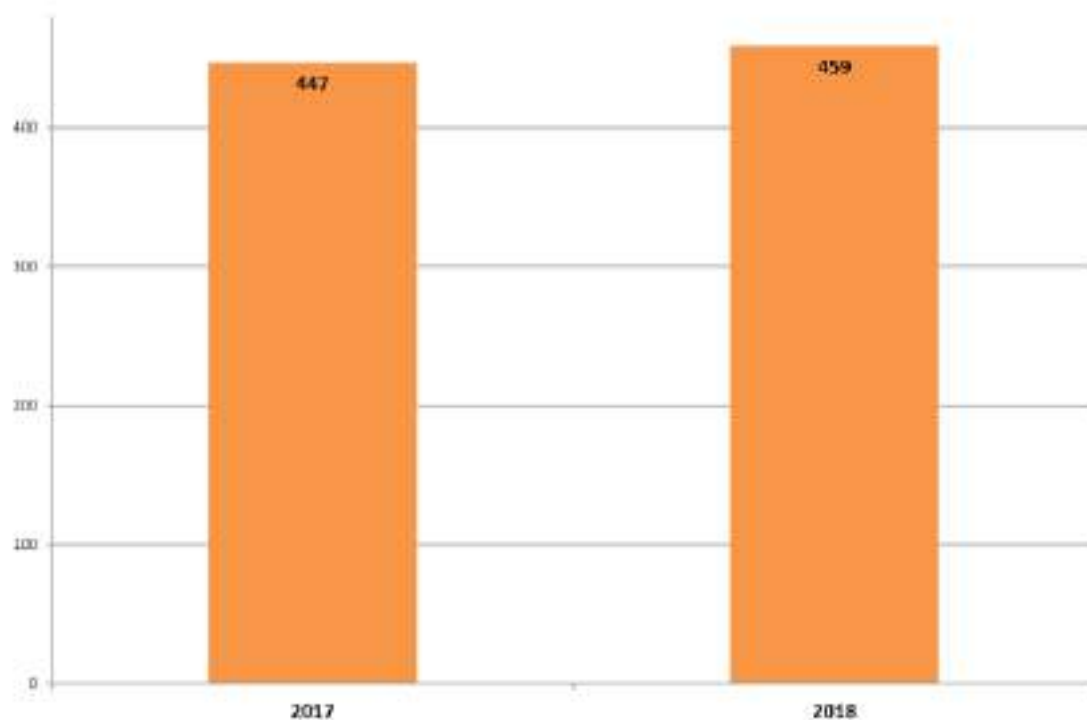
Temps mig de resposta a la sol·licitud - 2018	En dies
Excepcionalitats menors 65 anys	12
Prioritzacions a residència	11

GESTIONS - 2018 (16/05/2018)



10.3.4 Dades de l'IMPD

Places de centres residencials i llars residència per persones amb discapacitat

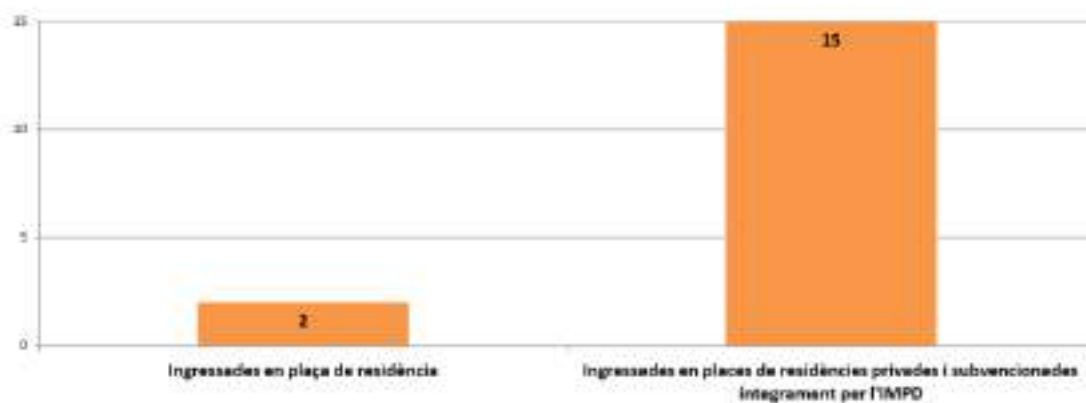


Places de centres residencials i llars residència per a persones amb discapacitat	Places
2017	447
2018	459
Increment del número de places del 2017 al 2018	12

URGÈNCIES DE PERSONES AMB DISCAPACITAT QUE NECESSITEN ALLOTJAMENT - 2017 (17/05/2018)

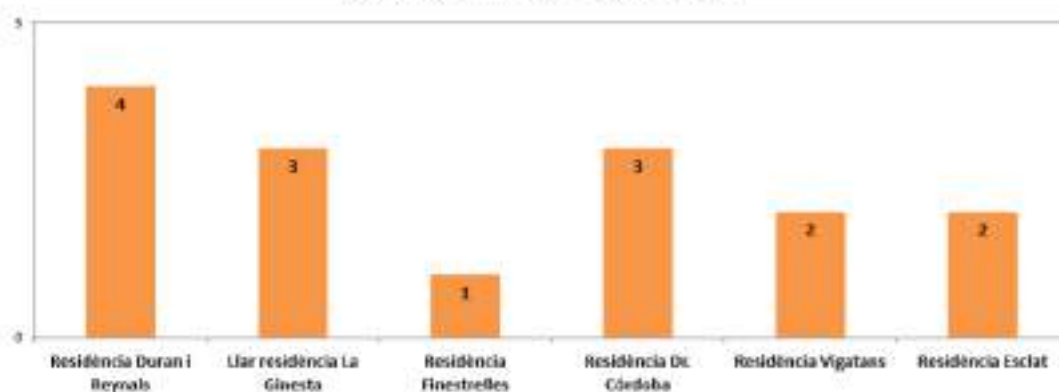
(Dades facilitades per: Institut Municipal de Persones amb Discapacitat, Àrea de Drets Socials, Ajuntament de Barcelona)

Persones ateses



Urgències de persones amb discapacitat que necessiten allotjament - 2017	Total Persones Ateses
Ingressades en plaça de residència	2
Ingressades en places de residències privades i subvencionades íntegrament per l'IMPO	15
Increment del número de places del 2017 al 2018	17

Distribució d'ingressos a les residències



Distribució d'ingressos a les residències - 2017	Persones Ateses
Residència Duran i Reynals	4
Llar residència La Ginesta	3
Residència Finestrelles	1
Residència Dr. Córdoba	3
Residència Vigatans	2
Residència Escat	2
TOTAL	15

Despesa total del finançament de les 15 places	304.329,21 €
---	---------------------

10.3.5 Dades de recursos per persones amb discapacitat

CENTRES ATENCIÓ A PERSONES AMB DISCAPACITAT. Maig 2018					
TIPUS DE CENTRE		PERFIL PERSONES ATESES	NOM CENTRE	ENTITAT GESTORA	PLACES
14	RESIDÈNCIES	PERSONES AMB PARÀLISI CEREBRAL	JOAN TRIAS	Llars de l'Amistat Cheshire	32
			ESCLAT MARINA	Fundació Esclat	50
			ASPACE MONTJUÏC	Associació Aspace	45
		PERSONES AMB DISCAPACITAT FÍSICA	EMILIO BENEDETTI	Llars de l'Amistat Cheshire	32
			ESTIMIA	Fundació Estimia	30
			VIGATANS	Apip - Acam	35
			MARIA TERESA SERRA	Afap	12
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	ASPASIM SARRIÀ	Aspasim	12
			LA PALMERA-VERNEDA	Pere Mitjans	8
			ELS PORXOS	Pere Mitjans	10
			POBLE NOU	Pere Mitjans	12
			MONTSERRAT BETRIU	Fundació Vallparadís	24
			TRES PINS	Fundació Sant Pere Claver	27
			(MAS SAURÓ)	(Fundació Vella Terra)	48

12	LLARS RESIDÈNCIA	PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar Tomàs Casals - Francisca Marcos i Caselud	ASSOCIACIÓ DE PARES DE DISCAPACITATS PSÍQUICS POBLE SEC	9
		PERSONES AMB PARÀLISI CEREBRAL	LLULL	FCPC	24
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL / PLURIDISCAPACITAT	VALLDAURA ESTACIÓ DE MAR	CSSBcn Pere Mitjans	24 26
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar residència pro disminuïts psíquics Sant Jordi	ASSOCIACIÓ DE PARES I FAMILIARS DE PERSONES AMB DISMINUCIÓ PSÍQUICA SANT JORDI	10
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar residència VIDAR per a disminuïts psíquics	GSISDOS, S.C.C.L.	23
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar residència TEB/Barceloneta 1	TEB D'HABITATGE, SCCL	8
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar residència TEB/Barceloneta 2	TEB D'HABITATGE, SCCL	8
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar de Grup d'Aspanias I	ASPANIAS, ASSOCIACIÓ DE PARES DE PERSONES AMB RETARD MENTAL	6

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar residència II d'Aspanias	ASPANIAS, ASSOCIACIÓ DE PARES DE PERSONES AMB RETARD MENTAL	7
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar residència III d'Aspanias	ASPANIAS, ASSOCIACIÓ DE PARES DE PERSONES AMB RETARD MENTAL	10
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar Residència Les Casetes	EL XOP, SCCL	12

3	CENTRES DE DIA (CAE)	PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL PLURIDISCAPACITAT TRASTORNS DE CONDUCTA	ORÀLIA	CSSBcn	20
			MONTSERRAT BETRIU	Fundació Vallparadis	11
			CAE TRES PINS	Fundació Sant Pere Claver	12
2	CENTRE OCUPACIONAL	PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	CAN CARRERAS		56
	CENTRE OCUPACIONAL	PERSONES AMB DISCAPACITAT FÍSICA	LA SÍNIA		45

665	SERVEI DE TERÀPIA OCUPACIONAL	PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Camí	ASSOCIACIÓ DEL CENTRE OCUPACCIONAL CAMÍ	19
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional d'Integració Social ASPACE	ASSOCIACIÓ DE LA PARÀLISI CEREBRAL ASPACE	10
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	CentreTeràpia Ocupacional ASPACE Montjuic (acreditades)	ASSOCIACIÓ DE LA PARÀLISI CEREBRAL ASPACE	20
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Teràpia Ocupacional d'ASPACE	ASSOCIACIÓ DE LA PARÀLISI CEREBRAL ASPACE	5
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Paideia	FUNDACIÓ PAIDEIA	36
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Bogatell	ICÀRIA INICIATIVES SOCIALS, SAL	51
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Cordada	FUNDACIÓ OBRA SOCIAL D'AJUDA AL DISMINUÏT PSÍQUIC (OSAS)	69
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Estimia	ASSOCIACIÓ DE PARES SANT GUILLEM	35

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Les Corts	COORDINADORA ENTITATS PERSONES AMB DISCAPACITAT LES CORTS	44
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Taller Ocupacional Ariadna	ASSOCIACIÓ TALLER OCUPACIONAL ARIADNA I SERVEIS PER ALS DISCAPACITATS	30
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Tallers Blancs	TALLERS BLANCS, SCCL	20
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Tallers Blancs II	TALLERS BLANCS, SCCL	24
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Estimia	FUNDACIÓ ESTIMIA BARCELONA	17
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Eneida	ENEIDA, SCCL	16
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Taller El Xop	FUNDACIÓ PRIVADA EL XOP	45
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Llar residència pro disminuïts psíquics Sant Jordi	ASSOCIACIÓ DE PARES I FAMILIARS DE PERSONES AMB DISMINUCIÓ PSÍQUICA SANT JORDI	4

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional "Taller Sant Jordi"	ASSOCIACIÓ DE PARES I FAMILIARS DE PERSONES AMB DISMINUCIÓ PSÍQUICA SANT JORDI	24
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Baranova	GSIS GRUP SERVEIS INICIATIVA SOCIAL, SCCL	49
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional La Marina	FUNDACIÓ PRIVADA ASPROSEAT SERVEIS D'ATENCIÓ DIÛRNA	30
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional 1981	FUNDACIÓ PRIVADA ASPROSEAT SERVEIS D'ATENCIÓ DIÛRNA	38
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Grupdem	GRUPDEM, SCCL	3
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Grupdem	GRUPDEM, SCCL	12
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Verдум	TEB BARCELONA, SCCL	13
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Barceloneta	TEB BARCELONA, SCCL	16

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Estació	TEB BARCELONA, SCCL	12
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Sant Andreu	TEB BARCELONA, SCCL	9
		PERSONES AMB DISCAPACITAT FÍSICA	Centre Ocupacional Esclat 2(STO)	ASSOCIACIÓ ESCLAT PRO PERSONES AMB PARÀLISI CEREBRAL	14
400	SERVEI DE TERÀPIA OCUPACIONAL AMB AUXILIAR	PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Cordada	FUNDACIÓ OBRA SOCIAL D'AJUDA AL DISMINUÏT PSÍQUIC (OSAS)	40
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional d'Integració Social ASPACE	ASSOCIACIÓ DE LA PARÀLISI CEREBRAL ASPACE	36
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Teràpia Ocupacional d'ASPACE	ASSOCIACIÓ DE LA PARÀLISI CEREBRAL ASPACE	43
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Bogatell	ICÀRIA INICIATIVES SOCIALS, SAL	15
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Camí	ASSOCIACIÓ DEL CENTRE OCUPACCIONAL CAMÍ	11

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Paideia	FUNDACIÓ PAIDEIA	3
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Estimia	FUNDACIÓ ESTIMIA BARCELONA	19
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Les Corts	COORDINADORA ENTITATS PERSONES AMB DISCAPACITAT LES CORTS	6
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Taller Ocupacional Ariadna	ASSOCIACIÓ TALLER OCUPACIONAL ARIADNA I SERVEIS PER ALS DISCAPACITATS	17
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Eneida	ENEIDA, SCCL	8
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Estimia	ASSOCIACIÓ DE PARES SANT GUILLEM	12
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Taller El Xop	FUNDACIÓ PRIVADA EL XOP	13
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional "Taller Sant Jordi"	ASSOCIACIÓ DE PARES I FAMILIARS DE PERSONES AMB DISMINUCIÓ PSÍQUICA SANT JORDI	16

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Baranova	GSIS GRUP SERVEIS INICIATIVA SOCIAL, SCCL	51
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional La Marina	FUNDACIÓ PRIVADA ASPROSEAT SERVEIS D'ATENCIÓ DIÛRNA	18
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional 1981	FUNDACIÓ PRIVADA ASPROSEAT SERVEIS D'ATENCIÓ DIÛRNA	19
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei de Teràpia Ocupacional Grupdem	GRUPDEM, SCCL	6
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional Grupdem	GRUPDEM, SCCL	13
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Verdum	TEB BARCELONA, SCCL	5
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Barceloneta	TEB BARCELONA, SCCL	11
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Estació	TEB BARCELONA, SCCL	6

		PERSONES AMB DISCAPACITAT FÍSICA	Centre Ocupacional Esclat 2(STO)	ASSOCIACIÓ ESCLAT PRO PERSONES AMB PARÀLISI CEREBRAL	32
298	SERVEI OCUPACIONAL D'INSERCIÓ	PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Paideia	FUNDACIÓ PAIDEIA	14
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Nova Icària	ICÀRIA INICIATIVES SOCIALS, SAL	3
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Centre Ocupacional d'Integració Social ASPACE	ASSOCIACIÓ DE LA PARÀLISI CEREBRAL ASPACE	5
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Cordada	FUNDACIÓ OBRA SOCIAL D'AJUDA AL DISMINUÏT PSÍQUIC (OSAS)	40
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Estimia	FUNDACIÓ ESTIMIA BARCELONA	9
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Les Corts	COORDINADORA ENTITATS PERSONES AMB DISCAPACITAT LES CORTS	11
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Estimia	ASSOCIACIÓ DE PARES SANT GUILLEM	28

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Taller El Xop	FUNDACIÓ PRIVADA EL XOP	19
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Taller Sant Jordi	ASSOCIACIÓ DE PARES I FAMILIARS DE PERSONES AMB DISMINUCIÓ PSÍQUICA SANT JORDI	14
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Estímia	GSIS GRUP SERVEIS INICIATIVA SOCIAL, SCCL	26
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei d'Inserció Ocupacional La Marina	FUNDACIÓ PRIVADA ASPROSEAT SERVEIS D'ATENCIÓ DIÛRNA	15
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	Servei Ocupacional d'Inserció Grupdem II	GRUPDEM, SCCL	30
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Verdum	TEB BARCELONA, SCCL	16
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Barceloneta	TEB BARCELONA, SCCL	16
		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Estació	TEB BARCELONA, SCCL	16

		PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL	STO-TEB Sant Andreu	TEB BARCELONA, SCCL	32
		PERSONES AMB DISCAPACITAT FÍSICA	Centre Ocupacional Esclat 2 (SOI)	ASSOCIACIÓ ESCLAT PRO PERSONES AMB PARÀLISI CEREBRAL	4

10.3.6 Dades sobre les residències i llars residència per a persones amb malaltia mental i persones en llista d'espera

RECURSOS D'ATENCIÓ 24 HORES PER A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL A BARCELONA.

PLACES:

- 13 Llars residències amb 441 places.
- 33 Llars amb suport amb 117 places

EQUIPS REFERENTS I NOMBRE DE SOL·LICITUDS D'ACCÉS:

En la ciutat de Barcelona hi ha 4 comissions territorials: Barcelona Dreta, Barcelona Esquerra, Barcelona Litoral i Barcelona Nord. A continuació es descriuen els CSMA que formen part, els dispositius residencials assignats a cada territori i el nombre de sol·licituds de persones per accedir als recursos.

1. Comissió territorial Barcelona Dreta:

-  **CSMA** Dreta de l'Eixample-Maragall
Gràcia
Guinardó
-  **Llar residència:** Lúria
Verntallat
Providència
Mascaró

Nombre sol·licituds	Llar residència	Llar amb suport
Barcelona Dreta	43	16

2. Comissió territorial Barcelona Esquerra

-  **CSMA** Esquerra de l'Eixample
Poble Sec- Montjuïc
Sants
Les Corts
Sarrià- Sant Gervasi

3. Comissió territorial Barcelona Litoral

- ◆ CSMA
 - Ciutat Vella
 - Sant Martí Nord
 - Sant Martí Sud
 - USM La Mina
- ◆ Llar residència
 - Numància
 - Sant Martí
 - Francesc Tàrraga

Nombre sol·licituds	Llar residència	Llar amb suport
Barcelona Litoral	80	40

4. Comissió territorial Barcelona Nord

- ◆ CSMA
 - Nou Barris Nord
 - Nou Barris Sud
 - Horta
 - Sant Andreu
- ◆ Llar residència
 - PI i Molist
 - Unitat Polivalent Barcelona Nord
 - La Ginesta

Nombre sol·licituds	Llar residència	Llar amb suport
Barcelona Nord	102	20

Barcelona, 9 de juliol 2018

10.3.7 Dades aportades pel CSB

En aquest apartat es presenta la següent informació proporcionada pel Consorci Sanitari de Barcelona (sessió del 12 de març de 2019).

- *Mapa de recursos d'hospitalització (sociosanitaris), segons AIS i tipologia de centres, i segons règim jurídic. Inclou el nombre de llits que hi havia al 2018, i un quadre amb centres específics de l'AIS Nord que tenen un circuit específic d'accés.*
- *Recursos específics de psicogeriatría*
- *Estades socials a centres sociosanitaris amb llarga estada*

INFORMACIÓ DE RECURSOS D'HOSPITALITZACIÓ					
AIS	Centre/Tipus de centre	Llits autoritzats (15/11/2018)	Llits reals (desembre 2018)	2018	n. Altres subaguts substant 2018
Nord-est	Hospital General de Sant Joan de Déu	208 (all)	61	10	
	U.E.		26	70	
	CP		18	14	
	CP		17	13	210
	subaguts				
Eix	Hospital General de Sant Joan de Déu	187	73	15	
	U.E.		48	48	
	CP		27	15	
	CP		27	15	200
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	216	68	61	
	U.E.		34	20	
	CP		11	11	
	CP		8	30	180
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	158	51	111	
	U.E.		50	40	
	CP				
	CP				
	subaguts				
Eix	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	258	120	86	
	U.E.		38	58	
	CP			14	
	CP			7	200
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	94	38	20	
	U.E.		12	10	
	CP				
	CP				
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	174	71	112	
	U.E.		87	90	
	CP		11	30	
	CP				
	subaguts				
Eix	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	229	151	141	
	U.E.		90	86	
	CP				
	CP				
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	100		100	
	U.E.			40	
	CP			80	
	CP			20	
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	127	65	54	
	U.E.				
	CP				
	CP				
	subaguts				
Eix	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	268	115	27	
	U.E.		204	277	
	CP		15	13	
	CP		20	14	780
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	209	180	180	
	U.E.				
	CP				
	CP				
	subaguts				
	Hospital General de Sant Joan de Déu - Eix de Sant Joan de Déu	251	-	26	
	U.E.		-	181	
	CP		-	14	
	CP		-	14	
	subaguts				
AIS	Centre/Tipus de centre	Llits autoritzats (15/11/2018)	Llits reals (desembre 2018)	2018	
Nord	Hospital General de Sant Joan de Déu	93	39	28	
	U.E.		20	10	
	CP				
	CP				
	subaguts				
Nord	Hospital General de Sant Joan de Déu	26		7	
	U.E.				
	CP				
	CP				
	subaguts				
Nord	Hospital General de Sant Joan de Déu	46	10	14	
	U.E.		10	14	
	CP				
	CP				
	subaguts				

ENTITATS PÚBLIQUES	NOMBRE DE LLITS				IMPORT 2017
	LLE	CV	CP	SUBAGUTS	
PSPV	27	277	19	18	
CSS COTXERES	199	0		0	
FÒRUM	53	70	14	10	
H. ESPERANÇA					
TOTAL	279	347	33	28	

ENTITATS PRIVADES SENSE ÀNIM DE LUCRE	NOMBRE DE LLITS				IMPORT 2017
	LLE	CV	CP	SUBAGUTS	
H. EVANGÈLIC	62	20	11	10	
HMD MERCÈ	23	25			
MUTUAM GÜELL	75	48	23	10	
MUTUAM COLLSEOLA		18			
TOTAL	160	111	34	20	

ENTITATS PRIVADES AMB ÀNIM DE LUCRE	NOMBRE DE LLITS				IMPORT 2017
	LLE	CV	CP	SUBAGUTS	
HESTIA PALAU	86	90	18	7	
HESTIA GRÀCIA	101	49			
HESTIA DURAN I REYNALS	40	20	10		
CSS ISABEL ROIG	96	111	16	15	
CSS DOLORS ALEU	113	50	10		
CSS SANT JORDI	56				
C. SANT ANTONI	144	80			
SAR REGINA		12			
SAR SALUT		27			
TOTAL	636	439	54	22	

SERVEIS CLÍNICS

RECURSOS ESPECÍFICS DE PSICOGERIATRIA

AIS	CENTRE/Entitat proveïdora	LITS/PLACES	
Esquerra	Fundació ACE		
	H. de dia	52	
	EAIÀ trastorns cognitius	1	
	Hospital Clínic		
	H. de dia	46	
Dreta	EAIÀ trastorns cognitius	1	
	H. Sant Pau		
	EAIÀ trastorns cognitius	1	
	MUTUAM		
Nord	EAIÀ trastorns cognitius	2	
	H. Mare de Déu de la Mercè/Germanes Hospitalàries SCI		
	ULE	23	
	MC Psicogeriàtrica	25	
	H. de dia	48	
	EAIÀ trastorns cognitius	1	
	MUTUAM Col·labora		
	LE	7	
	MC Psicogeriàtrica	18	
	Pare Sanitari Pere Virgili		
	H. de dia		
	EAIÀ trastorns cognitius		
	HUVH		
Litoral	EAIÀ trastorns cognitius	1	
	Hospital del Mar		
	EAIÀ trastorns cognitius	1	
BCN	H. Mare de Déu de la Mercè/Germanes Hospitalàries SCI		
	PADES de psicogeriatría	1	

dia-17

NO CONTRACTADA però funciona

ALTRES SERVEIS SANITARIS

SERVEIS DE NEUROLOGIA DELS HOSPITALS

EAP

ALTRES SERVEIS SOCIALS

Centres de Dia

entitats, associacions de famílies

11/03/2019C:\

TOTAL BARCELONA

2018

RCA 2018

CENTRES UBICATS AL TERRITORI

Total	1.000.104
>64 anys	361.700

2L71%

AIS	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	Subaguts	Subaguts (altres)
DRETA	324	248	52	27	788
LITORAL	63	70	14	10	370
ESQUERRA	297	150	20	0	0
NORD	378	366	35	33	1150
BARCELONA	1.062	854	121	70	2.308
Ràtio	2,91	2,36	7,26		1,39
	LLE PSG	MEPSG			
BARCELONA	30	43			
	TOTAL LLE	TOTAL CV+MEPSG	CP	Subaguts	Subaguts (altres)
BARCELONA	1.082	897	121	70	2.308
Ràtio	2,99	2,48	7,26		1,39
	LLE TBC I SIDA				
BARCELONA	48				
	TOTAL LLE	TOTAL CV+MEPSG	CP	Subaguts	Subaguts (altres)
BARCELONA	1.130	897	121	70	2.308
Ràtio	3,12	2,48	7,26		1,39

AIS	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	Subaguts	Subaguts (altres)
DRETA	3,49	2,65	12,91		1,98
LITORAL	0,97	1,28	4,82		1,20
ESQUERRA	2,55	1,29	3,86		0,00
NORD	3,86	3,96	8,03		2,84
BARCELONA	3,12	2,48	7,26		1,39

estàndards	
LLE: llengua estranya	3 - 3,5
CV: convalescència	2 - 2,5
CP: cura post-quirúrgica	8
subaguts	1,4 - 1,6
MEPSG: mitja estada psicològica	

NECESSITAT TEÒRICA DE LLITS

BARCELONA	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altres)
	1085	724	133	78	2.333
	1296	804		63	2.499

AIS LITORAL MAR

2018

RCA 2018

Total	309.590	inclou La Mina
>64 anys	54.678	17,66%

CENTRES UBICATS AL TERRITORI

Centre	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
Forum	53	70	14	10	370
TOTAL	53	70	14	10	370

AIS estàndards

Larga Estada x 1.000 habitants > 64 anys:	1,0	3 - 3,5
Convalescència x1.000 habitants > 64 anys:	1,3	2-2,5
Cures Pal·liatives x 100.000 habitants:	4,5	8
subaguts altes/1000hab (30 altes=1 lit)	1,2	1,4-1,5

AMB L'HOSPITAL EVANGÈLIC AL TERRITORI

Centre	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
Forum	53	70	14	10	370
H. Evangèlic	62	20	11	10	288
TOTAL	115	90	25	20	658

AIS estàndards

Larga Estada x 1.000 habitants > 64 anys:	2,1	3 - 3,5
Convalescència x1.000 habitants > 64 anys:	1,6	2-2,5
Cures Pal·liatives x 100.000 habitants:	8,1	8
subaguts altes/1000hab (30 altes=1 lit)	2,1	1,4-1,5

NECESSITAT TEÒRICA DE LLITS

AIS LITORAL MAR	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
	164	109	25	14	433
	191	137		15	464

NECESSITAT TEÒRICA DE LLITS AIS LITORAL MAR I AIS DRETA

AIS LITORAL MAR + DRETA	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
	443	295	57	33	997
	516	369		36	1068

CENTRES UBICATS AL TERRITORI AIS LITORAL MAR I AIS DRETA

Centre	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
Mutua Güell	75	48	31	9	300
Hospital Evangèlic	62	20	11	10	270
Hestia Gràcia	101	49	0	0	0
Hestia Palau	86	90	18	7	200
SAR La Salut	0	27	0	0	0
SAR Regina	0	12	0	0	0
Forum	57	69	14	10	269
	381	315	74	36	1.039

AIS DRETA

2018

RCA 2018

Total	402.681
>64 anys	92.855 23,06%

CENTRES UBICATS AL TERRITORI

Centre	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
Mutua Gdell	75	48	23	10	300
Hospital Evangèlic	62	20	11	10	288
Hestia Gràcia	101	49	0	0	0
Hestia Palau	88	90	18	7	200
SAR La Salut	0	27	0	0	0
SAR Regina	0	12	0	0	0
TOTAL	324	246	52	27	788

AIS estàndards

Llarga Estada x 1.000 habitants > 64 anys:	3,6	3 - 3,5
Convalescència x1.000 habitants > 64 anys:	2,8	2-2,5
Cures Pal·liatives x 100.000 habitants:	12,9	8
subaguts .altes/1000hab (30 altes=1 lit)	2,0	1,4-1,5

CENTRES UBICATS AL TERRITORI SENSE L'H. EVANGÈLIC

Centre	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
Mutua Gdell	75	48	23	10	300
Hestia Gràcia	101	49	0	0	0
Hestia Palau	88	90	18	7	200
SAR La Salut	0	27	0	0	0
SAR Regina	0	12	0	0	0
TOTAL	262	226	41	17	500

AIS estàndards

Llarga Estada x 1.000 habitants > 64 anys:	2,8	3 - 3,5
Convalescència x1.000 habitants > 64 anys:	2,4	2-2,5
Cures Pal·liatives x 100.000 habitants:	10,2	8
subaguts .altes/1000hab (30 altes=1 lit)	1,2	1,4-1,5

NECESSITAT TEÒRICA DE LLITS

AIS DRETA	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
	279	186	32	19	584
	325	232		20	604

AIS ESQUERRA

2018

RCA 2018	
Total	517.880
>64 anys	116.279

22,45%

CENTRES UBICATS AL TERRITORI

Centre	Nre. de llits			subaguts	Subaguts (altes)
	LLE	CV	CP		
CSS Dolors Aleu	113	50	10	0	0
CSS Sant Antoni	144	80	0	0	0
TOTAL	257	130	10	0	0
Hestia Duran i Reynals	40	20	10		
TOTAL	297	150	20	0	0

	AIS	estàndards
Llarga Estada x 1.000 habitants > 64 anys:	2,6	3 - 3,5
Convalescència x1.000 habitants > 64 anys:	1,3	2-2,5
Cures Pal·liatives x 100.000 habitants:	3,86	8
subaguts altes/1000hab (30 altes=1 llit)	0,0	1,3- 1,4

NECESSITAT TEÒRICA DE LLITS

AIS ESQUERRA	Nre. de llits				
	LLE	CV	CP	subaguts	Subaguts (altes)
	349	233	41	24	725
	407	291		26	777

Estades socials centres sociosanitaris amb llarga estada. Gener 2018

Àrea	Centre	Lits	Estades a partir 1/01/2018		Estades anteriors 2018	
			Pacients	Estades	Pacients	Estades
Oest	Mutuum Good	75	11	1.407	2	2.135
	Hospital Evangèlic	52	5	686	2	2.675
	Hestia Gràcia	101	57	pendent dades	2	
	Hestia Palau	86	34	pendent dades		
Esquerra	CBC Puigret Dolores Aleu	113	6	437		
	Clínica Sant Antoni	144	6	1.375		
	Hestia Duran i Reynals	47	28	pendent dades	1	
Litoral Mar	Fòrum/Esperança	53	12	2.391	4	2.947
	Sant Jordi	55	6	605	1	736
	Isabel Roig	95	6	605		
Nord	Parc Sanitari Pere Virgili	29	5	1.611		
	Coberes	199	16	823	1	739
	Mare de Déu de la Mercè	23	1	89	2	7.910
	CSS Colòmbia	7		pendent dades		
TOTAL		1.004	194	10.018	18	17.045

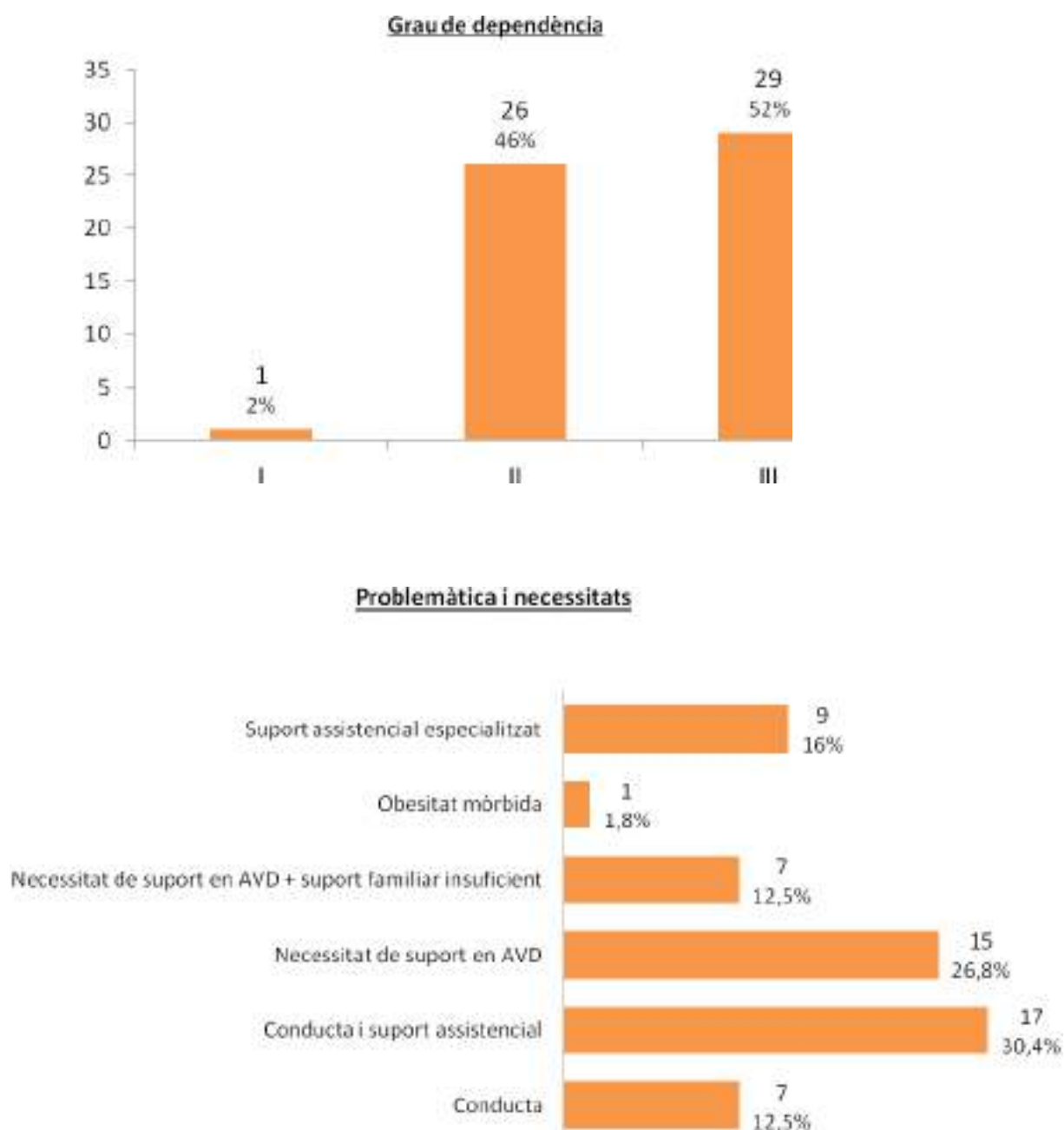
Estades socials centres sociosanitaris amb llarga estada. Febrer 2018

Àrea	Centre	Lits	Estades a partir 1/01/2018		Estades anteriors 2018	
			Pacients	Estades	Pacients	Estades
Oest	Mutuum Good	75	9	1.673	2	2.291
	Hospital Evangèlic	52	14	908	2	2.983
	Hestia Gràcia	101	64	pendent dades	2	pendent dades
	Hestia Palau	86	50	pendent dades		
Esquerra	CBC Puigret Dolores Aleu	113	6	318		
	Clínica Sant Antoni	144	11	1.661		
	Hestia Duran i Reynals	47	24	pendent dades	1	pendent dades
Litoral Mar	Fòrum/Esperança	53	14	2.632	2	2.703
	Sant Jordi	55	6	1.499		
	Isabel Roig	96	6	783		
Nord	Parc Sanitari Pere Virgili	29	4	1.113		
	Coberes	199	25	1.173	1	767
	Mare de Déu de la Mercè	23	1	117	2	7.995
	CSS Colòmbia	7		pendent dades		
TOTAL		1.061	205	11.854	12	18.729

Equival a 4 residències assistides de 70 places

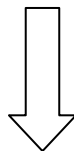
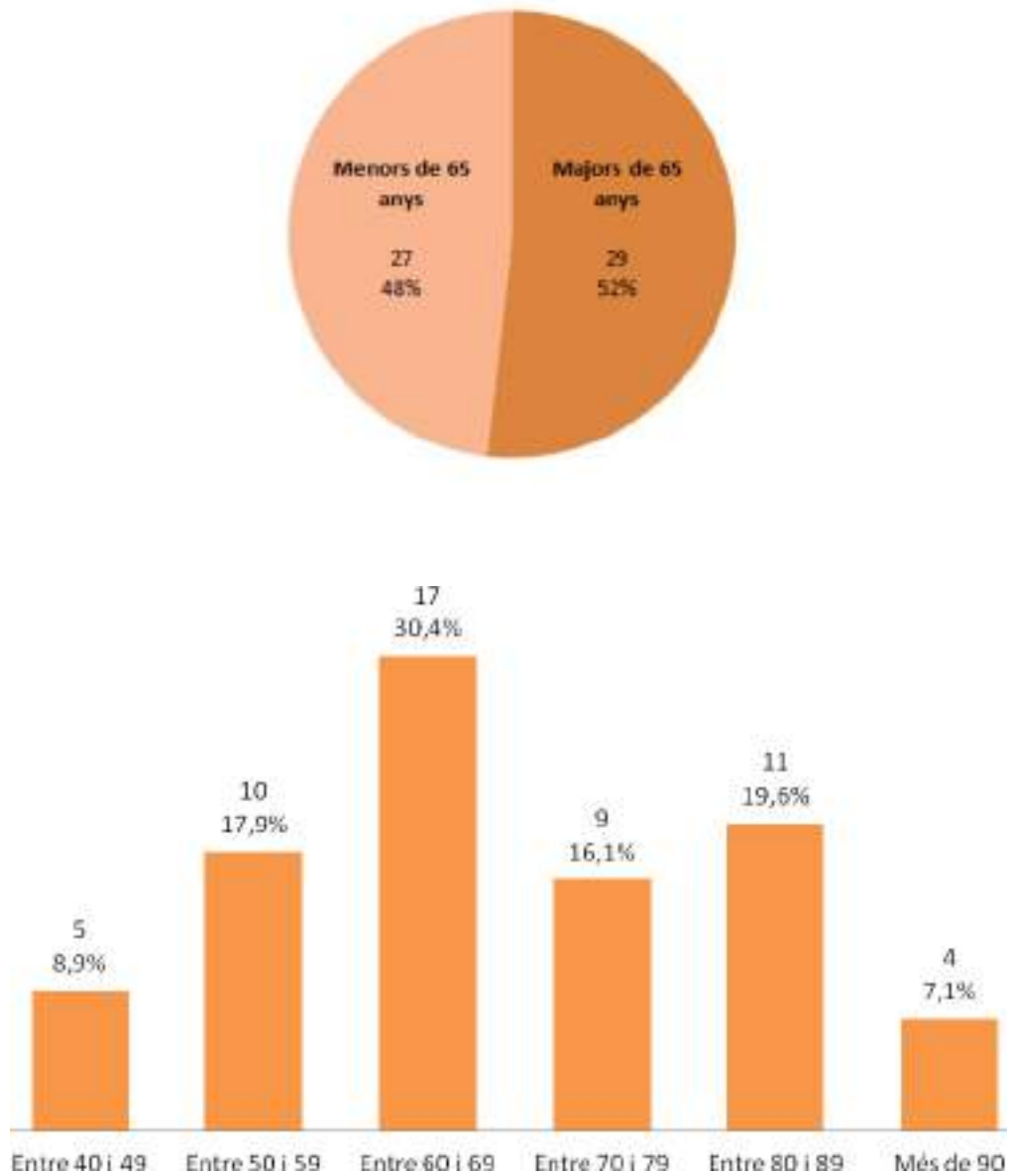
Annex 10.4 Dades avaluació Mòdul sanitari especialitzat (juliol 2018)

A continuació es presenten diverses dades sobre les 56 persones residents durant l'any 2018²² a la residència de gent gran amb mòdul sanitari especialitzat (MSE). La font per fer aquesta anàlisi han estat els expedients dels i les usuàries d'aquest recurs, a abril 2018.



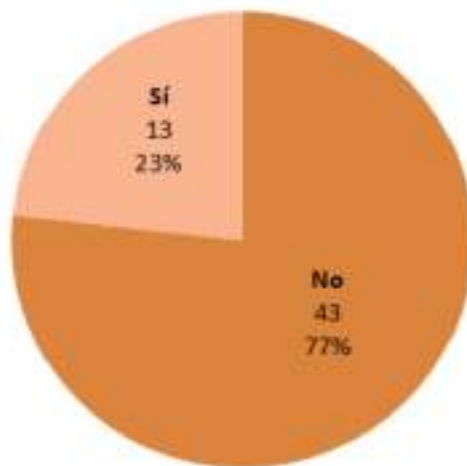
²² Una persona va ser baixa del recurs a l'abril; per això es fa l'anàlisi amb 56 persones i no amb 55 que són les places totals de la residència.

Edat en el moment de sol·licitar el MSE



Interval 60-65 anys	Persones
Majors de 65	5
Menors de 65	12

Antecedents d'addiccions



D'entre les 13 persones residents amb antecedents d'addiccions:

Substàncies addictives	Persones
Alcoholisme	6
Alcoholisme i amfetamines	1
Alcoholisme, tabac, benzodiazepines	1
Cocaïna	1
Cocaïna, abús alcohol	1
Heroïna, metadona, cocaïna i sedants	1
Tabaquisme, cànnabis, enolisme	1
Metadona i pastilles	1
Total	13

Estat actual de consum segons l'informe petició d'accés al recurs	Persones
No consumeix cap substància	4
En deshabitució	2
Consum actiu	2
No es coneix	5
Total	13

Estat actual addiccions (dades facilitades pel centre. Juliol 2018)	Persones
Tabac	6
Tabac i alcohol	2
Sospita consum actiu cocaïna/heroïna (pendent resultat CAS)	1
Cap	4
Total	13

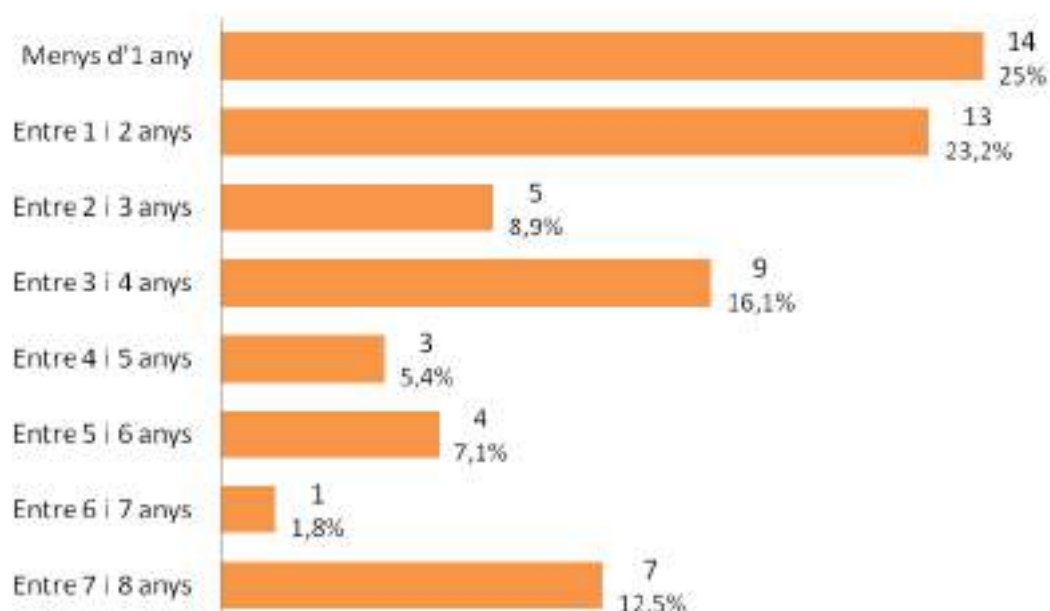
Origen de la petició



Tipus d'informe social de sol·licitud d'accés al MSE



Temps d'estada al recurs*



*S'ha calculat el temps d'estada al recurs des de la data d'ingrés fins a l'1 de juliol de 2018 (excepte en un cas, on s'ha calculat fins a 24 d'abril 2018 coincidint amb la data en què la persona va sortir del recurs).

Persona que fa més temps que està al recurs: 7,5 anys

Persona que fa menys temps que està al recurs: 3 mesos

Mitjana de temps d'estada al recurs (des del ingrés fins a 1/07/2018): 2,95 anys

Annex 10.5 Presentacions de projectes o proves pilot

10.5.1 Atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials

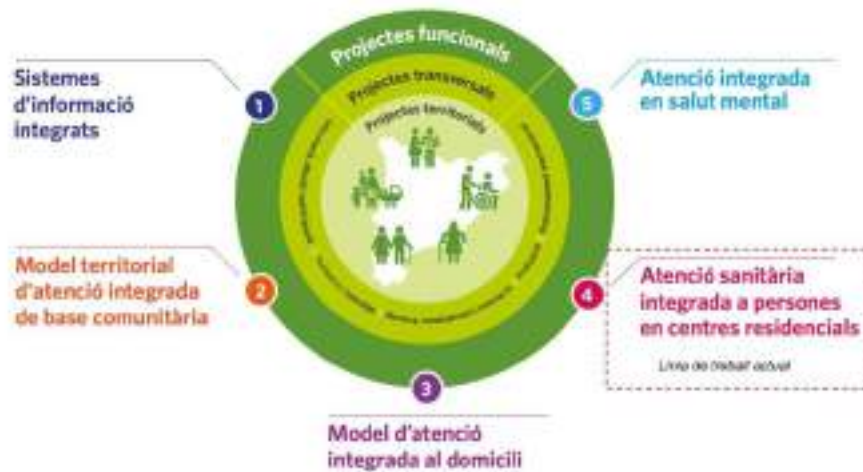


Índex

- 1. Context i Organització del projecte**
- 2. Acord Interdepartamental – Proposta de model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen a residències**
- 3. Proposta de treball amb federacions i patronals**
- 4. Implicacions – Marc normatiu i formació a professionals**

1. Context

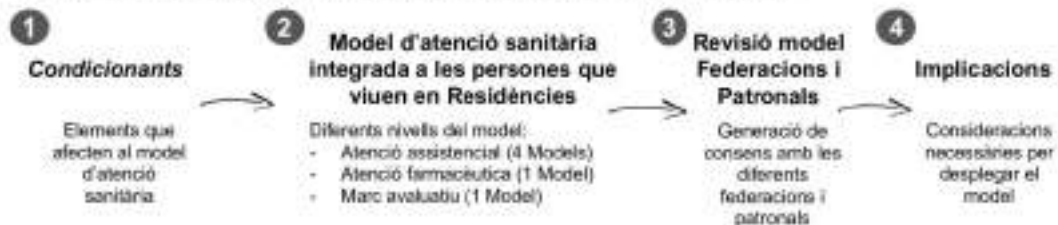
PIAISS 2017 - 2020



1. Organització del projecte

Grups de treball

Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



Grups de treball



2. Proposta de model

Perfil de les persones que viuen en residències



Anàlisi de la complexitat clínica




 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

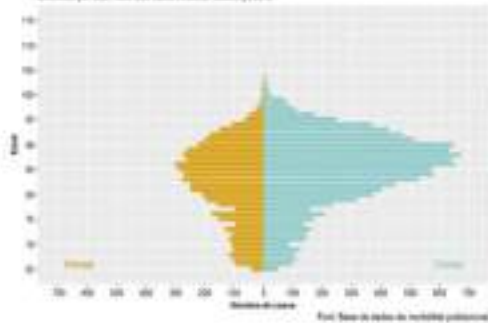
2. Proposta de model

Complexitat clínica de les persones que viuen en residències



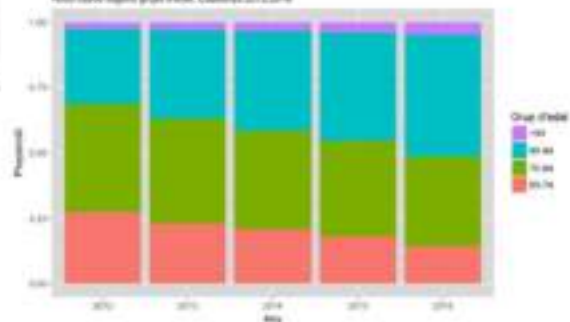
Pacients en Residències

Gràfic de barres horitzontals amb dos eixos: Eixos 2016



Pacients en Residències

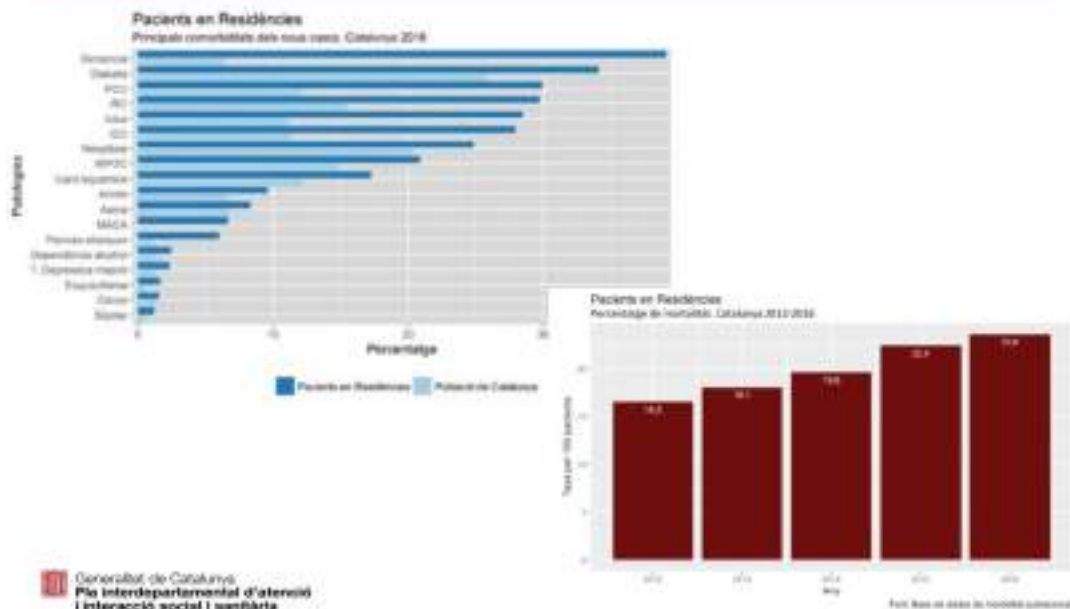
Gràfic de barres verticals amb dos eixos: Eixos 2016




 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

2. Proposta de model

Complexitat clínica de les persones que viuen en residències



2. Proposta de model

Complexitat clínica de les persones que viuen en residències

Característiques de la població major de 64 anys segons tipus de residència, Catalunya 2018

	No residència		Residència (R)		p
	N	%	N	%	
Casos (% filia)	1.408.240	95,4	66.852	4,6	
Sexe: Home	644.844	45,9	18.817	28,2	
Dones	803.796	56,1	48.034	71,8	< 0,001
DMA	304.095	21,1	21.790	32,1	< 0,001
IC	148.141	10,1	18.322	27,4	< 0,001
MPCC	211.969	14,8	11.465	17,1	< 0,001
AVC	145.225	9,9	19.879	29,4	< 0,001
M. hipèrtens	171.798	11,7	10.611	15,9	< 0,001
Reizolació	290.031	19,8	14.509	21,7	< 0,001
IRC	209.190	14,2	18.357	27,5	< 0,001
SDA	2.025	0,1	68	0,1	0,012
Asma	98.289	6,7	5.086	7,6	< 0,001
Depressió	62.852	4,3	29.292	44,0	< 0,001
Cirrosi	19.844	1,3	910	1,3	ns
Depressió	304.889	21,5	25.361	37,9	< 0,001
Pacient cònic de salut mental	72.729	5,0	10.718	15,9	< 0,001
Pacient cònic complex (PCC)	118.205	8,1	21.675	32,4	< 0,001
Pacient amb malaltia crònica evanescent (IMCA)	17.677	1,2	6.229	9,3	< 0,001
Osteoporosi	232.270	15,8	14.890	22,3	< 0,001
Artritis	400.112	28,3	25.571	38,3	< 0,001
Artritis	95.254	6,5	5.586	8,4	< 0,001
Extrats de risc (GMA):					
Alt	262.896	18,3	33.816	50,6	
Mig	416.761	29,4	26.518	39,7	< 0,001
Baix	389.621	26,5	5.867	8,8	
Total	1.408.240	100	66.852	100	

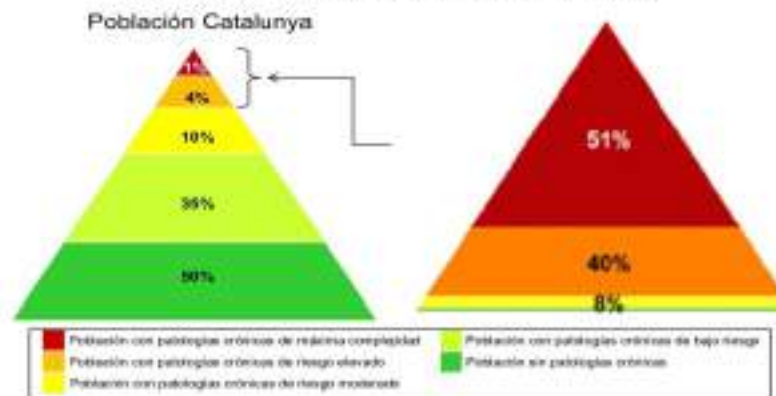
Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

2. Proposta de model

Complexitat clínica de les persones que viuen en residències

- ☐ Perfil de les persones amb discapacitat intel·lectual i física a residències?
- ☐ Perfil de les persones grans institucionalitzades a residències

Distribució de la població institucionalitzada a Catalunya



2. Proposta de model

Complexitat clínica de les persones que viuen en residències



2. Proposta de model

Distribució de la despesa



Pacients en Residències: 5.138,1 euros per càpita Població de Catalunya: 2.294,9 euros per càpita



- Utilització de recursos sanitaris molt superior a les persones >65a que viuen a domicili
- Major cost de farmàcia
- Major taxa hospitalització aguts
- Menor atenció per A. primària
- Menor accés a CCEE especialitzada

Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària

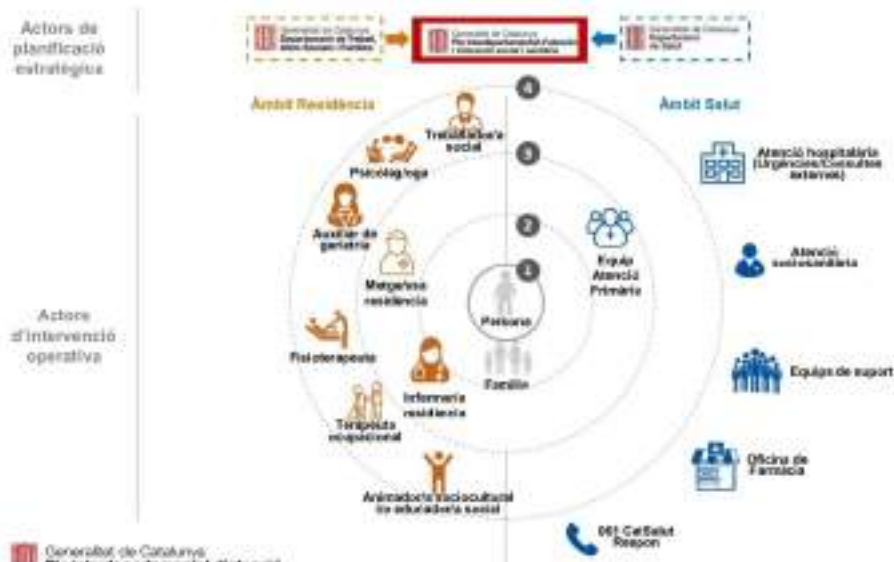
11

2. Proposta de model

Ecosistema actual: Actores que intervenen en l'atenció sanitària de les persones



Mapa d'agents de l'ecosistema d'actors



Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària

12

Evolució àmbit residència a Catalunya



Any	Places			Total
	iniciativa pública	iniciativa social	iniciativa mercantil	
2017	10.291	14.066	35.287	59.644
2015	9.777	14.128	34.734	58.639
2010	8.362	13.631	32.548	54.541
2005	7.756	12.475	26.923	47.154
2000	6.186	11.503	19.592	37.281

font: Idescat a <https://www.idescat.cat/pub/ind-act.htm#00981+2000>

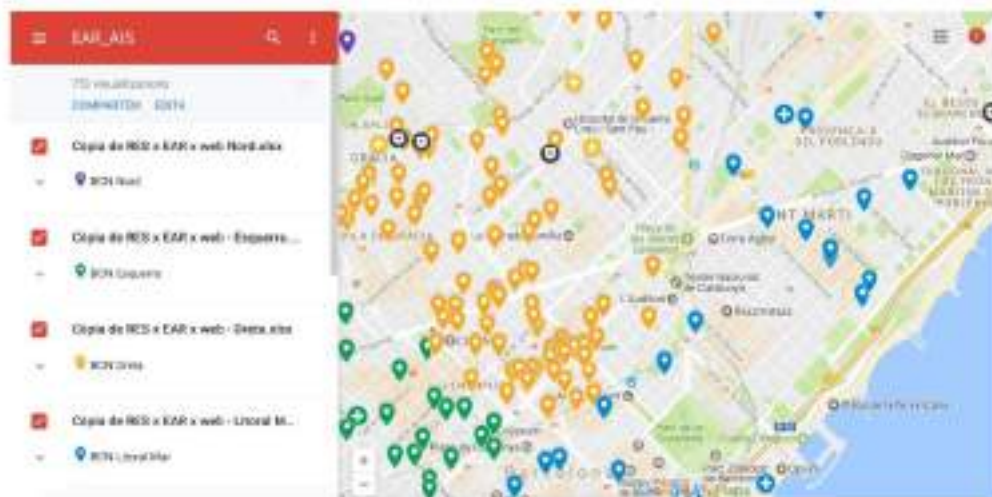
Increment acumulat en 17 anys del 59.98 % places residencials


 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció
 i interacció social i sanitària

13

2. Proposta de model

Mapa de centres residencials i relació amb els centres de salut



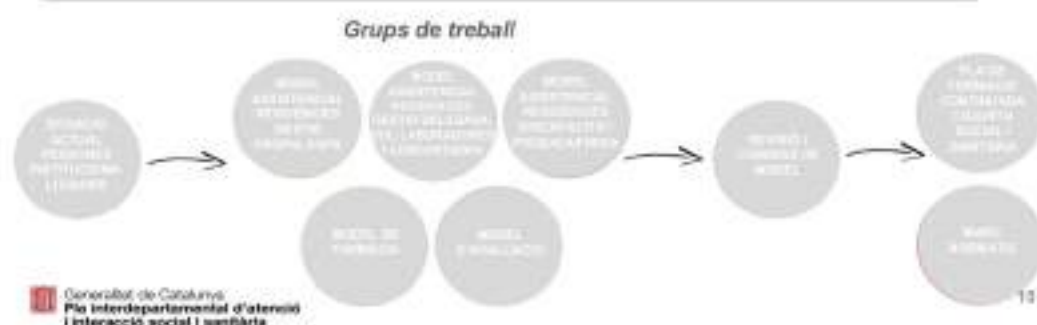
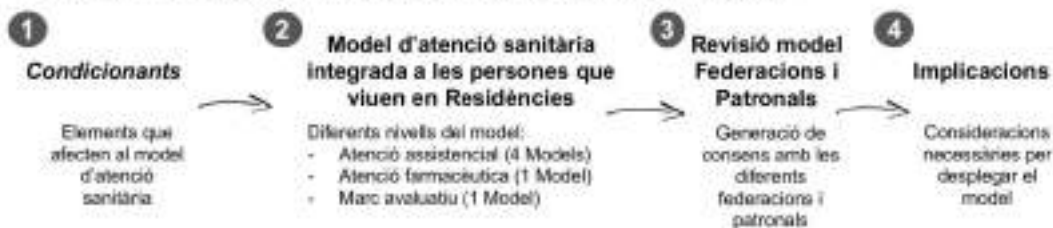

 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció
 i interacció social i sanitària

14

1. Organització del projecte

Grups de treball

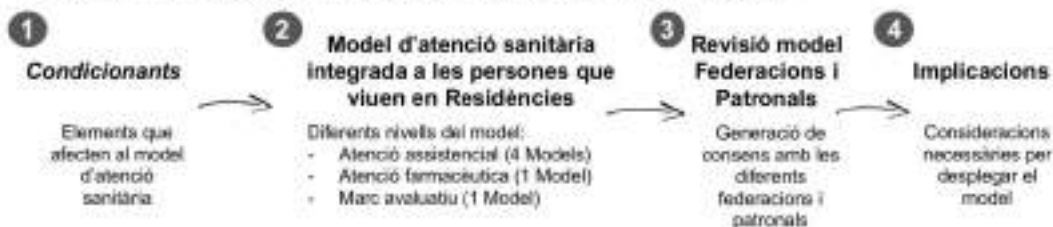
Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



1. Organització del projecte

Grups de treball

Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



2. Proposta de model

Model d'Atenció Sanitària: Pilars del model

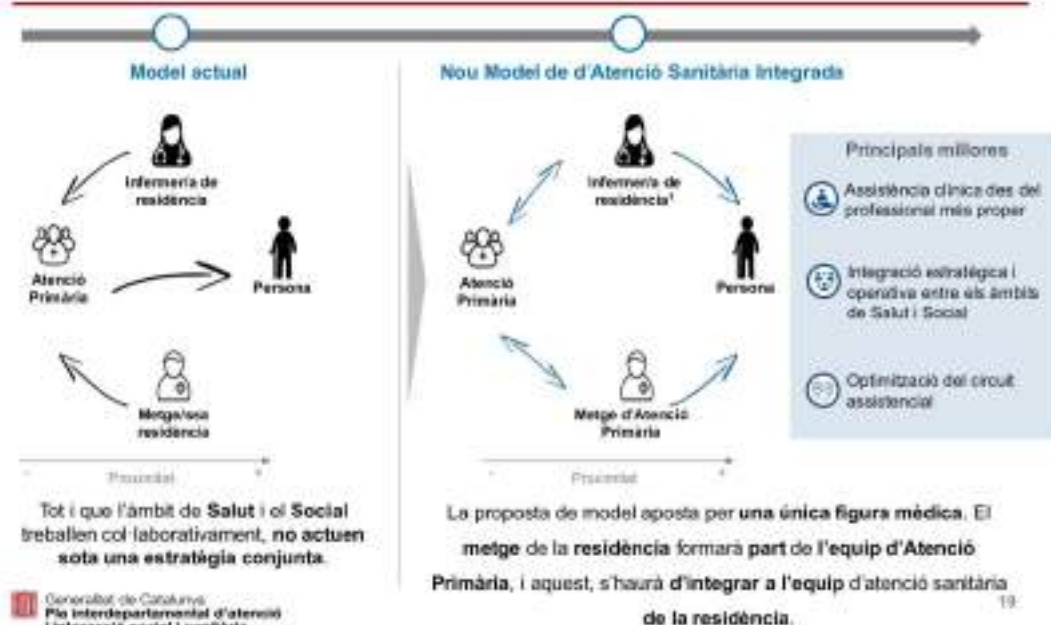


Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

17

2. Proposta de model – Paper del metge

Model d'Atenció Sanitària: Centrat en la persona



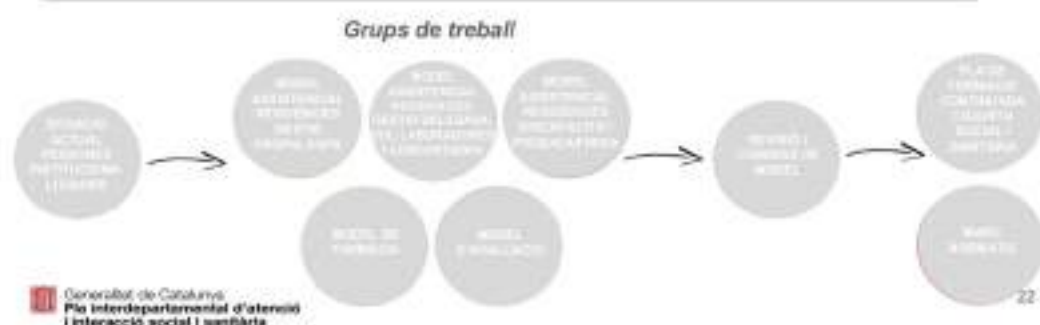
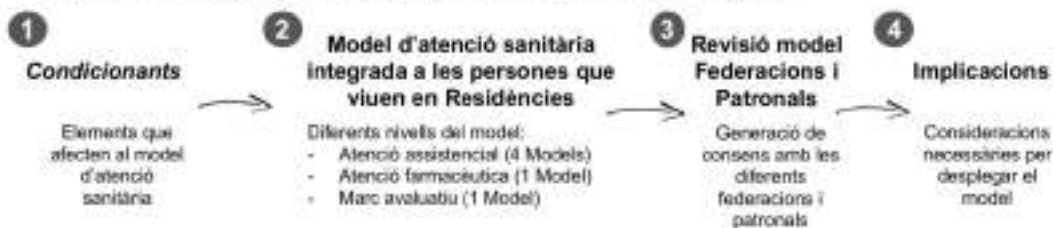
Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

19

1. Organització del projecte

Grups de treball

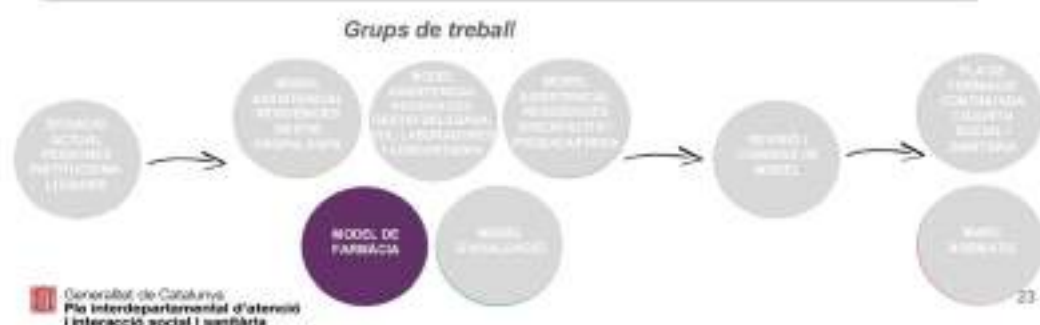
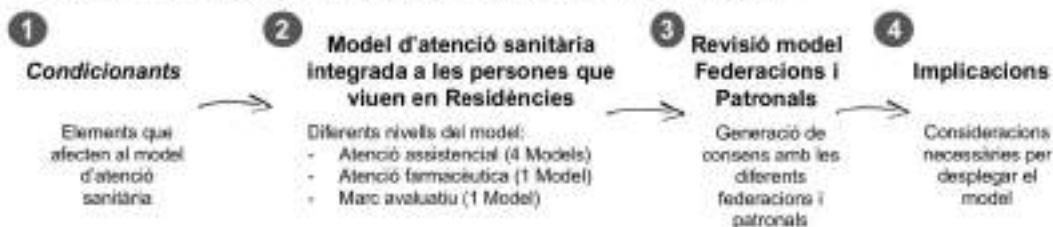
Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



1. Organització del projecte

Grups de treball

Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



2. Proposta de model

Model de farmàcia: Objectius del nou model



Objectiu estratègic

Oferir una atenció farmacèutica eficient que garanteixi la seguretat i que millori la qualitat de vida i els resultats en salut de les persones que viuen en residències. Aquesta atenció ha de ser personalitzada en base a les seves característiques i necessitats.



Objectius específics



Garantir l'eficiència i sostenibilitat del model, racionalitzant costos.



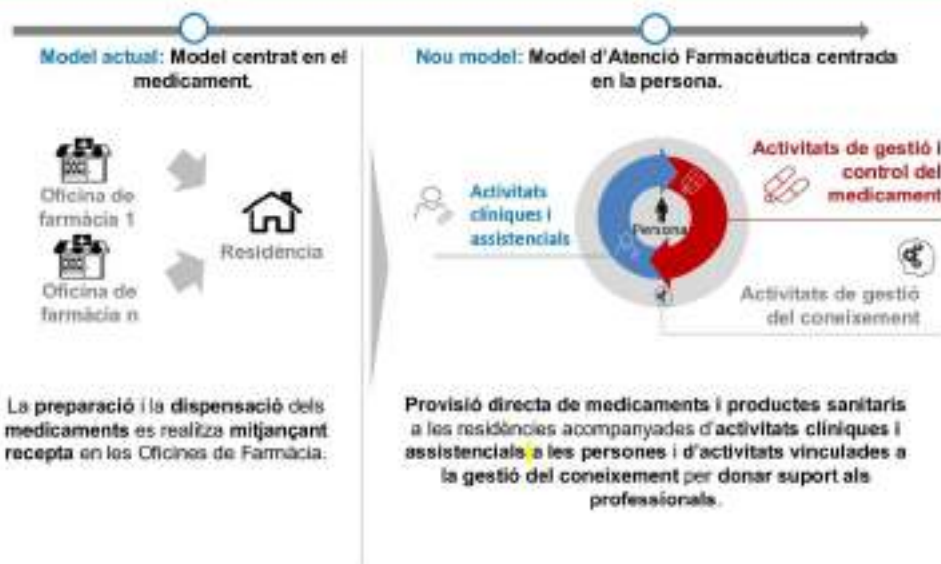
Assegurar l'ús racional de medicaments i productes sanitaris entre la població de les residències.



Integrar la figura del farmacèutic dins de l'equip multidisciplinari d'atenció sanitària.

2. Proposta de model

Model de farmàcia: Atenció farmacèutica centrada en la persona



2. Proposta de model

Model de farmàcia

Models de provisió

S'ha optat per comptar amb els recursos assistencials que estan operatius en el territori: Serveis de Farmàcia d'Atenció Primària, Hospitals o Centres Sociosanitaris, així com Oficines de Farmàcia.




 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

27

2. Proposta de model

Model de farmàcia

Funcionament del Model d'Atenció Farmacèutica centrada en la persona




 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària



28

2. Proposta de model

Model de farmàcia

I. Activitats de gestió i control del medicament i productes sanitaris.



2. Proposta de model

Model de farmàcia

II. Activitats clíniques i assistencials vinculades a la cadena terapèutica.



2. Proposta de model

Model de farmàcia



III. Activitats de gestió del coneixement.



Constitució i
seguiment de la
Comissió
Farmacoterapèutica



Formació



Resolució de
consultes
farmacoterapèutiques



Avaluació i
feedback de la
informació als
professionals



Elaboració de
documents



Recerca

2. Proposta de model

Model de farmàcia: Eines



El nou model de farmàcia es basarà en l'ús d'eines que en garanteixin l'assoliment dels objectius establerts. En aquest sentit, s'identifiquen les següents eines:

Eines de coneixement

- 1/** Guia farmacoterapèutica única per a Catalunya i Equivalents Terapèutics
- 2/** Guides d'administració de medicaments i PS
- 3/** Guia de prescripció adequada del medicament i PS
- 4/** Guia de conservació de l'estoc i dipòsit (Procés Normalitzat de Treball)
- 5/** Protocol de conciliació i revisió clínica centrada en la persona
- 6/** Pautas d'harmonització i posicionament de nous medicaments

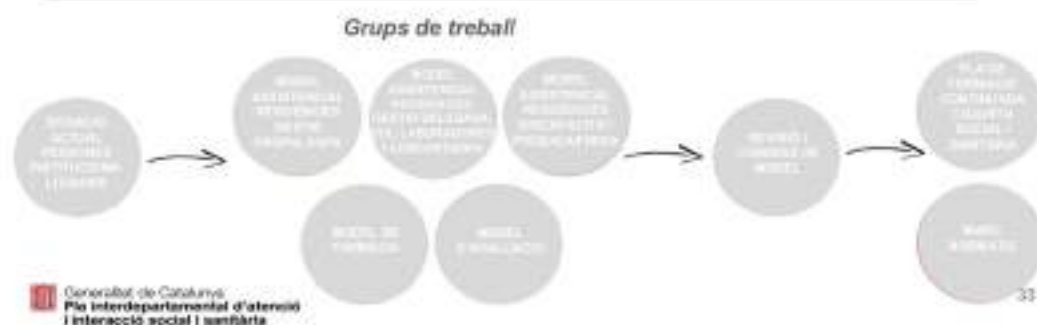
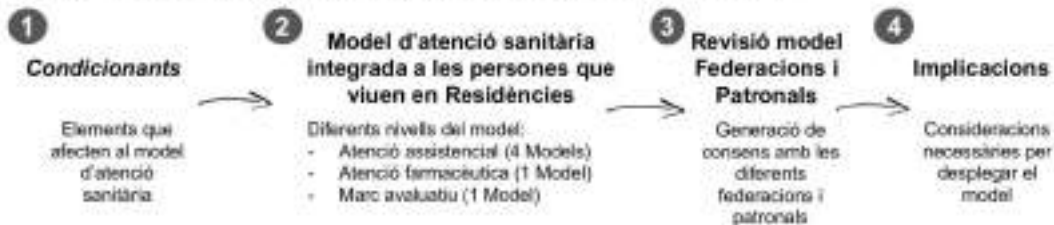
Eines informàtiques

- 7/** Eines integrades a la Història Clínica
- 8/** Quadre de Comandament

1. Organització del projecte

Grups de treball

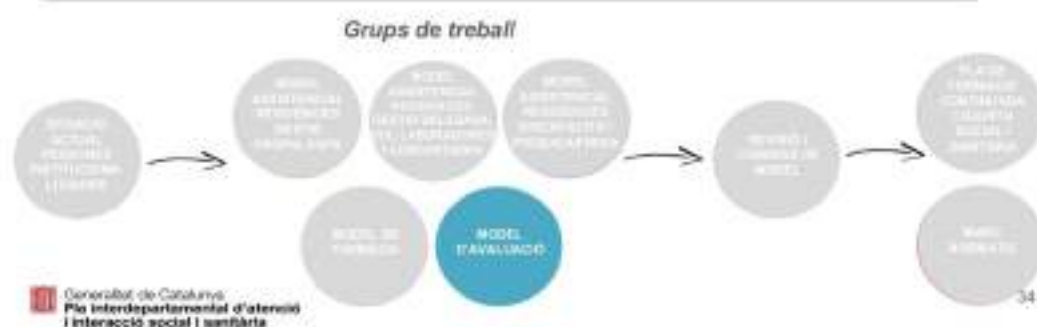
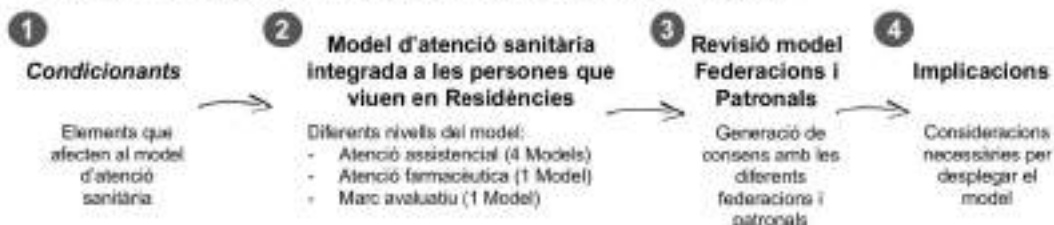
Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



1. Organització del projecte

Grups de treball

Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



2. Proposta de model

Sistemes d'avaluació existents en centres residencials



- 1 IQPF – Àrea del medicament (CatSalut)
- 2 Central de Resultats Departament de Salut (Àmbit sociosanitari-CatSalut)
- 3 Indicadors Geriàtrics (ICS-Salut)
- 4 Serveis residencials assistits per a gent gran (Acció Social i Ciutadana-FAD)
- 5 Indicadors de les residències (ISO) (DGPS-TASF)
- 6 Indicadors Acta d'Inspecció a les residències (DGPS-TASF)



Des de diferents perspectives es monitoritzen les mateixes dades i no es té una visió comú i global (150 indicadors diferents aproximadament)

2. Proposta de model

Model d'avaluació: Metodologia utilitzada



S'ha utilitzat una metodologia que ha implicat a 13 professionals de diferents perspectives, tant de Salut com Social, amb una alta expertesa en l'avaluació de models, indicadors i anàlisi de resultats:



3. Revisió i creació de consens al voltant del model acordat amb participació de Federacions i Patronals

A continuació es descriuen algunes fites de la Jornada Específica Febrer 2018:

Respecte a les preguntes enviades amb anterioritat a la jornada quin tipus de metge tenir al centre residencial?

Metge de residència – no treballador de SISCAT ACAD 10% CSC 40% FEATE 62,5% GERICAT 20% (aprox) UNIO 51% UPIMIR 60%	Equip Atenció residencial com a substitut de l'Equip d'Atenció Primària UNIO 7% FEATE 12,5%
Metge treballador de SISCAT que fora d'honorari laboral exerceix com a metge de residència ACAD 50% CSC 40% FEATE 12,5% GERICAT 40% UNIO 29% UPIMIR 40% ?	Conveni centre residencial amb proveïdor SISCAT que té EAP més proper al centre ACAD 40% CSC 20% FEATE 12,5% UNIO 8%

3. Revisió i creació de consens al voltant del model acordat amb participació de Federacions i Patronals

A continuació es descriuen algunes fites de la Jornada Específica Febrer 2018:

Es en l'actualitat suficient el nombre d'hores de professionals als centres residencials per atendre la complexitat o situació de salut de les persones institucionalitzades grup a grup professional (M/INF/TO/FST)?

Tipus professional sanitari (segons tipologies LOPS)	Necessitat increment hores respecte situació actual	Risc Baix	Risc Mig	Risc Alt
 Metge/ssa	↑↑↑	0	10	10
 Infermer/a	↑↑↑	37	60	70
 T. Ocupacional	↑	0	5	17/9*
 Fisioterapeuta	↑	17	35/20*	35/15*
 Psicòleg/oga	↑	0	17/10*	17/10*

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.

3. Revisió i creació de consens al voltant del model acordat amb participació de Federacions i Patronals

A continuació es descriuen algunes fites de la Jornada Específica Febrer 2018:

Sistema Informació	Nº total centres	%
Resiplus	109	34,3
Aegerus	119	37,4
Gavin	4	1,25
GDR	7	2,2
Gowin	5	1,57
Grosalus	1	0,3
SAP-MED	1	0,3
Ningún	7	2,2
Altres	50	15,72

**MOSTRA 381
CENTRES
(17% DEL
TOTAL)**

3. Revisió i creació de consens al voltant del model acordat amb participació de Federacions i Patronals

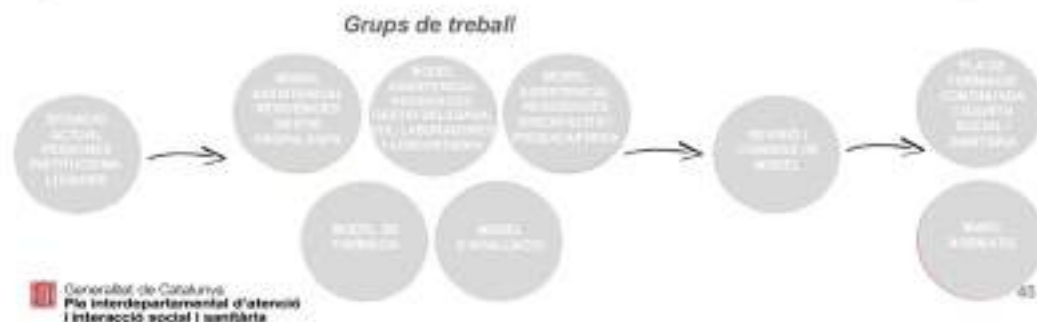
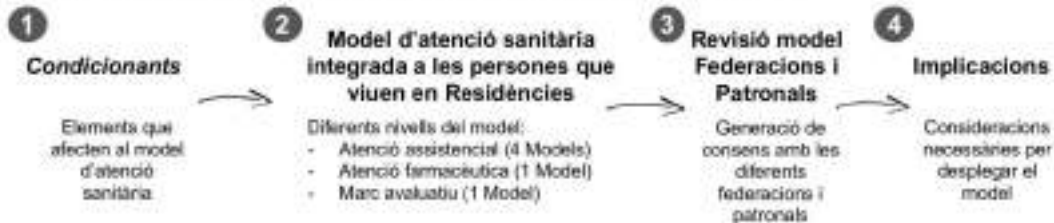
Documentació a revisar data límit 3 d'Abril



1. Organització del projecte

Grups de treball

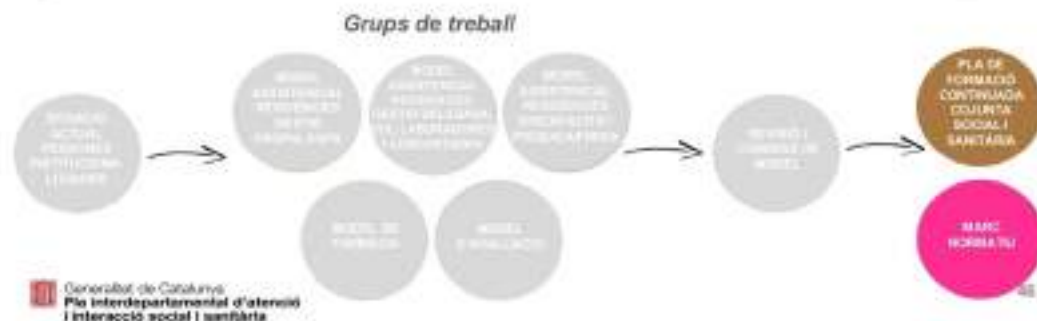
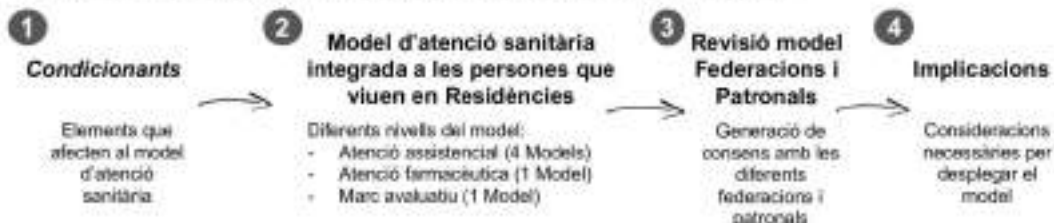
Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



1. Organització del projecte

Grups de treball

Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



4. Marc Normatiu i Pla de formació als professionals

Elements necessaris per poder portar a la pràctica el model desenvolupat i acordat.

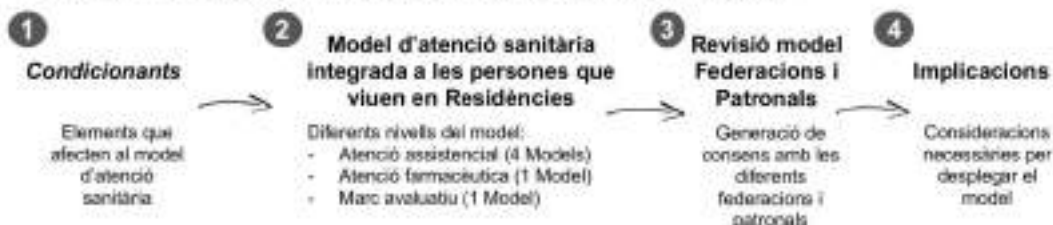
-  **Revisió del marc normatiu actual i elaboració de nou marc orientat a donar resposta i cobertura al model consensuat.**
-  **Elaboració del pla de desplegament del projecte a nivell territorial en base a les XAP de l'ENAPISC**
-  **Elaborar Pla de comunicació del model**
-  **Establir els mecanismes de comissions a nivell micro/meso/macro necessàries per garantir el correcte desenvolupament del model.**
-  **Desenvolupar el Pla formatiu per als professionals de l'àmbit salut i social al voltant de les necessitats d'atenció derivades del model a implantar.**

Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

47

1. Organització del projecte Grups de treball

Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar tres dimensions



Grups de treball



Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

48



Generalitat de Catalunya
**Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària**

MOLTES GRÀCIES

10.5.2 Pilot assistencial a les residències de gent gran a Barcelona

Model AR PIAISS Aplicació BCN

Model assistencial als residents*

Sistema de relacions, elements nuclears

Principals intencions aconseguides

La definició del nou model d'atenció a les persones preten resoldre els punts crítics que s'han observat en la situació actual, assolint, entre d'altres, les següents intencions:

-  Assistència sanitària integrada liderada pel l'equip d'Atenció Primària, oferint una atenció centrada en la persona més propera, equitativa i segura, que garanteixi de forma longitudinal la qualitat del servei i el continuïtat assistencial en la prestació sanitària a les persones que viuen en residències.
-  Desenvolupament estratègic d'un model d'atenció sanitària integrada acordada pel Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
-  Identificació de responsabilitats, clonats i sistema de relació entre els diferents actors implicats en l'atenció de les persones que viuen en residències.

*persones que viuen en centres residencials


 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció
 i interacció social i sanitària



Context BCN



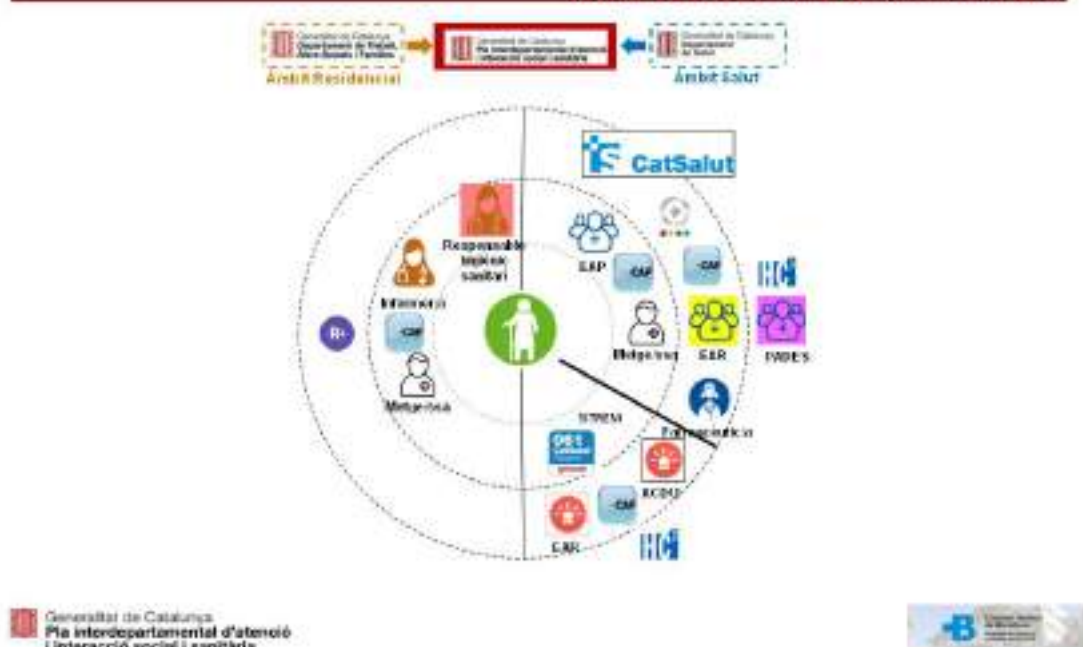

 Generalitat de Catalunya
 Pla interdepartamental d'atenció
 i interacció social i sanitària



Mapa i xarxa d'agents RG global



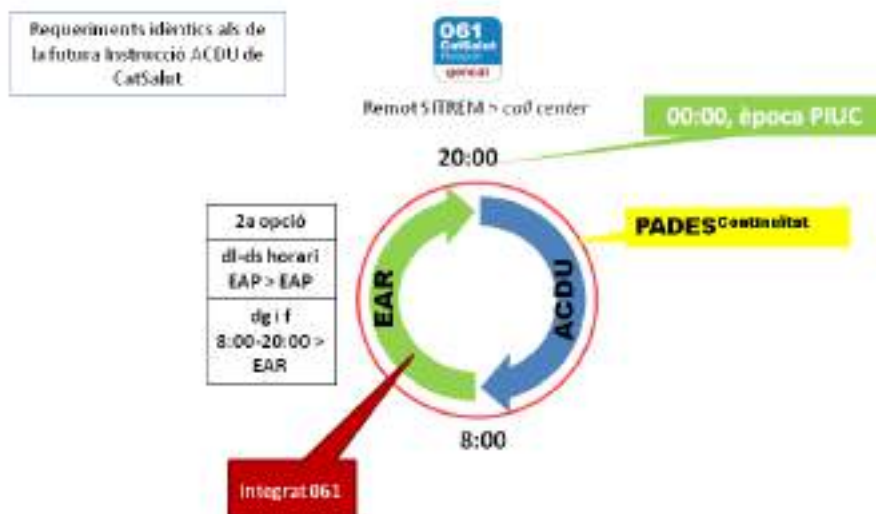
Mapa de Sistemes d'informació RG



MODEL 4.- Intensitat d'Atenció

Intensitat d'Atenció basada en les dades ATDOMICS (visites), 2016 Font: PIASS			Visites de continuïtat després de cada episodi de transferència a: especialitzada / infermeria...			Visites mínimes anuals de la Cartera especialitzada.				
	Presencial	Telefònica	Vià telef.	Ingress a Especialitzada o Infermeria	Atenció a Urgències / CUAP sense ingress	Atenció ACUD sense derivació		A l'ingrés	A la visita de rutina	Tarifes completes
Mèdica	3	4	Adesenda	+1	+1			1	2	Adesenda
Infermeria	9	2		+1		+1		1	4	
Termini			24-48 hores							

MODEL 5.-Atenció continuada *in situ*. Urgències de baixa i mitjana complexitat.



EXPERIÈNCIA.- Mòdul sanitari RG Collserola

MODEL 6.- Pla de contingència PIUC

Es una situació regular, esperable i anticipable.



Convertir estades sociosanitàries en estades residencials temporals i/o definitives.

MODEL 7.- Transició.

Xarxa territorial entorn del
resident

Redefinició de les relacions assistencials territorials

- RG > EAR > EAP
- Fa EAR > Fa EAP
- EAR bàsic > SUH < EAP
- EAR bàsic > CUAP < EAP
- EAR bàsic > PADES < EAP
- EAR bàsic > HaD < EAP, EAR especialitzada
- O61 > EAR < EAP
- EAR continuïtat > O61 < ACDU
- O61 > ACDU < EAR especialitzada

A.- RG de titularitat municipal



Residències per a gent gran

1. Residència Francesc Layret. Gran Via de les Corts Catalanes, 477 (63 places)
2. Residència Parc del Guinardó. Garriga i Roca, 62-64 (45 places)
3. Residència Josep Miracle. Pl. Bonet i Moixi, 1 (50 places)
4. Residència Fort Pienc. Sardenya, 139-147 (137 places)

UNITATS DE CONVIVÈNCIA

B.-RG de DTASIF

Residències de Barcelona ciutat de titularitat pròpia DTASIF (Font DTASIF)

Àmbit ICS amb gestió EAR -MUTUAM-

Orde	Orde	Nom de l'establiment, Residència	Codi IF	Plaça dels Segles	2º Cal·lador Residència	Orde de prioritat	AI	AB	JP DP	nom ICS
To Fare										
Directa	Equip Social	ELAB, LONJA	P1779	88	20034	Equip Social	BCN Llonja Ma	TO	00440	Elaboració
Directa	ICASS	GRACIA	P1790	88	20039	Directa	BCN Gracia	88	00400	Plaça de Gràcia
Indirecta	ARMAR	HORTA	P11040	70	20411	Equip Social	BCN Hortes	78	00470	La Fàbrica
Indirecta	Equip Social	LA TRINCAT	P12376	88	20716	Equip Social	BCN Hortes	8	00401	La Trinitat
Indirecta	MUTUAM	MERCAT DEL QUARRO	P12059	88	7909	Equip Social	BCN Hortes	70	00401	Supermercat
Indirecta	EL VITOL	LES CORTS	P12805	88	20729	Les Cortes	BCN Hortes	88	00374	Les Cortes
Indirecta	MUTUAM	FONTPLOREDA	P18878	88	4040	Equip Social	BCN Hortes	84	00380	La Marina
Indirecta	Fundació Social	LA VERDEJA	P12340	88	20032	Equip Social	BCN Llonja Ma	88	00400	Plaça de la Vergeja
647										
To Fare										
Indirecta	PPR LLODA	VALLERDA	P17204	88	3408	Equip Social	BCN Hortes	84	00400	Plaça de la Vergeja
Indirecta	LLODA	LA SARDANA	P18224	88	4014	Equip Social	BCN Hortes	84	00400	Plaça de la Vergeja
Indirecta	PPR LLODA	LA SARDANA	P17840	78	20030	Equip Social	BCN Llonja Ma	88	00400	Plaça de la Vergeja
260										

Annex 10.7 SC1 Subcomissió d'organització de la informació a la ciutadania en matèria de dependència

- o Components de la comissió: CSSBCN i DTASF.
(Sergi Guiral. Cecília Fàbregues, Marga González)
Procés participatiu previ. En la proposta de contingut han participat referents comunitàries, caps d'atenció a persones dels serveis territorials i personal tècnic.
- o També s'ha demanat opinió a professionals externs al circuit de dependència per validar el document.
- o Última reunió 4/3/2019.
- o Proposta:
 - 1. **Guia informativa de circuit, tramitació i recursos per a persones amb dependència.** (format paper)
 - o Tríptic.
 - o Disponible en àrees de salut i centres de serveis socials i oficines d'atenció a la ciutadania i ens locals.
 - o Principalment l'objectiu és que la valoradora entregui a la persona que ha sol·licitat el reconeixement del grau de dependència, quan la va a valorar en el seu domicili habitual, per què conegui **passos després de la valoració, terminis, referents i recursos.**
 - 2. **Guia informativa de circuit, tramitació i recursos per a persones amb dependència.** (format digital)
 - o Disponible l'accés en webs (les màximes de tots els sectors) amb vinculació a la documentació necessària.
 - 3. **Vídeo informatiu de circuit, tramitació i recursos per a persones amb dependència.**
 - o Disponible l'accés en webs, i via xarxes socials oficials.
 - o Campanya de difusió per part de totes les parts implicades.

Subvenciona les despeses derivades la Generalitat de Catalunya a través de la Subdirecció de Promoció d'Autonomia Personal del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. També se n'ocupen de l'edició, impressió i distribució del material.

Annex 10.8 SC2. Subcomissió de treball del mapa de recursos especialitzats de Barcelona

- o Components de la comissió: CSSBCN i AJUNTAMENT DE BARCELONA.
(Pep Gómez, Ramon Pablo i Marga González)
- o Última reunió 5/3/2019 .
- o Proposta: Un aplicatiu de consulta interactiu obert a la població instal·lat a la web del CSSBCN amb continguts:

1. Mapa de recursos de Barcelona d'atenció diürna i atenció de 24 hores per a persones majors de 65 anys.

- o Residències i centres de dia.
- o Informació d'accés.
- o Persones en espera (ubicació i nombre)
- o Temps d'espera segons la data de la primera persona en espera.
- o Suport sanitari

2. Mapa de recursos de Barcelona d'atenció diürna i atenció de 24 hores per a persones amb discapacitat.

- o Residències i centres de dia
- o Informació d'accés

3. Mapa de recursos de Barcelona per a persones amb malaltia mental.

- o Residències i llars residències.
- o Informació d'accés.
- o Recursos de seguiment de Salut (CSMA)

4. Mapa de recursos de Salut

- o ABS
- o Sociosanitaris de Barcelona
- o EARS
- o Hospitals de referència

Dos objectius principals:

- Que l'usuari pugui fer cerca per tipologia de centre i ubicació dins els diferents districtes i barris de la ciutat i disposi de la informació bàsica d'accés a cada un d'ells.
- Que els professionals puguin fer consulta per informar i orientar en tot moment d'acord als interessos de la ciutadania susceptible d'accedir a un d'aquest recursos.

Subvenciona les despeses derivades, l'Ajuntament de Barcelona. També se n'ocuparà de l'actualització mensual dels mapes amb les dades aportades pel CSSBCN procedents dels aplicatius de les places públiques de la Generalitat.

Annex 10.9 SC3. Instruccions 3/2017 per la gestió i aplicació de les disposicions normatives derivades de la Llei 39/2006/, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

En la subcomissió SC3 es va utilitzar la informació que es presenta a continuació del document d'instruccions per l'accés a residència i circuits d'excepcionalitat existents.

 **Generalitat de Catalunya**
Departament de Treball, Afers Socials
i Famílies
**Direcció General
de Protecció Social**

RNA 880049008
Versió 1-AA

Instruccions 3/2017 per a la gestió i aplicació de les disposicions normatives derivades de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

 **Consorci
de Serveis Socials
de Barcelona**
Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona

**1. CRITERIS D'AGILITZACIÓ DE PRIORITZACIÓ DE VALORACIÓ DE
DEPENDÈNCIA (pàg. 18/94)**

s'haurà d'enviar al Servei de Valoracions a través del registre per a la seva incorporació a l'expedient.

INADMISSIÓ: si en el moment de realitzar la citació la persona es troba ingressada a l'hospital o està en un procés de recuperació o de rehabilitació, caldrà esbrinar la data prevista de l'alta i la possible evolució de la situació de salut. Si la plena recuperació es preveu per abans de 3 mesos (1 mes en el cas de revisions d'ofici per discapacitat), es pot fer la programació per llavors. Però, si la recuperació es preveu més llarga, caldrà informar a la persona que s'iniciarà un procediment d'inadmissió a tràmit de la valoració i que haurà de fer nova sol·licitud de revisió en el moment que es trobi plenament recuperada.

CANVI DE DOMICILI / L'ADREÇA ES ERRÒNIA: si la persona comunica una nova adreça que no correspon a l'àrea d'influència del SEVAD, s'haurà de deixar constància d'aquest fet a l'apartat "incidències" del PDF de la valoració i retornar-ho per valisa al Servei de Valoracions per a la seva gestió. Se li haurà d'informar a la persona que si no ho ha fet, caldrà que informi per escrit d'aquest canvi al Servei de Valoracions.

DEFUNCIÓ: quan s'informa de la defunció de la persona a valorar s'haurà de deixar constància d'aquest fet a l'apartat "incidències" del PDF de la valoració i retornar-ho per valisa al Servei de Valoracions per a la seva gestió.

ERROR EN EL TRAM D'EDAT ASSIGNAT: quan el tram d'edat del PDF de la valoració no es correspon amb l'edat de la persona a valorar s'haurà de deixar constància d'aquest fet a l'apartat "incidències" del PDF de la valoració i retornar-ho per valisa al Servei de Valoracions per a la seva gestió.

3.4 Criteris de prioritització de les valoracions de dependència

L'article 71.2 de la Llei 39/2015 disposa que, en el despatx dels expedients, s'ha de mantenir l'ordre rigorós d'incidència en afers de naturalesa homogènia, llevat que el titular de la unitat administrativa doni una ordre motivada en contra, de la qual quedi constància.

Només en casos particulars molt excepcionals i degudament justificats, el SEVAD rebrà indicacions de prioritització de la valoració. Els supòsits són:

- Persones amb revisions d'ofici per provisionalitat, especialment les dels menors de 18 anys.
- Persones que hagin fet sol·licitud per accedir a programes que per convocatòria tinguin un temps de termini de presentació de sol·licitud i que en el tràmit calgui tenir resolta la valoració de dependència. Per exemple: les persones sol·licitants del Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar, habitatge SM, etc.
- Persones per valorar necessitat de tercera persona arran d'una sol·licitud de valoració de la discapacitat.
- Persones incloses en programes, circuits o protocols de treball conjunt entre el Servei de Valoracions i altres organismes (PADES, Programa del Pacient Crònic Complex, DGAIA, Presons, SAUV...).
- Persones en què el tràmit de gestió de l'expedient s'hagi endarrerit per causes no imputables a la persona sol·licitant.
- Persones en situació social greu, a petició feta per escrit del·la professional de treball social consultador del cas.

- Persones en situació de malaltia greu, degenerativa o d'evolució ràpida, a petició feta per escrit de/la professional de treball social o sanitari coneixedor del cas.

La petició de prioritització es farà mitjançant informe elaborat per la professional de serveis socials bàsics, degudament registrat.

Les demandes de prioritització de valoració de persones que es trobin en algun dels supòsits anteriors arribaran al SEVAD a través del Servei de Valoracions o del cap de Servei d'Atenció a les Persones del ST corresponent, tenint en compte que, prèviament, hauran rebut per escrit la demanda per part de/la professional coneixedora del cas en els supòsits reflectits als punts 5 i 6. Per tant no s'admetran demandes de priorititzacions d'expedients d'organismes o persones que no pertanyin a aquests organismes.

3.5 Valoració

L'equip de valoració valorarà la situació de dependència, d'acord amb:

- Els Barems de la valoració de dependència.
- Les característiques comunes d'organització i procediment dictades pel Consell Territorial del SAAD, quan siguin aprovades i entrin en vigor.
- El conveni respecte entre les entitats col·laboradores i el Departament.
- La legislació de procediment administratiu.

3.5.1 Estructura amb graus

La valoració s'estructura amb tres graus: Grau III, Grau II i Grau I. Les persones que ja tinguin reconegut grau i nivell de dependència amb anterioritat, mantindran el grau i nivell que tinguin inicialment. En cas de sol·licitar una revisió de grau, la valoració s'adaptarà a la nova estructura.

3.5.2 Data caducitat de la valoració

El SEVAD concertarà entrevista amb la persona sol·licitant de valoració mitjançant trucada telefònica. Si no es pot realitzar aquest contacte, s'enviarà correu certificat. Si correu retorna aquesta comunicació, la data d'efecte de la caducitat és la que posa el carter a la targeta de correu (justificant de recepció). En cas que el carter hagi posat dues dates, perquè hi ha anat dues vegades, s'agafarà l'última que consti a la targeta.

En cas que no es pugui realitzar la valoració per causa imputable a la persona, el grau resol anteriorment quedarà sense efecte i se li extingiran les prestacions que pugui estar gaudint.

L'actuació d'extinció la gestiona el ST corresponent, així com el CSS BCN d'ofici, tot informant a la persona usuària, i posant-ho en coneixement dels referents comunitaris per què ho traslladin als ESSB.

3.6 Revisió de grau

- a) El termini per a presentar una sol·licitud de revisió de grau serà posterior als sis mesos des de la data de la resolució inicial o de la resolució de la revisió de grau anterior, excepte en els casos

CRITERIS DE PRIORITZACIÓ DE LES VALORACIONS DE GRAU DE DISCAPACITAT

L'article 71 de la Llei 39/2015 disposa que en el despatx dels expedients es guardarà l'ordre rigorós d'incidència en assumptes de naturalesa homogènia, llevat que el titular de la unitat administrativa doni ordre motivada, de la qual n'ha de quedar constància.

Així, les sol·licituds es resolen per rigorós ordre de recepció i, només en casos particulars molt excepcionals i degudament justificats, els Centres d'Atenció a Persones amb Discapacitat poden prioritzar les següents demandes de valoració, o revisió, de grau associades a les següents situacions:

- Pensió no Contributiva d'Invalidesa.
- Prestació social de caràcter econòmic de dret de concurrència d'atenció social a les persones amb discapacitat (PUA).
- Ajuts de suport a l'autonomia de la pròpia llar.
- Oferta laboral ferma (integració empresa amb el Certificat).
- Dictamen vinculant d'oposició.
- Persones incloses a la xarxa sense sostre.
- Demanda social greu.
- Ingress a Residència per situació social greu o malaltia greu, pel que fa a la valoració i l'orientació.
- Malalties degeneratives molt greus.
- Persones ateses per PADES.
- Targeta Aparcament Provisional.
- Infants i adolescents provinents de recurs de la DGAIA, segons circuit establert.
- Matriculació d'Universitat.
- Escola i llar bressol ordinària.

No seran prioritàries les sol·licituds de valoració motivades per:

- Desgravació fiscal en la declaració de l'IRPF.
La data d'efectes del reconeixement del grau de discapacitat és la de la data de sol·licitud i si cal el contribuent un cop certificat el seu grau de discapacitat pot sol·licitar la declaració complementària corresponent.
- Selectivitat.

Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials
i Famílies
Direcció General
de Protecció Social

REF: 0000000000
Versió 1-AA

- **Escola d'educació especial**
La decisió d'entrar a una escola d'educació especial correspon a l'Equip d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) de la zona.
- **Barem mobilitat**
- **Convocatòries d'adjudicació de pisos**

Revisió Direcció CADs: 13/07/2017

Barcelona, 10 d'octubre de 2017



Cecília Fàbregues i Arbués
Cap del Servei de Valoracions
Subdirecció General d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal

2. ÀMBIT RESIDENCIAL

2.1. PRIORITZACIÓ D'ACCÉS (pàg. 65/94)

ÀMBIT RESIDENCIAL I CENTRES D'ATENCIÓ DIURNA

17 PROCEDIMENT D'ACCÉS A LES PLACES DE GENT GRAN DE LA XARXA PÚBLICA DE SERVEIS SOCIALS. DRET A ESCOLLIR

Per tal de donar compliment als objectius de la Llei de serveis socials en relació a consolidar una xarxa pública de serveis socials, pel que fa a la realització del PIA, es consideraran les places col·laboradores com a places de serveis (en els centres de gent gran), i el càlcul de l'aportació econòmica de la persona amb dependència es farà com a servei.

Amb aquesta finalitat s'entendrà que formen la xarxa pública de serveis socials els centres propis, els concertats o els que tenen conveni vigent de col·laboració i centres amb subvenció.

En els casos de persones ja ateses en establiments del Sistema Català de Serveis Socials, es farà PIA de continuïtat com a servei, d'acord amb desplegament de la Llei 39/2006.

L'objecte d'aquest apartat és el procediment per a l'accés de persones amb reconeixement de dependència (Grau III o Grau II) en el cas que el PIA determini la possibilitat d'ingrés en una plaça de residència per a gent gran de la xarxa pública de serveis socials (centres propis, concertats i col·laboradors) o de continuar ingressat, en el cas que ja ho estigui. També és d'aplicació per a l'accés a centre de dia, per a tots els graus.

Per a accedir a una plaça pública de residència o centre de dia es pot fer mitjançant la llista d'accés, per tant cal estar apuntat prèviament en la llista dels centres que la persona triï. També es pot accedir per ingrés directe, si el centre disposa de places públiques vacants.

Per poder apuntar-se en llista d'accés caldrà que la persona estigui valorada per dependència i que el grau atorgat sigui de grau I per a centre de dia, i de grau II o III per a residència. Per tant, quan la persona disposi de la resolució de grau ja es podrà apuntar en llista. Serà al moment en que l'expedient es trobarà en Fase 50, a SIDEPI.

En cas que la persona debi de complir els requisits de grau necessaris per estar en llista d'accés, se la donarà de baixa automàticament.

La persona haurà d'anar directament a les residències o centres de dia elegits a donar-se d'alta fins a un màxim de 3 establiments entre els dos recursos (residència i/o centre de dia).

Si una persona vol modificar un dels centres on està apuntada, pot fer-ho avisant al mateix centre i exposant que vol un canvi de llista (motiu 39 de la Web).

En el cas que avisi a la persona per ingressar i vulgui desistir o renunciar de fer-ho (motiu 03 de la Web), passarà a quedar-se en llista només d'un centre. Si és del mateix centre on desisteix ingressar, quedarà en l'última posició de la llista, i si prefereix triar-ne un altre on estigui apuntada quedarà en la mateixa posició on estigui.

Cal diferenciar el criteri en el cas de centre de dia i residència, ja que si renuncia a l'ingrés de centre de dia podrà restar en llista d'un altre centre de dia i de fins a dos residències. Quan una persona renuncia o ingressa en un centre de dia, en cas que vulgui romandre en les llistes d'accés a residència haurà de fer petició expressa.

En el cas que renunciï, des del centre li facilitaran el document de renúncia que haurà de signar, i del qual el centre haurà de trametre'n un exemplar al Consorci de Serveis Socials de Barcelona, o als Serveis Territorials corresponents.



Hi ha diversos casos justificats que poden alterar l'ordre d'ingrés en residències i centres de dia (tant de gent gran com de persones amb discapacitat). En aquests casos, degudament justificats per raons de necessitat o altres circumstàncies estaran supervisats i autoritzats pel cap del SAP corresponent. Alguns exemples són: per motiu d'ordre o demanda judicial, per informe d'urgència social, per re-agrupament familiar de primer o segon grau en cas que, aquest, estigui justificat com pot ser l'ingrés simultani d'un matrimoni, etc.

El centre, si té disponibilitat de places amb finançament públic, activarà l'ingrés per la web de centres i lliurarà el document d'ingrés, que facilitarà la web, a la professional de referència per al lliurament de PIA.

La llista d'accés pot incloure:

- Persones del llistat històric (ARP) que s'haguessin incorporat a la llista.
- Persones que s'hagin incorporat a la llista d'accés com a conseqüència de la resolució de grau o de l'elaboració del PIA.
- Persones que estiguin pendents d'un trasllat des d'un altre centre de la xarxa pública i, per tant, ja haurien formalitzat el seu ingrés en el centre de proveniència. En aquest cas es reconeixerà com a data d'incorporació a la llista, la data de formalització de la petició de trasllat si es fa aquesta informació en el moment de fer l'ingrés al centre, sinó la persona usuària haurà d'anar al centre en el qual vol incorporar-se a la llista d'accés, i constarà la data del dia que es faci aquesta gestió.

En cas de plaça de servei, l'import del pagament d'aquesta plaça serà el que resulti de la calculadora per a servei i la data d'efectes serà la data d'inici de servei gestionada per la web de residències.

Quan es requereixi documentació econòmica a la persona ingressada en centre residencial i aquesta no sigui presentada, si la persona està gaudint d'una plaça de prestació econòmica vinculada a residència (PEV) perdrà la prestació. En el cas que estigui ingressada en plaça de servei, passarà a pagar l'import màxim establert com a cost de referència.

En cas que la persona quedi en llista d'accés, té dret a altres recursos alternatius del PIA.

En cas que no hi hagi disponibilitat de places de servei, l'usuari podrà optar per ingressar en una plaça en prestació econòmica vinculada a servei de residència o centre de dia.

El centre ha de tramitar l'ingrés de la persona usuària per la web de centres fent constar la data d'ingrés. La web ha d'emetre el document d'ingrés, que el centre facilitarà a la persona per a la realització de l'acord PIA de Prestació Vinculada a Servei (residència o centre de dia).

Quan una persona en plaça de servei es trasllaci a un altre centre, també en plaça de servei, cal tenir en compte que el centre receptor, al donar d'alta la persona és qui activarà la baixa de la persona del centre de procedència, respectant sempre com a data d'alta i efectes de nòmina el dia següent al que s'efectua el trasllat.

En cas de trasllat de centre no s'ha de fer una modificació de l'acord PIA. Els ST gestionaran el trasllat de centre fent el canvi de codi de centre i posant la data d'efectes en el SI DEP, sempre i quan no sigui un canvi de recurs (de centre de dia a residència, o bé de prestació vinculada a plaça de servei), ja que en aquest cas no és un trasllat (motiu 02 de la Web), sinó una baixa voluntària (motiu 25 de la Web).

La renúncia de plaça pública residencial o de centre de dia per retorn a domicili, i posterior demanda per percebre la prestació de cuidador no professional, requerirà l'autorització del cap del SAP, prèvia sol·licitud motivada per part de la persona interessada o representant legal, així com informe emès pel·ler la treballadora social de l'Equip de Serveis Socials Bàsics (ESSB).

En relació a la prioritització en l'accés a recurs residencial de gent gran caldrà la presentació de l'informe social establert a aquests efectes (veure document annex 3).

Pel que fa referència als centres de dia, d'atenció diürna per a gent gran l'Equip de Serveis Socials Bàsics (ESSB), informará l'usuari i la família dels centres amb places públiques o acreditats del seu territori i els adreçarà al centre escollit per l'usuari i/o la seva família. En el cas de compatibilitzar aquest recurs amb una altra prestació, també informará i concretará amb l'usuari i la família, si s'escau, quin és el recurs principal, perquè puguin acordar amb el centre, els dies que hi assistirà i si serà en règim de mitja jornada o de jornada sencera pel que fa a les places públiques.

En el cas de centres de dia privats acreditats, la web només permet informar de les jornades (no dels dies).

17.1 Ingrés de la persona usuària en un centre de dia

El centre, si té disponibilitat de places públiques, activará l'ingrés per la web de residències i llurará el document de la web (full d'ingrés provisional) al·la la professional de referència pel tancament de PIA.

El centre, en cas de no disponibilitat de places, inscriurà a la persona a la llista d'accés per la web i li donará el corresponent justificant (document de la web). Si té disponibilitat de places privades acreditades i l'usuari hi està interessat a ingressar, activará l'ingrés per la web i li facilitarà el full "C" com a justificant d'ingrés per la realització del PIA de PEV a servei de CD centre de dia.

El treball previ de la llista d'espera de centres de dia té una dificultat afegida a causa de les diferents jornades i/o intensitats que es poden oferir.

Previ a l'ofertament de la vacant cal valorar si cap dels usuaris ingressats vol modificar i/o ampliar la jornada. Si no hi ha cap persona interessada passem a treballar la llista d'accés.

El centre acreditará que les persones situades en places anteriors de la llista d'accés, a la persona que opta per ingressar, han estat degudament informades.

Tot i que, en un primer moment, l'ingrés no sigui de la jornada desitjada, aquest forma part d'un procés d'adaptació al centre fins que el mateix disposi de la possibilitat d'ampliar la jornada.

2.2. EXEMPCIÓ D'EDAT (pàg. 73/94)

Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials
i Famílies
Direcció General
de Protecció Social

R/N: 800839000
Versió 1-00

Les sol·licituds seran valorades per la Secció de Valoració del Servei d'Atenció a les Persones (SAP) per gestionar l'expedient. Si es compleixen els requisits s'ensetrà resolució del dret d'accés informant que aquest es farà efectiu quan hi hagi disponibilitat. Aquesta sol·licitud quedarà activa en una base de dades i el SAP farà l'ingrés si hi ha plaça vacant. En cas contrari la sol·licitud es portarà davant de la Comissió Territorial d'accede a aquests serveis i aquesta en gestionarà la llista d'espera, seguint els criteris, objectius i discrecionalitat tècnica. Els resultats de la sessió quedaran recollits en l'acte corresponent.

El/la professional encarregada de fer el PIA serà el/la treballador/a social de la Xarxa de Salut Mental o bé el/la treballador/a social de la llar-residència, en cas que la persona estigui ingressada.

19.5 Accés a places amb suport públic de llars estreta de Salut Mental

Es realitzarà el PIA de les persones dependents ingressades de forma continuada i sense previsió d'alta en aquest recurs públic.

El/la professional de treball social del centre psiquiàtric, en la persona competent per a la confecció del PIA en coordinació amb el/la referent comunitari/a del territori. L'informe social recollirà una síntesi de les característiques de la persona, la plaça que ocupa i les atencions que precisa.

En el full d'Acord es farà constar el codi del centre.

L'aportació de la persona, en aquest cas, seria "la mateixa" i la data d'efectivitat es fa corresponent a la data d'ingrés a la plaça de llarga estada. Si la data d'ingrés és anterior a la data de sol·licitud de la dependència, es farà constar la data de sol·licitud de dependència.

El/la professional de treball social del centre farà arribar el PIA, prèviament validat, pel/la referent comunitari/a, al registre del Servei Territorial corresponent.

20 EXEMPCIÓ DEL REQUISIT D'EDAT RESPECTE AL PROCEDIMENT D'ACCÉS ALS SERVEIS I PROGRAMES D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

20.1 Àmbit d'aplicació

L'exempció del requisit d'edat serà la que estableix la disposició addicional sisena, de la Carta de Serveis Socials 2010-2011 (Decret 142/2010, d'11 d'octubre), promoguda per la Llei 4/2017, de 28 de març, de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per l'any 2017.

Amb caràcter excepcional no es tindran en compte els límits d'edat de la població destinatària per accedir als serveis següents:

- Servei de centre de dia per a gent gran de caràcter temporal o permanent.
- Serveis de residència assistida per a gent gran de caràcter temporal o permanent.



En ambdós casos, la web només reconeix ingrés per excepcionalitat, no hi ha criteri de temporalitat.

- Serveis de centre residencial temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual.
- Servei de centre residencial temporal o permanent per a persones amb discapacitat física.

Aquesta excepcionalitat es podrà donar quan existeixi un informe tècnic justificatiu de la prescripció del servei a una determinat usuari/a.

20.2 Valoració

Els òrgans competents podran demanar els informes mèdics i socials necessaris que complementin la informació ja aportada en la sol·licitud.

A efectes de suport a l'òrgan competent, aquest podrà portar els expedients que consideri, per a la seva valoració, a la reunió de caps de serveis d'Atenció a les Persones, que coordina la persona titular de la Sub-direcció General d'Atenció a les Persones i Promoció de l'Autonomia Personal.

20.3 Criteris per a poder accedir a centres residencials i centres de dia, per a gent gran

20.3.1 Criteris per envelliment prematur:

- a) Persones amb edats entre 60 i 65 anys que per la seva situació social i de salut es trobin en un estat de necessitat assimilable a la gent gran.
- b) Persones amb edats entre 50 i 60 anys, se li reconeixerà l'excepcionalitat d'edat previ informe mèdic que ho acrediti, en cas d'envelliment prematur, demència precoç, persones amb malalties neurodegeneratives, discapacitat psíquica o persones amb malaltia mental severa i persistent, compensats clínicament i sense trastorns de comportament.

20.3.2 Criteris d'exclusió

- Predomini o exclusivitat de diagnòstic de patologia mental severa.
- Malalties mentals no estabilitzades farmacològicament.
- Trastorns de conducta amb agressivitat.
- Necessitats de cures amb tractament mèdic especialitzat.
- Necessitat de tractaments rehabilitadors.
- Conductes antisocials i abús de substàncies tòxiques.
- Risc de conductes lesives.



20.4 Criteris per a poder accedir a centres residencials per a persones amb greu discapacitat psíquica

20.4.1 Persones amb greu discapacitat psíquica entre 16 i 18 anys, quan:

- a) Hi hagi manca de context familiar.,
- b) La permanència en el nucli familiar suposi un risc greu per a algun dels seus membres.

Cadrà un Informe social, emès per l'Equip de Serveis Socials de Base referent (ESSB), l'orientació de l'Equip de Valoració i Orientació (EVO) del CAD i vistiplau del Cap del Servei del territori.

20.4.2 Criteris d'exclusió.

- Malalties mentals, quan sigui el diagnòstic principal
- Necessitats de cures amb tractament mèdic especialitzat
- Risc de conductes lesives
- Qualsevol patologia no compensada

20.5 Circuit d'exceptualitat

El personal de treball social dels serveis socials bàsics elaborarà un informe social on quedarà reflectits els motius d'exceptualitat i la idoneïtat del servei proposat. En cas de persones amb discapacitat, aquest informe estarà subejat a l'orientació del CAD.

Si es considera adient caldrà, també, afegir la informació sanitària necessària per poder determinar l'exceptualitat.

La documentació s'enviarà als ST corresponents per a la seva valoració.

Si s'accepta l'exceptualitat favorablement, cal definir dues possibles situacions:

- a) La persona ingressa ja que existeix una disponibilitat de places:
 - Es realitza l'acord PIA.
 - Es valida pels Serveis d'Atenció a les Persones.
- b) No hi ha disponibilitat de places:
 - El cap de servei inclourà a la persona a la llista d'espera corresponent.
 - Es realitzarà el PIA amb el recurs alternatiu, sempre que sigui possible, i en el moment d'ingressar es farà la modificació del PIA de servei.

Annex 10.10 Criteris d'accés a residències

Criteri de necessitat : Futura	
Aspectes que es tenen en compte	No té necessitat d'ingressar actualment, no en aquests moments, no en 1 any vista. - Alta de 1 a 3 residències per la persona. - Si varia la necessitat pot sol·licitar un canvi de llista de residència amb menys persones en espera o acudir al/la professional referent que valorarà la prioritat per fet precipitant i situació sobrevinguda.
Definicions Existents	Previsió a llarg termini
Aspectes a afegir	Petició per part del/la propi/a usuari/a familiar/tutor/a legal

Criteri de necessitat : Urgent	
Aspectes que es tenen en compte	Immediata : a) Pública: ordre judicial b) Privada : - a càrrec de la persona amb capacitat econòmica - SAUV = criteris Ajuntament de Barcelona
Definicions Existents	Urgència SAUV : situació donada per un succés precipitant amb consciència o no, expressada o no, per la persona afectada o per part de tercers o bé ser identificada pels professionals, i que requereix d'una atenció immediata i ineludible, sense la qual és previsible o raonable que es produeixi un deteriorament clar i important de la situació o un perjudici per a la persona afectada. Cal diferenciar urgència i emergència. SAUV Persona gran : - Sense suport familiar actiu que perd autonomia i esdevé dependent. - dependent que viu amb familiars cuidadors que no es poden fer càrrec - que perd autonomia i conviu amb altres persones sense vincle familiar en modalitat rellogat o similar - en situació de maltractament amb manca d'autonomia física o psicològica - amb problemes d'habitatge

	(estructural, insalubritat, desnonament) - sense sostre i amb problemes d'autonomia - 60-65 anys sense autonomia
Aspectes a afegir	cap

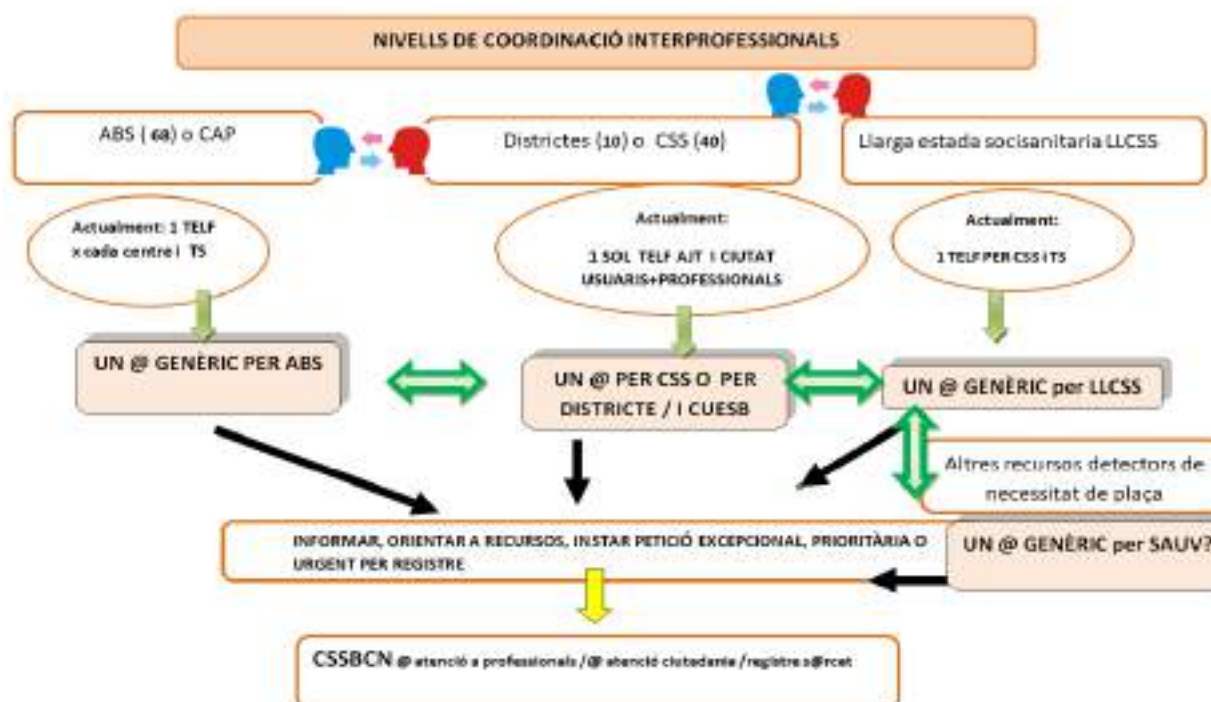
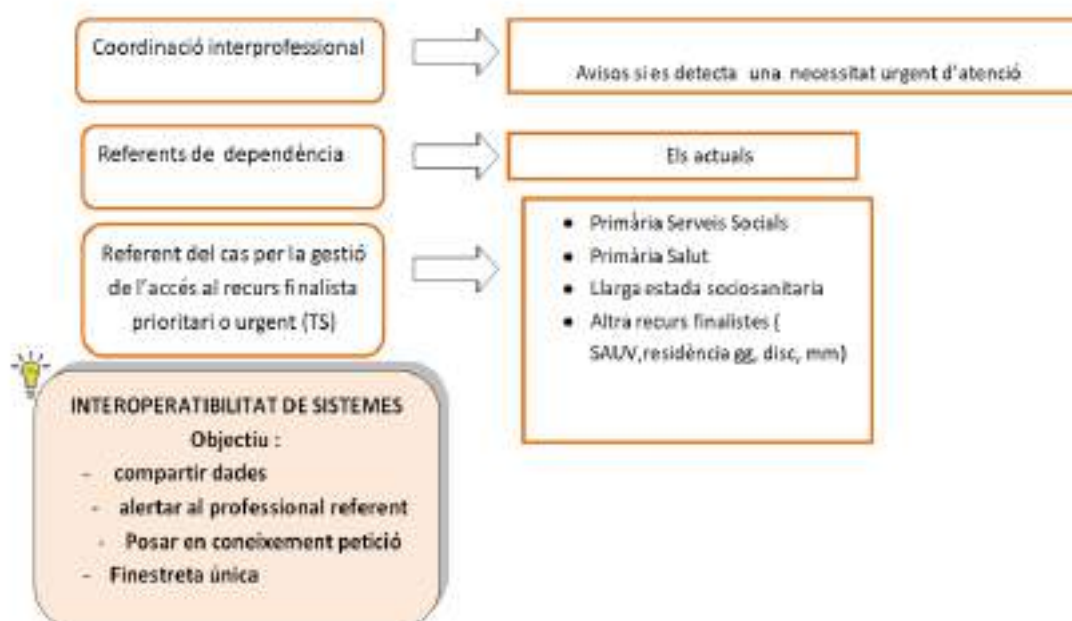
Criteri de necessitat : Prioritària	
Aspectes que es tenen en compte	- En el moment que quedi plaça disponible. - Alta en llista orientada per un/a professional TS. - Petició acompanyada d'informe social i informe mèdic per registre. En l'informe ha de constar que la persona estigui informada i consenteix en ingressar i la seva preferència de centre per ingressar o restar a l'espera. - Situacions que el/la professional referent valora prioritària. Es pot instar petició per avançar en llista d'espera. El/La professional referent pot ser de Primària de serveis socials, de Salut, de llarga estada sociosanitària o altres recursos especialitzats o residencials. - Identificació de la necessitat: a) quan s'entra al domicili prioritària. Es pot instar petició per avançar en llista d'espera. El/La professional referent pot ser de Primària de serveis socials, de Salut, de llarga estada sociosanitària o altres recursos especialitzats o residencials. - Identificació de la necessitat: a) quan s'entra al domicili b) al fer el PIA c) per demanda de la persona
Definicions Existents	Fet precipitant (SAUV) : fet greu, desencadenat que apareix en el cicle evolutiu de la persona gran de <u>manera sobtada</u> i acompanyat de manca d'autonomia física o psicològica o amb un deteriorament progressiu de la situació personal no recuperable, que l'impedeixi prosseguir la seva vida sense perill per a la seva integritat. Possibles successos precipitants: - sospita de maltractament - manca d'atenció adequada - claudicació o desaparició persona cuidadora. - pèrdua sobtada d'autonomia personal - problemes greus vinculats amb l'habitatge. <u>Qualsevol situació en la que la persona gran requereixi atenció continuada les 24h/dia</u> DTASF : Casos justificats que poden alterar l'ordre d'ingrés en residència i en centres de dia. Casos degudament justificats autoritzats pel cap del SAP corresponent : - Ordre o demanda judicial

	- Urgència social - Reagrupament de primer o segon grau en cas que estigui justificat Criteris de prioritització per situació vulnerable (qualsevol professional referent pot instar petició): - Desaparició sobtada cuidador/a - Manca cuidador/a principal per patologia diagnosticada - Persona en situació de sospita o constatació de descurança o maltractament - Pèrdua habitatge habitual o no disposar d'habitatge en condicions d'habitabilitat
Aspectes a afegir	- Claudicació del cuidador/a com a motiu explícit. Es detecta la claudicació del cuidador/a a través d'altres inputs (sobretot en l'entrevista). - Manca de capacitat econòmica per sufragar una plaça privada. - Dins sistema impossibilitat retorn a domicili(justificat) - Identificar el/la professional que fa la petició. - Detectar quan es vagi a domicili tot el que vagi més enllà de la valoració de la dependència - Persones majors de 65 anys

Annex 10.11 Nivells de coordinació interprofessionals

COMISSIÓ DE RESIDÈNCIES DE LA TÀULA D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA, SC3
 Circuit d'accés, atenció i seguiment de persones a residències

Circuit d'accés : ➡ L'actual amb correus de professionals referents territorialitzats per alertes.
 ➡ Documentació vigent i gestió per registre.



Annex 10.12 Escales de Valoració Sociofamiliars

Escales utilitzades a l'àmbit de salut			
Nom Escala	Descripció	Ítems	Interpretació/Valors
Escala de Gijón	Escala de valoració sociofamiliar que permet detectar situacions de risc social i/o problemàtiques socials.	5 àrees de valoració : 1. situació familiar 2. situació econòmica 3. habitatge 4. relacions socials 5. suport de la xarxa social	Resultats : - 0 a 9 : situació bona/acceptable - 10 a 14 existència de risc social - + de 15 vulnerabilitat-problema social
Escala de Zarit	Escala de mesura de la sobrecàrrega de la persona cuidadora.	22 ítems relacionats amb les sensacions del cuidador/a. (22 preguntes amb 5 possibles respostes).	Resultats : màxim 88 < 47: No sobrecàrrega 47 a 55: Sobrecàrrega lleu > 55 : Sobrecàrrega intensa
Escala de Zarit Reduïda (de cures paliatives)	Escala de mesura de la sobrecàrrega de la persona cuidadora (amb menys temps). Permet identificar la claudicació familiar.	7 ítems relacionats amb les sensacions del cuidador/a. (7 preguntes	

Escales utilitzades a l'àmbit social			
Nom Escala	Descripció	Ítems	Interpretació/Valors
Escala de Ris Social - TIRS	Permet realitzar una valoració de la situació social de la persona i detectar la presència de risc social	6 ítems amb resposta sí/no: 1. persona que viu sola o amb suport familiar limitat 2. relació familiar conflictiva 3. dificultat de la família per assumir l'atenció a la persona dependent 4. condicions d'higiene 5. habitatge inadequat 6. manca de recursos econòmics	1 indicador positiu = Risc social

Altres Escales validades	- Escala de Barber - Test de Duke-unk - Test Apgar familiar - Escala SAM de detecció de la claudicació familiar - Qüestionari MOS de recolzament social.
-------------------------------------	--

P 01_AC. ACOLLIDA. INICI DE L'ATENCIÓ A LA PERSONA USUÀRIA I LLUR FAMÍLIA O REFERENT SOCIAL

Annex 10.13 P02_Ac.Acollida.Inici de l'Atenció a la persona usuària i llur família o referent social

1. Control documental

CONTROL DE LES MODIFICACIONS. PART COMUNA		
Descripció	Nº Edició	Data
Edició inicial	1	Maig 2010

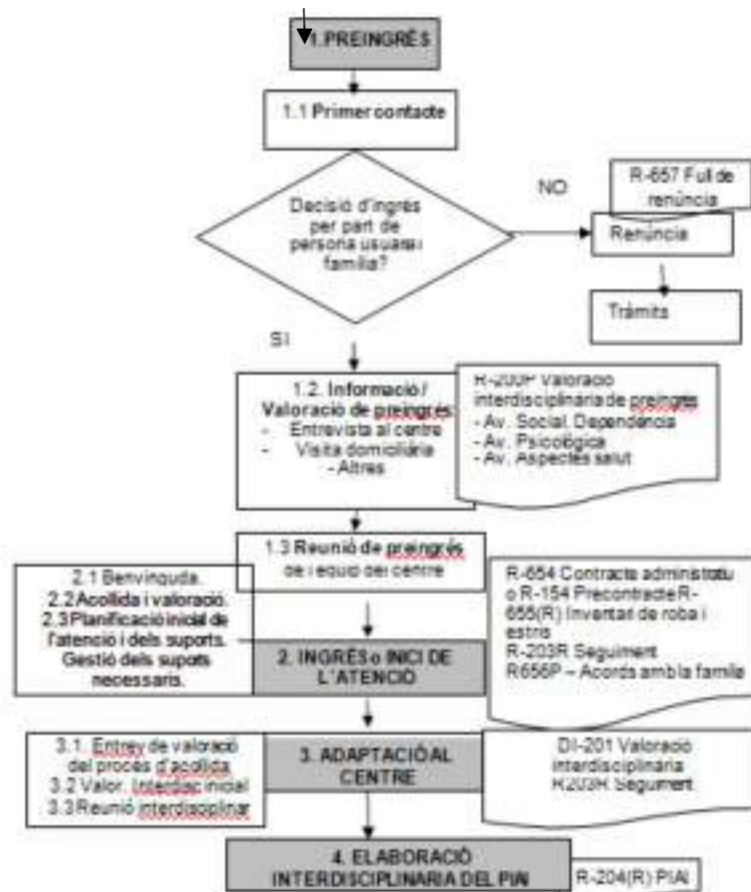
CONTROL DE LES MODIFICACIONS. PART ESPECÍFICA		
Descripció	Nº Edició	Data
Edició inicial	1.1	19/10/ 2011
Modificació de la edició inicial	1.2	10/10/2012
Modificació de la edició inicial	1.3	26/06/2013
Modificació de la edició inicial	1.4	19/05/2014
Actualització	1.5	15/09/2014
Actualització de funcions i especificitats	1.6	05/03/2015
Introducció instrucció 1/2017 llibertat ingrés	1.7	01/05/2017
Actualització del document	1.8	30/11/2017

Revisat per :	Aprovat per:
Nom i càrrec: Responsable de Qualitat	Nom i càrrec: Direcció
Signatura:	Signatura:
Data: 15/09/2013	Data: 15/09/2013

Revisat per:	Aprovat per:
Nom i càrrec: Responsable de Qualitat	Nom i càrrec: Responsable del Protocol
Signatura:	Signatura:
Data: 12 d'abril de 2010	Data: 12 de maig de 2010

P 01_AC. ACOLLIDA. INICI DE L'ATENCIÓ A LA PERSONA USUÀRIA I LLUR FAMÍLIA O REFERENT SOCIAL

2. Diagrama



3. Objecte

Definir l'actuació en l'abordatge integral de l'atenció a la persona usuària i la seva família o referents socials als centres propis del DTASF durant el procés d'acollida, per tal de facilitar la posterior adaptació i integració al Centre.

4. Abast

Aquest procediment s'aplica a tots els professionals que, de manera directa o indirecta, participen en alguna de les accions relacionades amb l'inici de l'atenció i l'acollida de la persona usuària i de llur família o referents socials.

El procés s'inicia amb l'entrevista a la potencial persona usuària i la seva família o referents socials quan es disposa de plaça o imminentment se'n disposarà; s'acaba amb la reunió interdisciplinària en la que l'equip comparteix la valoració que cada àrea realitza i elaboren el PIAI de la persona usuària, Com a molt, transcorren sis setmanes des del dia de l'ingrés.

5. Definicions

Preingrés: període durant el qual la persona està acceptada al Centre, doncs es disposa de plaça o imminentment se'n disposarà, però encara no s'ha iniciat la prestació de serveis

ingrés: moment en el que la persona usuària - o el familiar o persona de referència en cas que la persona no pugui -, entra en un Centre, per tal de rebre unes atencions adaptades i que donin resposta a les pròpies necessitats d'atenció i suport.

Acollida: atenció i treball individual amb la persona usuària i la seva família o referents socials, per promoure l'adaptació a la nova situació

Contracte administratiu: document que marca l'inici de la relació entre la persona usuària i el Centre. Com a mínim, estableix el servei que es dona, el preu fixat i les aportacions de l'usuari. Està signat per la persona usuària del servei i, si escau, pel seu familiar o persona de referència

Valoració inicial: procés estructurat i dinàmic, de diagnòstic multidisciplinar i interprofessional, que permet identificar les capacitats, problemes i necessitats de la persona usuària, considerant totes les àrees de la persona: bio-funcional- psico-social- espiritual. Sempre que sigui possible, els professionals utilitzaran escales validades o consensuades pel sector. Es realitza durant les primeres quatre setmanes des de l'inici de l'atenció.

PIAI: Pla Interdisciplinari d'Atenció Individualitzada. Document clau de la planificació de l'atenció, que s'elabora per l'equip interdisciplinari que participa del procés d'atenció de la persona a partir de la informació que proporciona la valoració integral de la persona a nivell bio-funcional-psico-social-espiritual i els resultats de les escales validades o consensuades pel sector.

L'equip identifica els problemes, les necessitats i les àrees d'intervenció amb la persona usuària i llur família i les prioritza. L'equip estableix els objectius específics, les estratègies d'intervenció, els suports requerits per la persona, la temporalització, els responsables d'execució, les dates de valoració i els resultats esperats.

Acords amb la família: Document que recull els compromisos que adquireix el familiar o referent social amb el centre, per prestar el suport requerit a la persona usuària. S'actualitzen periòdicament.

PIA: Programa Individual d'Atenció, realitzat en el procés de reconeixement de la situació de dependència del sol·licitant. Determinarà les modalitats d'intervenció més adequades a les seves necessitats entre els serveis i prestacions econòmiques previstes en la resolució per al seu grau i nivell.

6. Dimensions de qualitat de vida relacionades amb el procediment

Les dimensions de qualitat de vida que es poden potenciar mitjançant l'aplicació d'aquest procediment són les següents:

- Benestar emocional.
- Relacions interpersonals.
- Desenvolupament personal.
- Benestar físic.
- Autodeterminació.
- Inclusió social.
- Drets.

7. Desenvolupament del procediment

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
L'inici de l'atenció a la persona usuària i a la seva família o referents socials en el Centre és una situació nova, que els afecta a tots. La persona que ingressa acostuma a experimentar un sentiment de pèrdua de la situació anterior, i viu una situació d'incertesa pel què succeirà en la nova etapa de vida. Acostuma a passar per un procés d'adaptació emocional amb diferents etapes, que no es donen de forma lineal ni evolucionen igual en tots els casos. Són les següents: • Ingrés: ambivalència i inseguretat • Adaptació: coneixement • Participació: s'accepta la situació • Integració: resolució i adaptació Els professionals implicats en el procés d'inici de l'atenció i acollida han de prestar una atenció dirigida a millorar la qualitat de vida de la persona usuària i llur família o referents socials, proporcionant respostes personalitzades i adreçades a facilitar l'adaptació al centre. En concretar les especificitats del procediment a cada centre propi, es designarà el professional que realitzarà cada acció; en l'apartat <i>Aspectes comuns</i> únicament es proposa el professional recomanat pel desenvolupament de l'acció.	Equip interdisciplinar	
1. PREINGRÉS El procés de preingrés 1.1. Primera fase del preingrés. Amb antelació suficient s'haurà contactat amb les persones enllista primeres posicionades informant-les que futurament contactaran quan hi hagi plaça disponible, informaran del procediment d'ingrés i de l'import de copagament (esborrany) que correspondrà. És el moment del segon contacte amb els familiars i la persona (el primer va ser quan va sol·licitar alta en llista d'espera) per què la família i la persona madurin la decisió d'ingrés o trasllat i prenguin una decisió d'accés o renúncia i treballin el canvi. 1.2. Segona fase del preingrés. Quan hi ha plaça disponible. Comença quan es notifica a la primera persona en espera admesa a la llista d'espera que el centre disposarà d'una plaça que previsiblement s'ajusta a les seves necessitats	Treballadora Social	R-100R Seguiment de la persona usuària

d'atenció i suport. El Treballador/a Social consulta, a la pàgina web, la llista d'espera del propi Centre i contacta amb les persones seguint l'ordre del llistat. En contactar, les dona d'alta a Resiplus com a PI (pre-ingrés). A partir d'aquest moment ja es pot deixar constància en Resiplus de qualsevol actuació amb la persona al registre <i>Seguiment de la persona usuària</i> (R-100R). 1.3.<u>En els ingressos de caràcter urgent</u> no sempre és possible realitzar les accions de preingrés 1.1 descrites en aquest procediment. És l'administració que valora la urgència d'accés a petició dels professionals referents i han informat en primera instància del centre on l'han donat d'alta de manera prioritària. El centre pren el primera contacte quan ofereix la plaça disponible.		
---	--	--

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
A la Residència i Centre de Dia : Mitjançant el circuit virtual proporcionat pel Consorci de Serveis Socials de Barcelona es disposa de l'esborrany de la calculadora de copagament d'acord a la capacitat econòmica i el grau de dependència de la persona. Si les dades son obsoletes o no es disposa , el centre les sol·licita pel circuit establert al CSSBCN abans d'ingressar la persona amb temps suficient per informar amb anterioritat la persona i els familiars. Copagament: l'aportació econòmica mensual de l'usuari.		
1.1. <u>Primer contacte</u> Abans de l'inici de l'atenció, el treballador/a social estableix un primer contacte – trucada telefònica o entrevista - amb la potencial persona usuària i els familiars o persones de referència, per tal de proporcionar informació bàsica sobre el centre. L'objectiu és que la potencial persona usuària i llur família coneguin el servei i valorin si accepten els serveis que se'ls ofereixen o no. La potencial persona usuària i llur família o referents socials prenen la decisió sobre si accepten els serveis que se'ls ofereixen o no. En cas que la persona o la seva família no acceptin, el professional que ha informat emet el <i>Full de renúncia a la plaça</i> (R-600) i realitza els tràmits corresponents per comunicar la renúncia . En el moment de registrar la renúncia, la persona és donada de baixa al Resiplus mitjançant el codi NI "No Ingressa". En cas, que acceptin, s'iniciarà l'entrevista/es de preparació de l'ingrés, per conèixer les característiques i necessitats d'atenció i suport de la persona usuària i la seva situació socio-familiar, així com les causes i les motivacions de l'ingrés.	Treballadora Social	R-600 Full de Renúncia segons model del WEB del DTASF.

A la Residència i Centre de Dia - S’hauran de tenir estudiades les 10 primeres persones de la llista tant de residència com de CD. En aquest primer contacte s’actualitzaran les dades de la persona i s’informarà que són les següents de la llista. - Quan hi hagi una plaça vacant, es posarà en contacte amb la persona que li correspon per llista (a la qual ja havíem informat mesos abans de la possibilitat d’ingrés proper) i s’informarà que tenen el termini d’una setmana per ingressar al centre. Si en aquest període la persona/ família no es decideix, causarà baixa.	Treballadora social	
	Treballadora Social	

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
- En el cas d'acceptació del servei, la treballadora social, concerta una entrevista abans del preingrés per demanar tota aquella documentació necessària per l'ingrés del nou usuari. En aquest primer contacte pot participar o no el psicòleg. S'entrega al familiar el DI-601 Documentació necessària per l'ingrés de la persona usuària, DI-650 Relació de roba i estris necessaris per l'ingrés i el DI-653 Relació de roba i estris necessaris a l'ingrés de CD si la persona usuària ingressa en el servei de CD. A més, es dona la possibilitat de realitzar una visita al centre. - En cas de no acceptació del servei, s'usa el R-657 <i>Full de renúncia a la plaça</i> (web). La treballadora social citarà a la família i/o persona usuària i signaran aquest document que es desarà en format pdf al sistema informàtic de Resiplus. La no acceptació del servei pot adoptar dues formes: renúncia a l'ingrés o renúncia temporal. En aquest últim cas, la persona usuària passa a ocupar l'últim lloc de la llista d'espera sense donar-se de baixa de Resiplus. Segui quin sigui el motiu de baixa, es deixa constància al R-680_GR Registre del Consorci que en última instància s'ha d'entregar en el mateix. - Els tràmits d'alta i baixa de llista d'espera i qualsevol incidència, es coordinen amb el Consorci de Serveis Socials al C/ Bruc, 90 de Barcelona segons circuit establert.	Treballadora Social	R-600 <i>Full de renúncia a la plaça</i> R-680_GR Registre del Consorci

<u>1.2 Informació/ Valoració de preingrés:</u> S'utilitzarà el registre <i>Agenda</i> (R-202R) per anotar el dia o dies i hores d'entrevista. Aquesta/es entrevista/es poden ser realitzades en el domicili o en el centre, segons les condicions de la potencial persona usuària. Mitjançant aquesta/es entrevista/es, es realitzarà l'avaluació psicosocial, l'avaluació d'aspectes de salut i del nivell de dependència. Segons les característiques de la persona que es coneguin en programar l'ingrés, es determinaran els professionals que hi participen en la valoració de preingrés. S'aconsella que l'entrevista/es la/es realitzin, com a mínim, un professional de l'àrea de salut i un de l'àrea psicosocial. Sempre que sigui possible aquests professionals han d'estar informats amb suficient antelació com per programar la pròpia agenda. A continuació es descriu la seqüència d'accions recomanada. En cas de realitzar més d'una entrevista de preparació de l'ingrés, la seqüència d'accions descrita es pot distribuir en diferents dies.	Treballadora Social Psicòloga o Terapeuta Ocupacional	R-203R Seguiment de la persona usuària
--	--	---

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
A la Residència i Centre de Dia: - Les anotacions referents al Preingrés no és registren en l'agenda R-202R si no en els seguiments dels professionals implicats R-203R Seguiment de la persona usuària. - El psicòleg registra els preingressos en el R-621_GR Estat General de Psicologia.	Treballadora social Psicòleg/a	R-203R Seguiment de la persona usuària. R-621_GR Estat General de Psicologia.

1.2.1 Contextualització del centre El director/a o el professional de l'àrea psicosocial informarà a la potencial persona usuària i els familiars o persones de referència sobre els següents aspectes: • Model assistencial. • Serveis que ofereix el centre. • Funcionament general i organització del Centre. • Intervenció dels diferent professionals i tasques que es realitzen. • Normativa bàsica • Drets i obligacions de la persona usuària i els seus familiars o referents socials, lliurant el document <i>Reglament de règim intern</i> (DI-150_GR)o (DI-151_GR). Sempre que se'n disposi, es lliurarà el <i>Manual de benvinguda</i> (DI_Centre) i altra documentació en suport escrit per reforçar la informació inicial i la presentació del centre. Tanmateix, informa la persona usuària i llur família o referents socials sobre la normativa de protecció de dades i facilita el registre <i>Consentiment informat: ús de dades personals i imatge</i> (R-155P) per ser signat.	Directora Treballadora Social Treballadora Social	R-155P Consentiment informat: ús de dades personals i imatge
A la Residència i Centre de Dia: • El registre R-155P <i>Consentiment informat: ús de dades personals i imatge</i> se signa el dia de l'ingrés. • Hi ha dos <i>Reglaments de règim intern</i>, un pels usuaris de Residència (DI-150_GR) i l'altre pels usuaris de Centre de Dia (DI-151_GR). Els DI-150_GR i el DI-151_GR es lliuren el dia de l'ingrés. • La direcció té definits els aspectes bàsics per un treball de qualitat en el DI-153_GR <i>Aspectes bàsics per un treball de qualitat</i>.	Treballadora Social Direcció	R-155P <i>Consentiment informat: ús de dades personals i imatge</i>

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
1.2.2 Valoració de preingrés La valoració de la persona usuària que es realitza prèviament a l'ingrés segueix la pauta establerta al document <i>Guió de valoració interdisciplinària de preingrés</i> (DI-200). El registre <i>Valoració interdisciplinària de preingrés</i> (R-200P) presenta la informació introduïda a Resiplus o permet prendre nota de la valoració de preingrés en suport paper. Durant l'entrevista s'obté la informació necessària per: • Ubicar en una planta determinada, en un tipus d'habitació, en una tipus de menjador, etc... • Atendre correctament la persona usuària des del moment de l'ingrés prestant el suport que la persona necessita. • Prevenir possibles riscos per part dels treballadors/es i de la resta de persones usuàries. Si algun dels punts establerts al document <i>Guió de valoració interdisciplinària de preingrés</i> (DI-200) no pot ser recollit en la valoració de preingrés, es recollirà els dies immediatament posteriors a l'ingrés.	Treballadora Social Psicòloga Terapeuta Ocupacional	R-237_GR Valoració preingrés suport paper
A la Residència i Centre de Dia: • La valoració preingrés la realitzen la Treballadora social, Psicòloga i/o el/la Terapeuta Ocupacional mitjançant el registre propi R-237_GR <i>Valoració preingrés suport paper</i>. La participació de la Psicòloga es durà a terme quan el nou ingrés romanguí entre els GDS 1-5 i la Terapeuta Ocupacional en GDS 6-7. • Les dades seran introduïdes a Resiplus i completades el dia de l'ingrés per la Treballadora Social. • Informar al familiar i/o referent social en relació a la instrucció 14/2017 sobre la llibertat d'ingrés en persones que no tenen modificada la capacitat. • Així mateix, s'informarà que en el període de 3 dies rebran una trucada telefònica per informar sobre la data d'ingrés, la ubicació a planta i habitació.	Treballadora social Psicòloga Terapeuta Ocupacional Treballadora social	R-237_GR Valoració preingrés
El treballador/a social manté una entrevista amb la persona usuària i el familiar o referent social per tal de: • Disposar de les dades completes de la persona usuària i dels familiars o persones de referència • Conèixer si la persona està incapacitada legalment o si s'han iniciat els tràmits		

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
• Identificar l'estructura familiar • Identificar el cuidador principal • Identificar aspectes clau de la dinàmica familiar en relació a: - La comunicació i relació entre els membres de la família, procés de presa de decisions,... - La relació, idees i creences de la família respecte el Centre, la persona usuària, la situació de la persona usuària,... - Les persones disponibles per tenir cura de la persona potencialment usuària. - La identificació del cuidador principal, les seves característiques i grau d'acceptació de la situació. • Detectar i treballar els sentiments de culpa i ansietat de la família o referent social. • Oferir suport emocional. • Treballar les expectatives vers el Centre i la interacció familiar. • Aclarir possibles dubtes sobre l'ingrés. • Cercar la implicació i suport de la família o del referent social en el procés d'atenció i prestació de suports. S'establiran els aspectes en els que la família col·laborarà amb el Centre, deixant constància en el registre <i>Acords amb la família (R-656P)</i>. Si no fos possible treballar aquest aspecte en el preingrés, es realitzarà el dia de l'ingrés. • Conèixer les activitats que la persona realitzava per ocupar el temps de lleure i les que actualment realitza. • Explorar les creences i valors de la persona usuària. • Realitzar amb el Consorci de Serveis Socials, les gestions vinculades amb la Dependència, fent servir els registres facilitats pel WEB en cada moment concret. http://www.gencat.cat/benestar/persones/dependencia/impresos/index.htm, que són els registres <i>PIA centre (R-661)</i>, <i>Sol·licitud de revisió de reconeixement de grau i nivell de dependència (R-664)</i>, <i>Comunicació de modificació de dades i/o situació de la persona en situació de dependència (R-665)</i>, <i>Reclamació prèvia sobre el reconeixement de la situació de dependència (R-668)</i>, <i>Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i dret als serveis i prestacions vinculades (R-672)</i> i <i>Presentació documentació complementària (R- 667)</i>.	Treballadora Social	R-656P. Acords amb la família R-661 PIA centre. R-664 Sol·licitud de revisió de reconeixement de grau i nivell de dependència R-665 Comunicació de modificació de dades i/o situació de la persona en situació de dependència R-668 Reclamació prèvia sobre el reconeixement de la situació de dependència R-672 Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i dret als serveis i prestacions vinculades R- 667 Informe social del suport al PIA

El psicòleg/òloga manté una entrevista amb la persona usuària i el familiar o referent social per tal d'explorar: • Patologies • Simptomatologia • Alteracions de les capacitats cognitives. S'utilitza el <i>Pfeiffer</i> (R-600R).	Psicòloga	R-600R Pfeiffer
---	------------------	------------------------

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
Un professional de l'àmbit de la salut del centre s'entrevista amb la persona usuària i la família per tal de conèixer: • Antecedents patològics i quirúrgics. • Problemes de salut actius. • Medicació i tractaments mèdics vigents. • Al·lèrgies. • La percepció de la família sobre les necessitats i els problemes més rellevants de la potencial persona usuària. • Preferències de la persona usuària. • Capacitat funcional general. • Nivell d'autonomia de la persona usuària per la realització de les ABVD, deixant constància en l'<i>Índex de Barthel</i> (R-552R). • Tipus de dieta. • Anàlisi de necessitats bàsiques: Respiració, alimentació, hidratació, eliminació, deambulació, postura adequada, descans i son, vestit i desvestit, temperatura corporal, higiene i protecció de la pell i comunicació. • Valoració de riscos. • Productes de suport utilitzats. • Necessitats sanitàries especials.	Terapeuta Ocupacional Infermeria o Coordinadora Assistencial	R-552R Índex de Barthel

1.2.3 Requeriments per l'ingrés La persona usuària i la seva família o referents socials són informats sobre la documentació que hauran de portar per l'ingrés, descrita en el document <i>Documentació Necessària per l'Ingrés de la persona usuària</i> (DI- 650_GR). S'entrega la següent documentació que han de retornar complimentada abans de l'ingrés: • <i>L'Informe mèdic previ a l'ingrés</i> (R-362) - a complimentar pel Metge/essa de capçalera -, que es recomana s'acompanyi d'una carta de sol·licitud. • <i>L'Ordre de transferència bancària</i> (R-653)	Treballadora Social	R-362 Informe mèdic previ a l'ingrés. R-653 Ordre de transferència bancària
--	---------------------	---

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
En cas que la persona usuària, la seva família o persona de referència hagin portat algun document requerit, es recollirà durant l'entrevista. A més, el treballador/a social informa sobre la roba i estris que la persona usuària ha de dur el dia de l'ingrés correctament identificats, lliuren el document <i>Relació roba i estris necessaris a l'ingrés</i> (DI-651_GR) i (DI- 652_GR) en el que consta la informació per escrit.		
A la Residència i Centre de Dia: • S'acceptarà qualsevol model d'informe mèdic. • <i>L'Ordre de transferència bancària</i> (R-653) només es farà en el cas que el nou resident no tingui el tràmit de Llei de Dependència. Aquesta ordre la facilita el Departament. • La documentació necessària per l'ingrés queda descrita amb el DI-650_GR <i>Documentació Necessària per l'ingrés de la persona usuària</i>. • La documentació sobre la roba i estris que s'han de dur el dia de l'ingrés queden descrits en el DI- 651_GR <i>Relació roba i estris necessaris a l'ingrés</i> si són usuaris de residència i en el DI-652_GR si són usuaris de centre de dia.	Treballadora social	R-653 Ordre de transferència bancària

1.2.4 Visita pel centre Finalment, es fa una visita amb la persona usuària i la seva família o persona de referència a una de les plantes, ensenyant una habitació i mostrant els espais generals del Centre, aclarint que no seran necessàriament aquests els que ocuparà la persona. En cas de realitzar més d'una visita de preingrés, sempre que sigui possible, es mostra l'espai assignat i la planta en la que s'ubicarà la persona usuària abans de l'ingrés.	Treballadora Social	
1.3 <u>Reunió de preingrés de l'equip del centre</u> Un cop finalitzada l'entrevista de preingrés, els professionals que hi han participat, conjuntament – sempre que sigui possible - amb el Director/a i el Coordinador/a Assistencial, mantenen una reunió en la que revisen la informació recollida en el registre <i>Valoració interdisciplinària de preingrés</i> (R-200P), les pròpies percepcions i, si en disposen, la documentació aportada per la persona usuària en l'entrevista de preingrés.	Equip interdisciplinar	R-237_GR Valoració preingrés suport paper

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
En cas que l'equip consideri que el Centre no pot prestar l'atenció requerida per la persona, el treballador/a social identificarà el tipus de servei que requereix la persona. El director/a ho comunica a l'ICASS i a Serveis Territorial , per tal que valorin el cas i orientin la persona cap als serveis socials bàsics o a altres serveis especialitzats si escau. El treballador/a social comunicarà telefònicament la decisió a la persona usuària o el familiar o persona referent. En cas que considerin que s'admet l'ingrés, es decideix la ubicació més adient de la potencial persona usuària, per poder prestar l'atenció i els suports requerits. Es decideix qui serà l'auxiliar de referència de cas, deixant constància en la Valoració de cures (R-216R) i s'estableix el pla d'atenció deixant constància en el mateix registre <i>Valoració de cures</i> (R-216R). Si es considera adient per les característiques de la persona usuària i per la informació disponible, s'elabora el <i>Pictograma de suports per a la vida diària</i> (R-550), de manera que contingui la informació bàsica que permeti oferir el suport necessari a la persona usuària des del moment de l'ingrés. S'aconsella començar a introduir la informació en el <i>PIAI</i> (R-204(R)).	Treballadora Social Infermeria Terapeuta Ocupacional Equip interdisciplinar	R-216R Valoració de cures R-559_GR Pictograma de suports per a la vida diària R-208_GR PIAI

També es valora si la futura persona usuària té capacitat per signar el contracte. En cas que no, s'ha de decidir si insta l'ingrés un familiar de primer grau, o bé cal fer la comunicació al jutjat de la guarda de fet. Es notifica l'ingrés a la persona usuària i al familiar o persona de referència. Es concerta la data de l'ingrés, deixant constància a l'Agenda (R-202R). Es comunica la decisió al DTASF i als Serveis Territorials mitjançant la pàgina web: https://dasc.gencat.net/bs/gestio/gestio .	Treballadora Social	R-202R Agenda
A la Residència i Centre de Dia: - Un cop finalitzada l'entrevista de preingrés, els professionals que hi han participat, conjuntament amb la Coordinador/a Assistencial, mantenen una reunió d'equip en la que revisen la informació recollida en el registre <i>Valoració preingrés suport paper</i> (R-237_GR). En aquesta reunió hi formaran part l'equip tècnic, una representant d'auxiliars del torn matí, una representant del torn tarda i una infermera de torn matí i una infermera del torn tarda. Es decidirà: - La ubicació del nou ingrés tenint en compte les característiques de la persona i les càrregues de les plantes. - La necessitat de traslladar algun resident per necessitats del centre. - En cas de desacord, és la coordinadora assistencial la responsable de prendre les decisions oportunes. - Es realitzarà trucada telefònica a la família per informar de la data d'ingrés	Equip tècnic Infermeria Auxiliars Coordinadora assistencial Treballadora Social	R-237_GR Valoració preingrés suport paper

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
- En cas que l'equip consideri que el Centre no pot prestar l'atenció requerida per la persona, el treballador/a social identificarà el tipus de servei que requereix la persona. El director/a ho comunica al Departament, per tal que valorin el cas i orientin la persona cap als serveis socials bàsics o a altres serveis especialitzats si escau. El treballador/a social comunicarà telefònicament la decisió a la persona usuària o el familiar o persona referent. - Es concerta la data de l'ingrés, deixant constància mitjançant missatge de Resiplus de la Treballadora Social a la resta de l'equip i s'informarà a la família i el proper ingrés de la data d'ingrés. - S'usa un Pictograma propi, R-559_GR Pictograma de suport per a la vida diària. - Es fan els tràmits d'ingrés directament a través del web (el dia de l'ingrés) . No durant el preingrés, no es comunica a Serveis Territorials les dades del nou resident per tal de fer càlcul de l'aportació econòmica. - S'utilitza un registre de PIAI propi, R-208_GR PIAI.	Direcció/ Treballadora Social Treballadora Social Trapeuta Ocupacional Treballadora Social Equip interdisciplinari	R-559_GR Pictograma de suport per a la vida diària. R-208_GR PIAI.
<u>1.4 Transmissió de la informació a l'equip interdisciplinari</u> Prèviament a l'inici de l'atenció, per tal de preparar l'ingrés de la persona usuària i prestar els suports requerits, el Coordinador/a Assistencial informa l'equip interdisciplinari que ha de participar en l'atenció de la persona usuària. Comunica la data d'ingrés, els aspectes rellevants del registre <i>Valoració interdisciplinària de preingrés (R-200P)</i> i del pla d'atenció inicial. Es notifica la data d'ingrés al Director/a del Centre, per tal que faci una reserva d'agenda. Se li fa arribar el <i>Contracte administratiu ICASS (R-654)</i> o el <i>Precontracte d'ingrés (R-154)</i> si no se'n disposa, per tal que el dia de l'ingrés ho lliuri per ser signat.	Coordinadora Assistencial Treballadora Social Treballadora Social	R-237_GR Valoració preingrés suport paper
A la Residència i Centre de Dia : - La treballadora social envia un sms a Resiplus informant a tots els departaments la data d'ingrés, planta i habitació. A més s'afegeix una breu descripció de l'estat físic i cognitiu del nou ingrés. - La Treballadora Social informa l'equip interdisciplinari a la Solapa per preparar el nou ingrés i puja la història única del resident amb una breu descripció de l'estat físic i cognitiu per si es realitza alguna proposta per part de l'equip d'auxiliars i infermeria. - No se li fa arribar a la Directora el <i>Contracte administratiu DTASF (R-654)</i> ni el <i>Precontracte d'ingrés (R-154)</i> , per tal que el dia de l'ingrés ho lliuri per ser signat.	Treballadora social	

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
2. <u>INGRÉS – INICI DE L'ATENCIÓ</u> L'ingrés en el Centre condiona a la persona que ingressa i també a la seva família que, igualment, viu un procés d'adaptació emocional important. Per tant, en aquesta fase, les actuacions dels professionals han d'anar adreçades tant a la persona usuària com a la seva família o referent social.		
A la Residència i Centre de Dia : INSTRUCCIONS 1/2017 DEL DEPARTAMENT DE TREBALL, AFERS SOCIALS I FAMÍLIES SOBRE LA LLIBERTAT D'INGRESSAR I ROMANDRE EN UN ESTABLIMENT RESIDENCIAL DE LES PERSONES QUE NO PODEN MANIFESTAR LLIUREMENT LA SEVA VOLUNTAT PERÒ QUE NO TENEN LA CAPACITAT MODIFICADA JUDICIALMENT. Obligatorietat de comunicar a l'autoritat judicial o al ministeri fiscal l'ingrés de totes aquelles persones que presenten una causa de modificació de la capacitat però no tenen la modificació de la capacitat judicialment i no puguin expressar lliurement la seva voluntat d'ingressar al centre. 1. Per a persones que ja tenen un familiar que realitza el rol de guardador de fet, lliurar a la família R-684R_Comunicació al jutjat o MF per part dels familiars- ANNEX 1 i R-685R_GR_Document d'assumpció de la guarda de fet per part de familiars o d'altres- ANNEX 3 (dues còpies). Aquesta comunicació s'ha de fer abans de 72 hores. Aquests documents inclouen: informe social, informe mèdic, calculadora PIA, Precontracte i relació d'ingressos econòmics i béns patrimonials i una còpia del reglament de règim intern del centre. Els familiars han de signar els documents. 2. Per a persones que no disposen de referent familiar, la direcció assumeix la guarda de fet. Haurà de complimentar R-683Ra_GR_Comunicació de la guarda de fet al jutjat- ANNEX 2a i R- 683Rb_Comunicació de la guarda de fet al Ministeri Fiscal- ANNEX 2b. Aquesta comunicació s'ha de fer abans de 72 hores. Aquests documents inclouen: informe social, informe mèdic, calculadora PIA, Precontracte i relació d'ingressos econòmics i béns patrimonials i una còpia del reglament de règim intern del centre.	Treballadora social Direcció	R-684R_Comunicació al jutjat o MF per part dels familiars- ANNEX 1- R-685R_GR_Document d'assumpció de la guarda de fet per part de familiars o d'altres- ANNEX 3- R-683Ra_GR_Comunicació de la guarda de fet al jutjat- ANNEX 2a- R-683Rb_Comunicació de la guarda de fet al Ministeri Fiscal- ANNEX 2b- R-367R_GR_Informe mèdic situacions de guarda de fet i- o modificació de la capacitat R-686R_GR Informe social situacions de guarda de fet i- o modificació de la capacitat R-687R_GR_Relació d'ingressos econòmics i béns patrimonials

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
Les valoracions a tenir realitzades per part dels professionals abans de les 72 hores són: - Informe social - Informe mèdic/ Tractament farmacològic. - Valoració funcional - Tests dels membres de l'equip tècnic	Treballador/a social Metge/ssa Terapeuta ocupacional Psicòleg/ TO/ Fisio	R552R_ Index Barthel R554R_Escala Lawton R604R_GDS Reisberg R605R_MEC de Lobo R213R_Test de Tinetti
2.1 Benvinguda El dia de l'ingrés el treballador/a social complimenta el <i>Llibre de registre de persones usuàries</i> (R-652) i la persona usuària és donada d'alta al programa Resiplus com a persona usuària, no com a PI, deixant constància la registre <i>Altes i baixes de la persona usuària</i> (R-673R). El servei de recepció realitza la primera acollida de la nova persona usuària i llur família. Disposa de la informació necessària que està introduïda a Resiplus amb suficient antelació. Deriva a direcció. Direcció rep la persona usuària i els seus familiars o referents socials. Les accions que realitza són les següents: • Donar la benvinguda • Aclarir possibles dubtes • Clarificar drets i deures • Facilitar el contracte El director/a explica el <i>Contracte administratiu DTASF</i> (R-654) o el <i>Precontracte d'ingrés</i> (R-154) – en cas que no es disposi del contracte -; la persona usuària i el familiar o referent social ho signen, conjuntament amb el document provisional del web http://dasc.gencat.net/bs/gestio El Director/a s'acomiada informant dels seus horaris d'atenció als familiars o persones de referència. En cas que el Director/a no estigui disponible, aquesta acció serà assumida pel Treballador/a Social.	Treballadora Social Consergeria Direcció	R-673R Altes i baixes de la persona usuària R-154 Precontracte d'ingrés

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
En finalitzar la benvinguda per part del Director/a, el servei de recepció avisa al Treballador/a Social. També avisarà telefònicament a la persona responsable de la planta en la que es prestarà atenció a la persona usuària, per tal que estiguin preparats per la rebuda.	Treballadora Social	
A la Residència i Centre de Dia: - El R-652 <i>Llibre de registre de les persones usuàries</i> no es registra ja que queda directament complimentat amb les altes i baixes de Resiplus. - La Direcció el dia de l'ingrés no facilita el contracte però lliura el DI-150_GR Reglament de règim intern residència o el DI-151_ GR Reglament de règim intern CD. - La Treballadora Social: - Explica R-154 <i>Precontracte d'ingrés</i> a la persona usuària o familiar de referència que el signa. - S'estableixen els aspectes en els que la família col·laborarà amb el Centre, deixant constància en el registre Acords amb la família (R-656P). - Recull la documentació necessària per l'ingrés DI-650_GR documentació necessària per l'ingrés de la persona usuària que posteriorment serà desat a Resiplus. - Es proporciona el R-155P Formulari de consentiment informat per ús de dades personals i imatge i el R-665 Comunicació de modificació de dades i/o situació de la persona en situació de dependència. - Realitzar amb el Consorci de Serveis Socials, les gestions vinculades amb la Dependència, fent servir els registres facilitats pel Web en cada moment concret deixant constància en els impresos facilitats pel PRODEP disponibles al web http://www.gencat.cat/benestar/persones/dependencia/impresos/index.htm, - Escanejarà el DNI i el proporcionarà a la Coordinadora Assistencial juntament amb la targeta sanitària, la recepta electrònica i el R-155P Formulari de consentiment informat per ús de dades personals i imatge. Tota aquesta documentació serà enviada per correu electrònic a l'EAR i a la Farmàcia.	Direcció Treballadora Social Coordinadora Assistencial	R-656P Acords amb la família. R-155P Formulari de consentiment informat per ús de dades personals i imatge. R-665 Comunicació de modificació de dades i/o situació de la persona en situació de dependència.

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
2.2 <u>Acollida i valoració interdisciplinària inicial</u> La seqüència que es presenta a continuació és orientativa. S'ajustarà a les necessitats de cada persona i la seva família o referent social i de cada centre, als professionals de què se'n disposi a cada centre i de les funcions assignades als mateixos. Tots els professionals que participen en el procés de valoració inicial recullen la informació que estableix el <i>Guió de valoració interdisciplinària</i> (DI-201) durant les quatre setmanes posteriors a l'ingrés. El registre <i>Valoració interdisciplinària</i> (R-201P) presenta la informació introduïda a Resiplus o permet prendre nota de la valoració de en suport paper. El Treballador/a Social acompanya la persona usuària i llur família o referent social a l'espai assignat. Es recorda la família que és convidada a acompanyar la persona usuària fins l'hora de dinar, sempre que sigui possible. Una vegada a la planta, el Treballador/a Social presenta a l'Infermer/a i a l'Auxiliar de referència. El Treballador/a Social s'acomiada, establint dia i hora amb la família o referent social per mantenir l'entrevista de valoració del procés d'acollida – transcorregudes, com a màxim, quatre setmanes des de l'ingrés -. Deixa constància al registre <i>Agenda</i> (R-202R).	Equip interdisciplinar	R-201P Valoració interdisciplinària
A la Residència i Centre de Dia: - El/la Infermer/a, un cop realitzada la revisió de la documentació proporcionada pel preingrés, acompanya la persona usuària i llur família o referent social a l'espai assignat. Una vegada a la planta presentarà a l'auxiliar de referència sempre que sigui possible, el company d'habitació i la resta de companys de la planta. - Quan l'usuari és de Centre de Dia, la Psicòloga li proporciona el R-677 _GR <i>Agenda Centre de Dia</i>, on s'informa a la família de l'usuari de les incidències o activitats que ha fet durant el dia. Seguidament s'actualitzarà el DI-208 _GR Acords familiars de CD.	Infermeria Psicòloga	R-216R Valoració de cures. R-677 _GR <i>Agenda Centre de Dia</i>
L'Auxiliar de referència i el Governant/a – si n'hi ha al Centre -, conjuntament amb la persona usuària i llur família o referent social, supervisen que la roba i els estris que faciliten siguin els requerits, comprovant que	Auxiliar de referència	R-675 _GR Inventari de roba i estris de la persona

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
tot estigui correctament etiquetat. Realitzen l'inventari de la roba i estris, deixant constància en el registre <i>Inventari de roba i estris de la persona usuària (R-655(R))</i>. Endrecen l'armari i es recorda que el Centre no es pot fer responsable dels objectes de valor. A continuació, l'Auxiliar de referència localitza l'Infermer/a.		usuària R-761_GR Repàs armaris tutories. R-762_GR Full comanda resident.
A la Residència i Centre de Dia : - L'auxiliar de planta conjuntament amb la família col·locaran tota la roba i estris sobre el llit per realitzar la fotografia. A més, s'haurà de realitzar la fotografia del resident. Un cop realitzades les fotografies retornarà la càmera fotogràfica a la infermera. - Es continua usant el R-675_GR <i>Inventari de roba i estris de la persona usuària</i> per ingressos antics i el R-681_GR <i>Inventari de roba i estris fotogràfic</i> per nous ingressos. La psicòloga realitzarà el R-681_GR Inventari de roba i estris de la persona usuària fotogràfic i es col·locarà finalment al sistema informàtic de Resiplus a la pestanya de les auxiliars de geriatria: Documents/ Inventari de roba per poder ser consultat quan sigui necessari. A mesura que la família proporioni roba i estris nous, s'hauran de realitzar fotografies i s'inclouran en el registre. - Per realitzar el seguiment de la tutoria, cada tutor/ora ha d'omplir cada vegada el registre R- 761_GR <i>Repàs armaris tutories</i>. - En el cas que durant l'estada el usuari, familiar o referent social trobes en falta alguna peça de roba, s'ha d'emplenar el R-762_GR <i>Full comanda resident</i>, per tal que auxiliars i Treballadora Social la busquin o determinin que ha passat. Aquest mateix registre serveix per demanar que es marqui la peça de roba, cosir o repàs, comprar.	Auxiliar de Geriatria/ infermeria Auxiliar de Geriatria/ Psicòloga Auxiliars de Geriatria	R-675_GR Inventari de roba i estris de la persona usuària R-681_GR Inventari de roba i estris de la persona usuària fotogràfic R-761_GR <i>Repàs armaris tutories</i>. R-762_GR <i>Full comanda resident</i>
L'Infermer/a mantindrà una entrevista amb la persona usuària i el familiar o referent social, per realitzar les valoracions d'infermeria. En cas d'aportar valoracions autocompletades per la persona usuària i/o família, l'infermer/a les revisarà, per tal de tenir-les en compte en la planificació de les atencions i cures necessàries des de l'inici de l'atenció al centre. L'Infermer/a avisarà l'Auxiliar de referència, que acompanyarà la persona usuària i el familiar o referent social al despatx de Teràpia Ocupacional i li presentarà. L'Infermer/a s'acomiada.	Infermeria	R-216R Valoració de cures

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
A la Residència i Centre de Dia: - Infermeria recollirà la recepta electrònica i/o la medicació prescrita i la ja dispensada per l'anterior farmàcia i la farà arribar a la nostra farmàcia per la preparació dels blisters. - La Coordinadora Assistencial realitzarà els tràmits de Farmàcia pertinents que consistiran en fer un enviament per correu electrònic proporcionant el DNI, una còpia de la targeta sanitària, la recepta electrònica i el R-155P Formulari de consentiment informat per ús de dades personals i imatge.	Infermeria Coordinadora Assistencial	R-155P Formulari de consentiment informat per ús de dades personals i imatge.
El o la Terapeuta Ocupacional i, sempre que sigui possible també l'Auxiliar de referència, mantindran una entrevista amb la persona usuària i el familiar o referent social, per realitzar la pròpia valoració, validar la informació recollida en la valoració de preingrés i el pla d'atenció inicial recollit en la <i>Valoració de cures</i> (R-216R) i en el registre <i>Pictograma de suports per a la vida diària</i> (R-550). El Terapeuta Ocupacional s'acomiada. L'auxiliar de referència acompanyarà la persona usuària i el familiar o referent social al despatx del Metge/essa i li presentarà. L'Auxiliar de referència s'acomiada.	Terapeuta Ocupacional	R-559_GR Pictograma de suports per a la vida diària
A la Residència i Centre de Dia : - Realitzarà totes les etiquetes necessàries per marcar els mobles i objectes del resident i realitzarà la fotografia per col·locar-la a l'habitació del nou ingrés. - Realitzarà una valoració funcional juntament amb el/la fisioterapeuta complimentant el R-559_GR Pictograma de suports per a la vida diària	Terapeuta Ocupacional/ Fisioterapeuta.	R-559_GR Pictograma de suports per a la vida diària

El Metge/essa valora l'estat de salut de la persona, tal i com es descriu en el procediment PGS 04 <i>Atenció a la salut</i>. Seguirà la pauta establerta en el document <i>Guió de valoració interdisciplinària</i> (DI-201). El Metge/essa s'acomiada, avisant a l'Auxiliar de referència, si escau, per tal que acompanyi la persona usuària i el familiar o referent social a la planta assignada. L'Auxiliar de referència presenta la persona usuària i la seva família o referent social a la resta de persones usuàries i de professionals, respectant el ritme de la persona usuària.	Metgessa	
	Auxiliar de referència	

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
2.3 Planificació inicial de l'atenció Cada àrea professional que participa en l'acollida i valoració interdisciplinària inicial realitza una planificació inicial de l'atenció i els suports que preveu que la persona requereix; tanmateix, es fan les gestions necessàries per tal de proporcionar-li amb la major brevetat possible. Les incidències relacionades amb l'ingrés - acollida es faran constar en el registre <i>Seguiment de la persona usuària</i> (R-203R), per tal posar la informació en coneixement de la resta de membres de l'equip que participen del procés d'atenció de la persona usuària.	Equip interdisciplinar	R-203R Seguiment de la persona usuària
A la Residència i Centre de Dia: Actualització de la següent documentació: Psicòloga: • R-621_GR Estat General psicologia • R-620_GR Control de documentació històries úniques i PIAI. • DI-202_GR Planificació anual del PIAI • R-677_GR Agenda de centre de dia i DI-208_GR Acords familiars CD.	Psicòloga	R-621_GR Estat General psicologia R-620_GR Control de documentació històries úniques i PIAI. R-677_GR Agenda de centre de dia

Auxiliars de Geriatria:		
• DI-750_GR Tutories auxiliars • DI-772_GR Traçabilitat roba auxiliars • DI-754_GR Distribució equip auxiliars • DI-755_GR Blocs auxiliars • DI-751_GR Quadre resum pautes AVD • DI-756_GR Planificació dels menjadors • DI-757_GR Planificació de torns del menjador • DI-759_GR Planificació de l'alimentació • DI-760_GR Planificació esmorzars i berenars • DI-762_GR Cronograma auxiliars matí • DI-763_GR Cronograma auxiliars tarda • DI-764_GR Cronograma auxiliars nit • DI-776_GR. Organització d'esmorzars.	Coordinadora Assistencial Treballadora Social	R-406R Utilització de bolquers

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
<u>Infermeria:</u> • DI-401_GR <i>Tutories infermeria</i> indica les funcions de la infermera tutora i especifica quina tutora té cada resident. • R-406R Utilització de bolquers • R-423_GR Planificació de menjars pel plantes. • R-426_GR Dades importants dels residents. <u>Metge/ssa</u> • R-353R Tractament farmacològic. • R-364R Patologies actives i antecedents. • R354R_GR Prescripció subjeccions <u>Treballadora social:</u> • Preparació de la història única i introducció de la documentació en paper i escanejada a Resiplus. • DI-208_GR <i>Acords familiars Centre de Dia</i> es recull tota la informació respecte als horaris, àpats, acompanyants, etc. • DI-653_GR <i>Acompanyaments</i> es proporciona un llistat de voluntaris, serveis d'acompanyament privats i empreses privades. • DI-654_GR <i>Llistat de transports adaptats</i> per els usuaris de Centre de Dia. • R-661 PIA centre. • R-664 Sol·licitud de revisió de reconeixement de grau i nivell de dependència. • R-668 Reclamació prèvia sobre el reconeixement de la situació de dependència. • R-672 Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i dret als serveis i prestacions vinculades • R- 667 Informe social del suport al PIA. • R-653 Ordre de transferència bancària <u>Consergeria:</u> • R-850R Control d'entrades i sortides de la persona usuària. • DI-851_GR Targeta de sortida. • R-860_GR Servei de podologia	Coordinadora Assistencial Infermeria Metge/ssa Treballadora social Consergeria	R-423_GR Planificació de menjars pel plantes. R-426_GR Dades importants dels residents. R-353R Tractament farmacològic. R-364R Patologies actives i antecedents. R354R_GR Prescripció subjeccions R-661 PIA centre. R-664 Sol·licitud de revisió de reconeixement de grau i nivell de dependència. R-668 Reclamació prèvia sobre el reconeixement de la situació de dependència. R-672 Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i dret als serveis i prestacions vinculades R- 667 Informe social del suport al PIA. R-653 Ordre de transferència bancària R-850R Control d'entrades i sortides de la persona usuària. R-860_GR Servei de podologia

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
3. <u>ADAPTACIÓ AL CENTRE.</u> Durant els set primers dies posteriors a l'ingrés, Treball Social proporciona a Consergeria el registre <i>Fitxa de la persona usuària</i> (R-853P).	Treballadora Social	R-853P Fitxa de la persona usuària
A la Residència i Centre de Dia: El R-853P <i>Fitxa de la persona usuària</i> no es proporciona a Consergeria. Es col·loca al davant de la història única de cada usuari.	Treballadora social	R-853P Fitxa de la persona usuària
3.1 <u>Entrevista de valoració del procés d'acollida</u> Transcorregudes les quatre primeres setmanes des de l'inici de l'atenció, el Treballador/a Social mantindrà una entrevista amb la persona usuària i la seva família o referent social per valorar el procés d'acollida al centre. Les conclusions més importants de l'entrevista es faran constar en el registre <i>Seguiment de la persona usuària</i> (R-203R), per tal posar la informació en coneixement de la resta de membres de l'equip que participen del procés d'atenció de la persona usuària.	Treballadora Social	R-203R Seguiment de la persona usuària
3.2 <u>Valoració interdisciplinària inicial de la persona usuària</u> En el termini màxim de les quatre setmanes posteriors a l'ingrés, la resta d'àrees professionals – Fisioteràpia, Psicologia i Animació Sociocultural - realitzaran la valoració inicial de la persona usuària, tal i com estableix el document <i>Guió de valoració interdisciplinària</i> (DI-201). El registre <i>Valoració interdisciplinària</i> (R-201P) presenta la informació introduïda a Resiplus o permet prendre nota de la valoració de preingrés en suport paper. Fisioteràpia utilitzarà l'escala Tinetti (R-213R) i Psicologia el <i>MEC de Lobo</i> (R-605R).	Animadora Sociocultural Fisioterapeuta Psicòloga	R-201P Valoració interdisciplinària R-213R Tinetti R-605R MEC de Lobo R-612R_GR MNSE de Folstein

ASPECTES COMUNS	RESPONSABLE	REGISTRES
3.3 Reunió interdisciplinària En la reunió de l'equip interdisciplinari, es realitzarà la posada en comú dels aspectes rellevants de la valoració interdisciplinària inicial, identificant les necessitats de la persona usuària de manera consensuada. Es revisarà el pla d'atenció inicial recollit en la <i>Valoració de cures</i> (R-216R) i en el <i>Pictograma de suports per a la vida diària</i> (R-550) i s'elaborarà el <i>PIAI</i> (R204(R)), que descriurà problemes, necessitats i àrees d'intervenció prioritzades, objectius específics, les estratègies d'intervenció, els suports requerits, la temporalització, els responsables d'execució, les dates de valoració i els resultats esperats.	Equip interdisciplinar	R-216R Valoració de cures R-559_GR Pictograma de suports per a la vida diària R-208_GR PIAI
OBSERVACIONS:		

8. Indicadors

Aquest procediment es controla mitjançant els següents indicadors:

Nivell de prioritat	Indicadors
1	Valoració interdisciplinària inicial en el termini de temps previst
1	Elaboració de PIAIs inicials
2	Entrevista de valoració del procés d'acollida planificada
2	Elaboració d'Acords amb la família o persona usuària a l'ingrés

Les dades com la periodicitat i la persona responsable de la recollida de dades consten en el registre *Quadre de comandament d'indicadors* (R011).

A més dels indicadors compartits per tots els centres propis, aquest procediment es controla mitjançant indicadors específics del Centre:

Les dades com la periodicitat i la persona responsable de la recollida de dades consten en el registre *Quadre de comandament d'indicadors* (R 011_GR).

9. Registres

Codi	Nom del registre
R-011	Quadre de comandament d'indicadors
R-154	Precontracte d'ingrés

Codi	Nom del registre
R-155P	Formulari de consentiment informat per ús de dades personals i imatge.
R-200P	Valoració interdisciplinària de preingrés
R-201P	Valoració interdisciplinària
R-202R	Agenda
R-203R	Seguiment de la persona usuària
R-204(R) ¹	PIAI
R-213R	Tinetti
R-216R	Valoració de cures
R-362	Informe mèdic previ a l'ingrés
R-550 ²	Pictograma de suports per a la vida diària
R-552R	Índex de Barthel
R-600R	Pfeiffer
R-605R	MEC de Lobo
R-652	Llibre de registre de persones usuàries
R-653	Ordre de transferència bancària
R-654	Contracte administratiu ICASS
R-655(R)	Inventari de roba i estris
R-656P	Acords amb la família
R-657	Full de renúncia a la plaça
R-661	PIA centre
R-664	Sol·licitud de revisió de reconeixement de grau i nivell de dependència
R-665	Comunicació de modificació de dades i/o situació de la persona en situació de dependència
R-667	Presentació documentació complementària reconeixement

¹ En la fase inicial d'implementació del Sistema de Gestió Documental, cada centre pot utilitzar el propi PIAI. En cas de no disposar, utilitzaran el proporcionat per Resiplus.

² En la fase inicial d'implementació del Sistema de Gestió Documental, cada centre pot utilitzar el propi pictograma de suports per a la vida diària. En cas de no disposar, utilitzaran aquest registre.

Codi	Nom del registre
	dependència
R-668	Reclamació prèvia sobre el reconeixement de la situació de dependència
R-672	Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i dret als serveis i prestacions vinculades
R-673R	Altes i baixes de la persona usuària
R-853P	Fitxa de dades de la persona usuària

Per adequar el procediment a la realitat del centre **RESIDÈNCIA I CENTRE DE DIA DE GRÀCIA**, els registres proposats en la part comuna del procediment s'utilitzen de la següent manera:

Codi	Nom del registre	No Aplica	Equivalent
R-011	Quadre de comandament d'indicadors		R011_GR
R-154	Precontracte d'ingrés		
R-155P	Formulari de consentiment informat per ús de dades personals i imatge.		
R-200P	Valoració interdisciplinària de preingrés		R-237_GR
R-201P	Valoració interdisciplinària		
R-202R	Agenda		
R-203R	Seguiment de la persona usuària		
R-204(R) ³	PIAI		R-208_GR
R-213R	Tinetti		
R-216R	Valoració de cures		
R-240_GR	Comprovació de tasques	X	

Codi	Nom del registre	No Aplica	Equivalent
R-362	Informe mèdic previ a l'ingrés	X	
R-550 ⁴	Pictograma de suports per a la vida diària		R-559_GR
R-552R	Índex de Barthel		
R-600R	Pfeiffer		
R-605R	MEC de Lobo		
R-652	Llibre de registre de persones usuàries	X	
R-653	Ordre de transferència bancària		
R-654	Contracte administratiu ICASS	X	
R-655(R)	Inventari de roba i estris		R-675_GR R-682:GR
R-656P	Acords amb la família		
R-657	Full de renúncia a la plaça	web	
R-661	PIA centre	web	
R-664	Sol·licitud de revisió de reconeixement de grau i nivell de dependència	web	
R-665	Comunicació de modificació de dades i/o situació de la persona en situació de dependència	web	
R-667	Presentació documentació complementària reconeixement dependència	web	
R-668	Reclamació prèvia sobre el reconeixement de la situació de dependència	web	
R-672	Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i dret als serveis i prestacions vinculades	web	

³ En la fase inicial d'implementació del Sistema de Gestió Documental, cada centre pot utilitzar el propi PIAI. En cas de no disposar, utilitzaran el proporcionat per Resiplus

⁴ En la fase inicial d'implementació del Sistema de Gestió Documental, cada centre pot utilitzar el propi pictograma de suports per a la vida diària. En cas de no disposar, utilitzaran aquest registre.

Codi	Nom del registre	No Aplica	Equivalent
R-673R	Altes i baixes de la persona usuària		
R-677_GR	Agenda de Centre de Dia		
R-853P	Fitxa de dades de la persona usuària		
R-760_GR	Reclamació roba perduda	X	
R-761_GR	Repàs armaris tutories		
R-762_GR	Full comanda resident		
R-621_GR	Estat General psicologia		
R-620_GR	Control de documentació històries úniques i PIAI.		
R-406R	Utilització de bolquers		
R-423_GR	Planificació de menjars pel plantes.		
R-426_GR	Dades importants dels residents.		
R-850R	Control d'entrades i sortides de la persona usuària.		
R-612R_GR	MNSE de Folstein		
R-367R_GR	Informe mèdic situacions de guarda de fet i-o modificació de la capacitat		
R-683Ra_GR	Comunicació de la guarda de fet al jutjat- ANNEX 2a-		
R-683Rb_GR	Comunicació de la guarda de fet al Ministeri Fiscal- ANNEX 2b-		
R-684R_GR	Comunicació al jutjat o MF per part dels familiars- ANNEX 1-		
R-685R_GR	Document d'assumpció de la guarda de fet per part de familiars o d'altres- ANNEX 3-		
R-686R_GR	Informe social situacions de guarda de fet i-o modificació de la capacitat		

Codi	Nom del registre	No Aplica	Equivalent
R-687R_GR	Relació d'ingressos econòmics i béns patrimonials		

10. Documents de referència

Codi	Nom del document
DE-001	UNE-EN-ISO 9001:2008. Sistemes de Gestió de la Qualitat: Requisits
DE-002	UNE-EN-ISO: 9000:2005 Sistemes de Gestió de la Qualitat: Fonaments i vocabulari
DE-013	Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, (BOE núm. 298 de 14/12/1999) de Protecció de dades de caràcter personal
DE-015	Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, (DOGC núm. 3148, de 26/05/2000), de regulació del Sistema Català de Serveis Socials
DE-030	Llei 12/2007, de 11 d'octubre, (DOGC núm. 4990, de 18/10/2007) de Serveis Socials
DE-016	Llei 21/2000, de 29 de desembre, (DOGC núm. 29 de 02/02/2001) de Drets d'Informació concernent a la Salut i l'Autonomia del Pacient i la Documentació Clínica
DE-052	Instrucció INSTRUCCIONS 1/2017 Llibertat d'ingrés persones que no tenen la capacitat modificada judicialment
DI-200	Guió de valoració interdisciplinària de preingrés
DI-201	Guió de valoració interdisciplinària

A més dels documents de referència consensuats per tots els centres propis, al centre RESIDÈNCIA I CENTRE DE DIA s'utilitzen els següents:

Codi	Nom del document
DI-150_GR	Reglament de règim intern residència
DI-151_GR	Reglament de règim intern centre de dia
DI-153_GR	Aspectes bàsics per un treball de qualitat
DI-208_GR	Acords familiars Centre de Dia
DI-216_GR	Comprovació de tasques
DI-650_GR	Documentació Necessària per l'Ingrés de la persona usuària
DI-651_GR	Relació roba i estris necessaris a l'ingrés residència
DI-652_GR	Relació roba i estris necessaris a l'ingrés centre de dia
DI-653_GR	Acompanyaments
DI-654_GR	Llistat de transports adaptats
DI-750_GR	Tutories auxiliars
DI-751_GR	Quadre resum pautes AVD
DI-754_GR	Distribució equip auxiliars
DI-755_GR	Blocs auxiliars
DI-756_GR	Planificació dels menjadors
DI-757_GR	Planificació de torns del menjador
DI-759_GR	Planificació de l'alimentació
DI-760_GR	Planificació esmorzars i berenars
DI-762_GR	Cronograma auxiliars matí
DI-763_GR	Cronograma auxiliars tarda

DI-764_GR	Cronograma auxiliars nit
DI-401_GR	Tutories infermeria
DI-202_GR	Planificació anual del PIAI
DI-208_GR	Acords familiars CD.
DI-851_GR	Targeta de sortida.
DI-776_GR	Organització d'esmorzars.

11. Procediments relacionats

Codi	Nom del procediment
PGS 02	PIAI
PGS 03	Gestió de riscos de la persona usuària
PGS 04	Atenció a la salut
PGS 06	Suport per a la realització d'ABVD
PGS 08	Protecció de drets de la persona usuària i dels familiars o referents socials
PGS 09	Atenció a la família o referent social
PSS 05	Servei de Consergeria

Annex 10.14 Presentació Projecte pilot de provisió de les Superilles Socials Ajuntament de Barcelona



Cap a un nou model de gestió
del Servei d'Ajuda a Domicili
(SAD).

**Els projectes pilot de provisió del SAD a les
Superilles Socials**

26 de març de 2019.

Els equips de professionals presten el SAD a les persones usuàries residents en una superilla de la ciutat

En què consisteixen els pilots de SAD ?

El projecte pilot de SAD consisteixen en assajar una **nova forma de provisió del servei**, basada en la creació d'**equips de professionals que atenen a un grup de persones usuàries** que viuen en una superilla.

Els pilots han de permetre valorar si es produeix una millora en la **qualitat del servei** i una millora de **condicions de treball** de les professionals del SAD.

En paral·lel, als pilots s'estudien escenaris alternatius de gestió del servei.



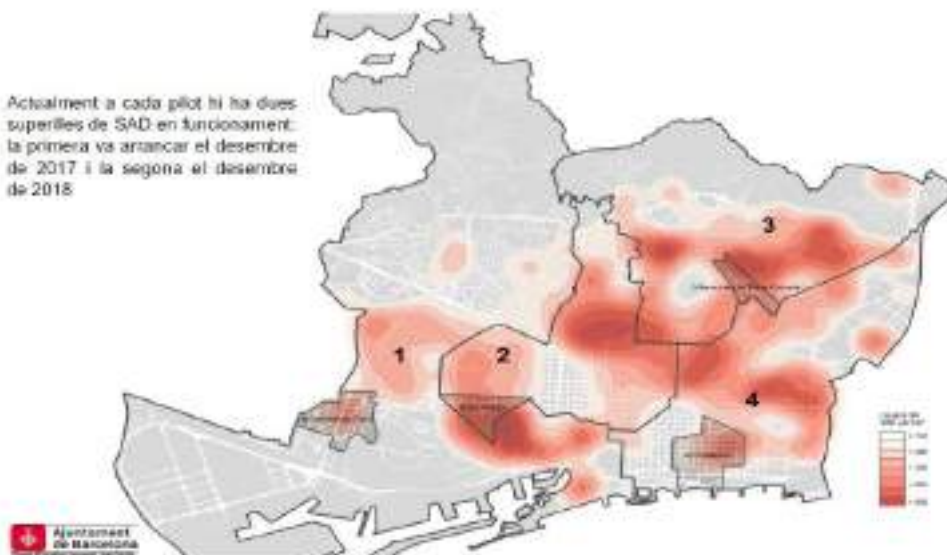
Objectius estratègics de la transformació que es persegueix

- Generar **ocupació estable** i que respecti el drets dels /les treballadors/es.
- Millora de la **qualitat del SAD**, ajustant els serveis a les necessitats de les persones usuàries, garantint una escolta activa de les persones ateses, assegurant un tracte personalitzat i pròxim a la persona usuària.
- Garantir la **sostenibilitat social i econòmica del SAD**. L'increment té causes diverses: moratòria grau 1 i infrafinançament Llei Dependència, manca de places d'acolliment residencial a BCN ciutat.

4

Mapa persones usuàries del SAD per Km2, es destaquen els 4 pilots

Actualment a cada pilot hi ha dues superilles de SAD en funcionament: la primera va arrencar el desembre de 2017 i la segona el desembre de 2018



5

Pilots SAD: Superilles en funcionament

Àmbit	Indicadors <i>TF (Instal·ladora familiar)</i> <i>AN (Auxiliar de Neteja)</i>	21. La Marina		22. Sant Antoni		23. Vilaplana		24. Poblenou	
		S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
		Can Sabater	Alts Forns	Rocafort	Sepúlveda	Cotxeres	Escòcia	Cami fentíc de V.	Pujades
Persones usuàries pilot	nº de persones usuàries del pilot (ateses per l'equip)	91	69	41	55	91	84	54	50
	nº de persones usuàries ateses només per TF	53	43	23	25	69	58	27	28
	nº de persones usuàries ateses només per AN	4	0	4	8	0	0	5	0
Serveis prescrits pilot	nº d'hores de servei TF prescrites a les persones usuàries dels pilots	1.513	1.115	612	520	1.058	1.115	1.138	1.083
	nº d'hores de servei AN prescrites a les persones usuàries dels pilots	271	206	60	59	154	189	162	168
Composició equip	nº TF equip	13	10	9	10	11	12	8	8
	nº AN equip	2	2	2	2	1	2	1	2
	nº total professionals	15	12	10	12	12	14	9	9

Total: 534 persones usuàries i 93 professionals

Dades a 1 de febrer de 2019.
Font: empreses proveïdores de SAD

6

Pilot Zona 1: La Marina

- S1 La Marina - Can Sabater - Gran Via
- S2 La Marina - Alts Forns
- 210 Hores de TF+NET mensual
- Persones usuàries SAD



7

Pilot Zona 2: Sant Antoni



Pilot Zona 3: Vilapicina



Pilot Zona 4: Poblenou



02

L'avaluació de la percepció de les persones usuàries.

Primeres conclusions

**Estudi realitzat per la Fundació Acreditación
Desarrollo Asistencial (FADA) Desembre 2018**

Objectius de l'estudi

Metodologia: Qüestionari validat i pregunta oberta realitzat a una mostra aleatoritzada de 40 persones ateses per professionals especialitzats en persones grans. Anàlisi d'interval de confiança.

Contribuir a
fonamentar en
dades vàlides i
fiables la presa de
decisions sobre for
o no l'escalat a la
ciutat de Barcelona
i com fer-ho.

Els **objectius específics** que es pretenien assolir eren els següents:

- ▶ **Conèixer el grau de satisfacció de les persones** usuàries a la primera fase del pilot SAD, considerant els atributs de qualitat del model SAD en relació amb les diferents dimensions de la qualitat d'aquest tipus de servei (proximitat equip, confiança en els professionals, continuïtat en l'atenció, compliment i ajustament del servei...)
- ▶ **Identificar els atributs de qualitat** des de la perspectiva de les persones usuàries que serien susceptibles de ser considerats per incloure en el proper plec.

12

Àrees avaluades

- Inici de l'atenció
- Atenció per part de l'equip
- Tasques
- Comunicació amb l'equip
- Comunicació amb l'empresa
- Coordinació amb el centre de serveis socials
- Coordinació amb el Centre d'Atenció primària de Salut
- Millora de la persona

Perfil de les persones entrevistades

PERFIL		
Qui respon l'enquesta	USUARI	CUIDADOR/A
	85%	15%
Quan temps fa que té el SAD (Si > 12 mesos: SAD - SAD Pilot) (Si < 12 mesos: SAD Pilot)	SAD ORDINARI + SAD PILOT	SAD PILOT
	90%	10%
Identifica que hi hagué un canvi de model de SAD?	SÍ	NO
	91,7%	8,3%

Satisfacció mitjana amb el SAD: 9,15 sobre 10.

13

Valoració dels atributs de qualitat de servei del nou SAD (1/2)

- **Proximitat de l'equip**
 - 100%. Tracte amable i carinyós, sentir-se escoltat/ada i conèixer el nom de la persona/es de l'equip que habitualment l'atenen.
 - En la pregunta referida al coneixement de com contactar amb l'equip i amb l'empresa s'identifiquen 4 persones que NS/NC.
- **Confiança en els professionals / Suport en la presa de decisions**
 - El 86,1%, considerava que hi havia alguna persona de l'equip que li donava prou confiança com per demanar-li ajut.
- **Atenció prestada pels professionals**
 - El 97,5% destaca els coneixements que tenen els professionals per prestar l'atenció de manera adequada.
- **Continuïtat de l'atenció**
 - El 100% de les persones entrevistades considera que els diferents professionals de l'equip estan ben coordinats.
 - També es considera en aquest bloc la continuïtat de l'atenció amb el sistema de serveis socials bàsics i de salut. La pregunta referida a la trucada dels CSS per parlar d'algun tema plantejat a l'equip obté un 48,4%. Importància de l'apoderament de les persones ateses per conscienciar sobre la necessitat de rebre una atenció integrada.

14

Valoració dels atributs de qualitat de servei del nou SAD (2/2)

- **Compliment del servei**
 - Les preguntes referides al compliment del servei (tasques acordades, coneixement de les tasques i preferències de l'atenció) obtenen un 100%.
- **Compliment del temps assignat**
 - La percepció de la realització de les hores pautades és d'un 100%.
 - La recuperació del servei quan cau en dies festius és d'un 7,7%.
- **Ajustaments del servei**
 - La percepció de participar la persona atesa en l'establiment de dies i horaris d'atenció obté un 92,3%.
 - La consideració de les necessitats del cuidador obté un 74,3%.
 - L'atenció que presta l'equip de SAD, permet al cuidador millorar l'organització del seu temps, obté un 97,2%.
 - La major part dels canvis són a proposta de l'empresa; només un 30,3% de les persones entrevistades diu que ha estat a proposta seva.
 - El coneixement sobre la possibilitat de demanar que es presti el servei en dia o horari diferent té un acompliment alt 86,4%, però amb 18 persones que NS/NC.
 - La possibilitat de demanar ajustament en les tasques és coneguda pel 100%.

15

Conclusions

Resultats:

- *Inclusió social (sortir al carrer), 94,7%*
- *Estat d'ànim, 92,5%*
- *Autonomia, 84,6%*
- *Coneixement de les activitats del barri, 67,6%*
- *Millorar la relació amb el veïnat, 57,9%*

16



03

Col·laboració sociosanitària

B

C

17

Pilot SAD Vilapicina amb el CIS Cotxeres del CSSC.

Conveni

Conveni de col·laboració entre el Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya i l'Institut Municipal de Serveis Socials de Barcelona pel sanitari

Primer.- Objecte de la col·laboració.

Per mitjà del present conveni de col·laboració es pretén desenvolupar una prova pilot entre el Centre Integral de Salut Cotxeres i l'Ajuntament de Barcelona - IMSSB a fi efecte d'abordar un nou sistema coordinat d'atenció a la dependència i a la població receptora del Servei d'Ajuda a domicili, basada en les necessitats socials i sanitàries de les persones ateses. Aquesta atenció domiciliària estarà coordinada entre les diferents actuacions professionals que actuen en el domicili de la persona.



Annex 3. Consentiment informat de l'intercanvi d'informació i dades entre els Serveis d'Ajuda a Domicili de l'IMSSB i el CIS Cotxeres

De conformitat amb l'establert al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques en allò que respecta al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes, arduant RGPD volem donar el seu consentiment explícit perquè l'entitat CIS Vilapicina, SA, societat mercantil que gestiona el Centre Integral de Salut Cotxeres, i l'Institut Municipal de Serveis Socials en cedeixin únicament aquelles dades clíniques i socials seves necessàries per al desenvolupament de la prova pilot consistent en abordar un nou sistema coordinat d'atenció a la dependència i a la població receptora del Servei d'Ajuda a Domicili.

18

Pilots SAD a Vilapicina amb el CIS Cotxeres

En concret, el desenvolupament d'aquesta prova pilot inclou:

- la realització de sessions de formació setmanal de l'equip de professionals del CIS Cotxeres als professionals del SAD de la superilla de Vilapicina. La formació versa sobre les malalties cròniques i les patologies associades a processos d'envelliment, dependència i malalties mentals. La formació ha de permetre als professionals de SAD entendre els processos que viuen les persones usuàries de SAD i ajudar-les a dur a terme el servei amb major qualitat, al mateix temps que estan atentes a canvis en l'estat de salut de les persones usuàries.
- Sessions d'intercanvi d'informació entre els diversos intervinents de l'àmbit sanitari, que permeti millorar el pla de treball, incorporar la prevenció sanitària o l'acompanyament en la vigilància de la salut, segons acords i normativa vigent, i que tingui com a resultat l'actuació amb més efectivitat i coordinació.
- la informació que permeti adoptar mesures de control de riscos laborals a aquell personal que estigui en contacte directe amb els usuaris.
- les mencionades sessions de formació es faran a les instal·lacions del CIS Cotxeres i s'habilitarà un espai en el mateix, segons disponibilitat.

19

Pilot SAD Vilapicina amb el CIS Cotxeres del CSSC

Pla de formació a l'equip de SAD Vilapicina

Es prioritzen les següents línies:

1. El valor de la observació. Signes i símptomes d'alerta
2. Atenció a les malalties cròniques

Formació impartida pels professionals del CAP Cotxeres.

Coneixement mutu dels 2 equips



Data	Tema
11 d'abril	Ferides: signes d'alarma
18 d'abril	Hipertensió arterial: - Què fer si es detecta, quan és una emergència i signes d'alarma - Dieta recomanada per pacients hipertensos.
25 d'abril	Ictus: primers signes i què cal fer Recomanacions davant el dolor
2 de maig	Salut Mental: malalties més freqüents Desorientació: possibles causes i què fer
9 de maig	MPOC: - Què és i signes d'alarma - L'ús dels Inhaladors
16 de maig	Insuficiència Cardíaca: Què és i signes d'alarma
23 de maig	Diabetis Mellitus: - Què és i signes d'alarma - Dieta recomanada - Peu diabètic
30 de maig	El restrenyiment: com evitar-lo i mesures per millorar-lo Disfàgia: què és i per què és important conèixer-la.
6 de juny	Tractament amb sintrom: què suposa i interaccions amb aliments

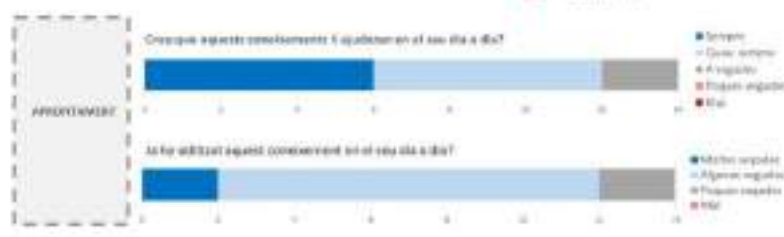
20

Pilot SAD Vilapicina amb el CIS Cotxeres del CSSC

Valoració de la formació per part de les treballadores familiars

Resultats enquesta a les 14 TF (prova pilot SAD)

Centre Integral de Salut Cotxeres



El valor de la formació pels professionals de SAD:

- Els coneixements en si
- El suport dels professionals sanitaris... / el coneixement mutu
- La reducció de càrregues... "sé el que està passant, sé que estic fent el que cal, ..., sé a on trucar si cal, ..."

21

Pilot SAD Vilapicina amb el CIS Cotxeres del CSSC

Propers passes

Seguir el Pilot CIS Cotxeres a Vilapicina :

- Reunions per tractar de les persones usuàries més complexes;
- Revisió del pla de formació. Formació a la superilla 2 de Vilapicina
- Altres que sorgeixin a les reunions de seguiment ...



Impuls altres col·laboracions d'Atenció Primària (CAP) amb pilots de SAD. Operador ICS

- La Marina – CAP La Marina
- Sant Antoni - CAP Manó
- Poblenou – CAP Poblenou (S1) i CAP Ramon Turró (S2)

Demandar a Salut / ICS una interlocució única. Acordar a quins CAPs es realitza el pilot el 1er semestre de 2019.

Escriure els límits / responsabilitats dels equips de SAD en relació a l'atenció personal / sanitària.



22

Moltes gràcies



**Ajuntament
de Barcelona**

23

Annex 10.15 Presentació Proposta de consens sobre la complexitat Social – Institut Català de la Salut



Una proposta de consens sobre la complexitat social

Jordi Riba Cebrián
Àrea de Treball Social Sanitari
Gerència Territorial de Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Institut Català de la Salut
Gerència Territorial de Barcelona

PrimàriaBCN

A L'ICS igualts

gencat.cat/ics

Existeix un consens sobre complexitat social?



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Institut Català de la Salut
Gerència Territorial de Barcelona

PrimàriaBCN

A L'ICS igualts

gencat.cat/ics

2

Nivells de consens

Diversos nivells de consens en complexitat

- ☐ Estratègic
- ☐ Terminològic
- ☐ Conceptual
- ☐ Identificació
- ☐ Atenció

 Generalitat de Catalunya

http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/ content/50_jornades/2018/fragilitat/01-20181115-Model-cronicitat-futur-ENAPISC-PPAC.pdf

 Govern de Catalunya
Departament de Salut

 Institut Català de la Salut
Gestió Territorial de Recursos

 PrimàriaBCN

 A LICIS
Igualtat

Porta d'Accés de la Salut
gencat.cat/lcs

3

Consens terminològic

complexitat



complexitat, n.f.
de complexitat, n.f.
an complex situation, n
an complexity, n

«Persones» - Situacions personals»

Situació d'una persona que presenta un perfil de necessitats complexes que requereixen una atenció compartida.

persona amb necessitats d'atenció social complexes



persona amb necessitats d'atenció social complexes, n.f.
person, n.f. verb
an person with complex social care needs, n

«Persones» - Situacions»

Persona amb necessitats d'atenció social que es troben en una situació de complexitat.

**Situació
d'una
persona amb
necessitats
socials que
generen una
gestió social
difícil.**

 Govern de Catalunya
Departament de Salut

 Institut Català de la Salut
Gestió Territorial de Recursos

 PrimàriaBCN

 A LICIS
Igualtat

Porta d'Accés de la Salut
gencat.cat/lcs

4

Consens d'identificació



La identificació de la complexitat social



The Cynefin Framework

Harvard Business Review

Why executives seldom have
approach to the complexity
of the environment they face.

A Leader's Framework for Decision Making

by David J. Snowden and Mary E. Boone



NHS
RightCare



Governament de Catalunya
Departament de Salut



Institut Català de la Salut
Gerència Territorial de Barcelona



PrimàriaBCN



A L'ICS
Igualtat



Informa Català de la Salut
gencat.cat/ics

Exemple de protocol en TSS



Institut Català de la Salut
Gerència Territorial de Barcelona

PROTOCOL DE TSS D'ATENCIÓ A PERSONES AMB DEMÈNCIA

Definició de l'objecte d'intervenció

Protocol de TSS d'atenció a persones amb demència, en qualsevol fase de la malaltia, amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida i la dels seus cuidadors.



Governament de Catalunya
Departament de Salut



Institut Català de la Salut
Gerència Territorial de Barcelona



PrimàriaBCN



A L'ICS
Igualtat



Informa Català de la Salut
gencat.cat/ics

8

Què aconseguim?

- **Equitat:** que qualsevol ciutadà sigui atès de la mateixa forma amb els mateixos serveis, sempre individualitzant la intervenció.
- **Seguretat:** tothom ho fa igual
- **Qualitat:** existiran indicadors d'avaluació
- **Investigació:** podem comparar resultats d'intervenció

Exploració

Convivència, xarxa de suport

- Identificació de les persones que viuen amb el pacient
Vincle de parentesc.
Tipus de relació.
Capacitat per donar suport.
- Identificació cuidador principal
Capacitat de tenir-ne cura (física o mentalment).
Voluntat de fer-se'n càrrec.
Risc de claudicació, grau de compromís (Zarit reduït)
- Identificació cuidador formal, hores de servei, habilitats

Suport social (Escala de suport social).

Zarit Reduït

Zarit Reduït					
Data del test: 21/02/2018					
Edat: 43					
	Res	Resposta	De vegades	Freqüentment	Quasi sempre
Potria sentir que la vida del futur que desitja el seu futur ho pugui fer ja en la seva vida actual?	☐	☐	☐	☐	☐
Quants estrangers pot veure durant la seva vida? (potser a l'estranger, a casa, a l'estranger, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Potria sentir que la seva vida actual sigui la seva vida actual?	☐	☐	☐	☐	☐
Quants estrangers pot veure durant la seva vida? (potser a l'estranger, a casa, a l'estranger, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Quants estrangers pot veure durant la seva vida? (potser a l'estranger, a casa, a l'estranger, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Quants estrangers pot veure durant la seva vida? (potser a l'estranger, a casa, a l'estranger, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Quants estrangers pot veure durant la seva vida? (potser a l'estranger, a casa, a l'estranger, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
					Càlcul
Total					

Escala de suport social – Oslo 3

Suport social	
Les tres preguntes següents estan relacionades amb el suport social.	
QSS1. En el cas que tinguesis un problema personal greu de qualsevol tipus, amb quantes persones de prop vostres podríeu comptar? Llegiu les opcions de resposta.	
1	☐ Ningú
2	☐ 1 o 2 persones
3	☐ De 3 a 5 persones
4	☐ 6 persones o més
QSS2. Quant d'interès mostren les persones del vostre entorn (família, amics, etc.) per allò que us passa o allò que feu? Llegiu les opcions de resposta.	
1	☐ Gens d'interès
2	☐ Poc interès
3	☐ Interès incert
4	☐ Força interès
5	☐ Molt interès
QSS3. Com de fàcil us seria demanar ajuda als veïns en cas que la necessitéssiu? Llegiu les opcions de resposta.	
1	☐ Molt difícil
2	☐ Difícil
3	☐ Possible
4	☐ Fàcil
5	☐ Molt fàcil

Exploració

Situació de l'habitatge

Tinença/Tipus d'habitatge

Barreres arquitectòniques de l'habitatge i l'entorn

Estat general de l'habitatge

Higiene

Eficiència energètica / subministres.

Teleassistència i dispositius perifèrics.

Recursos i equipaments de la zona.

Adequació de l'habitatge

Cribatge de pobresa energètica

Test de benestar emocional positiu

05/02/2018

Opcions
☐ No precisa cap de les millores descrites
☐ Cal adequar el bany
☐ Cal adequar la cuina
☐ Cal adaptar escales
☐ Cal adaptar llit
☐ Cal revisar calçat
☐ Material d'ús diari inadequat
☐ Presència de catifes i/o mobles a zones de pas
☐ Interruptors i endolls de difícil accés
☐ Il·luminació escassa
☐ Sistemes de calefacció inadequats
☐ Cal millorar l'higiene dels animals domèstics
☐ Cal teleassistència

Test de benestar emocional

Benestar emocional

A continuació hi hegiu algunes afirmacions sobre sentiments i pensaments. Per cada afirmació, dipositeu la resposta que descriptu millor com a ha sentit vostè en les darreres 2 setmanes.

Data test: 05/02/2018

	Mai	Molt poca vegades	Algunes vegades	Sovint	Sempre	No ha aplicat mai
Si ha sentit trist?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si ha sentit relaxat/ada?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ha tingut interès de soltes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ha afrontat bé els problemes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si ha sentit bé amb vostè mateixa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si ha sentit segura/a? (amb confiança)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si ha sentit agraït?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Calcular						
Total						
Interpretació						

L'escala té un rang de puntuació: mínim: 7 i màxim: 35.
Representant 7 un pitjor benestar emocional i 35 el millor benestar emocional possible.

Diagnòstics i registre

Diagnòstics

Segons CIM-10 MC/SCD, Codi diagnòstic social:
Pacient:

- Z63.6 (familiar dependent que necessita ajuda)
- Z73.6 Limitació d'activitats causada per discapacitat
- Z60.2 problemes relacionats amb viure sol

Cuidadors:

- Z63.7 Cuidador de persona dependent.
- Z73.4 hàbitats socials inadequades no classificades en altre lloc
- Z73.2 falta de relaxació i oci (posar C de cuidador)

Registre

Pacient:

- Z63.6
- Z73.6
- Z60.2

Cuidadors:

- Z63.7
- Z73.4
- Z73.2

Activitats recomanades

1. Informar sobre Recursos de la Xarxa pública i privada:
 - 1.1 Servei de teleassistència i altres dispositius perifèrics.
 - MIMAL i altres dispositius de GEO localització.
 - 1.2 Dependència i les seves prestacions.
 - 1.3 Certificat de Discapacitat
 - 1.4 Tallers d'Estimulació Cognitiva públics i privats
 - 1.5 Grups de suport a cuidadors
 - 1.6 Hospital de dia de psicogeriatría
 - 1.7 Mesures legals i de protecció: poders notariais modificació de capacitat: Tutel.la, Curatel.la, etc.
 - 1.8 DVA/PDA
2. Vinculació amb activitats del Pla de Salut Comunitari del barri.
 - 2.1 Prescripció social.

Serveis de TSS

Servei de TSS de Suport emocional i acompanyament en l'adaptació al nou diagnòstic del pacient

Acompanyar en el procés de la malaltia al pacient, a la persona cuidadora i familiars en fase de Demència INICIAL

Servei de TSS de Suport emocional i acompanyament al nou diagnòstic al cuidador i/o família (Si existeix)

Donar suport emocional al cuidador/famillar i acompanyar en l'adaptació al nou diagnòstic

Servei...

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Institut Català de la Salut
Gerència Territorial de Barcelona

 **PrimàriaBCN**

A L'ICS
Iguals 

ics.gencat.cat

