

Recomanacions del grup assessor per impulsar el futur model de promoció de l'autonomia i atenció a les persones que precisin suport de llarga durada en l'entorn comunitari a Catalunya

RESUM EXECUTIU

Barcelona, 16/12/2020



ÍNDEX

| | |
|--|----|
| PRESENTACIÓ | 3 |
| 1. RESUM EXECUTIU | 4 |
| 1.1 Una metodologia participativa i basada en l'evidència | 4 |
| 1.2 Un punt de partida que cal millorar | 5 |
| 1.3 Resultats esperats | 6 |
| 1.4 Accions promotores i transformadores del sistema per aconseguir uns bon resultats..... | 7 |
| ANNEX 1. GRUP DE TREBALL | 18 |

PRESENTACIÓ

Fa temps que, a tot Europa, ens plantejem que el sistema d'atenció a les persones en situació de dependència i amb necessitat de cures i suport de llarga durada a Catalunya necessita un canvi important per tal de d'adaptar-se a les noves necessitats dels perfils de les persones ateses. També a Catalunya, la nostra societat té uns elevats índexs d'envelliment i sobreenvelliment, on l'any 2020 la gent de més de 65 anys representa el 18'9 % del total de la població i l'índex d'envelliment és del 124'3 %, mentre que el de sobre-envelliment és del 17'1. I aquí, cal fer notar que el percentatge d'envelliment femení és més elevat que el masculí. A més el creixent nombre de persones des de l'etapa infantil fins a edats avançades que tenen (i tindran en un futur) necessitat de suports de cura per a les activitats de la vida quotidiana i per a projectes de vida independent a l'entorn comunitari on volen romandre el màxim de temps possible.

A més la crisi epidemiològica que ha generat la COVID 19 ha provocat una emergència sanitària i social que ha tensionat el sistema de cures i d'acompanyament a les persones grans i els grups més vulnerables arreu. La pandèmia ha tingut un impacte directe en tots els àmbits de les polítiques socials, però ha estat en l'àmbit residencial on ha tingut unes conseqüències més tràgiques per l'elevat nombre de morts que ha provocat, i pel fet que ha posat en evidència que el model tenia unes debilitats prèvies que ara s'han accelerat.

Totes aquestes raons han obligat al Govern a endegar el redisseny del sistema d'autonomia personal i d'atencions de llarga durada per a coordinar millor els àmbits de salut i de serveis socials, donant resposta als drets de les persones i al marc europeu d'atenció de llarga durada inclou entre les seves recomanacions accions estratègiques de canvi que afavoreixin al màxim l'apoderament de la persona i la seva l'atenció en l'entorn comunitari i un flux de serveis flexible entre aquesta i les residències quan sigui necessari.

El treball ha estat realitzat per un grup de persones molt qualificades, amb la implicació i participació de més de 400 persones en el procés de prioritització, i que formen part dels agents claus de transformació del futur model, incloent en primera persona usuaris, membres d'associacions de familiars, així com professionals, persones d'entitats prestadores de serveis, del món acadèmic i de diferents administracions, tant del sector social, de salut i d'altres de la persona integrada. S'ha tingut com guia la veu de les persones ateses, el diagnòstic de situació per a l'elaboració d'una política pública basada en l'evidència i les percepcions i coneixement expert sobre la matèria.

Es presenta una reflexió i propostes concretes a curt, mig i llarg termini que ens permeten avançar. Aquesta és, doncs, la voluntat del document que us presentem avui, que no és altra que la de repensar el sistema de cures del país per tal de garantir que allò viscut no torni a succeir i, alhora, marcar el camí vers un nou model d'atenció i reconèixer pràctiques i accions positives que estigui més centrat en la persona, començant per la vessant preventiva i de foment de l'autonomia des de l'etapa prenatal i la infantil, donant suport a projectes vitals de futur.

1. RESUM EXECUTIU

El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (DTASF), en els seus objectius, inclou l'impuls d'un model d'atenció integral i comunitari, tant de l'envelliment actiu com de l'atenció comunitària de persones que precisen suport de llarga durada en els àmbits de l'envelliment, de la salut mental i de la discapacitat/diversitat funcional. Aquesta iniciativa vol afavorir l'apoderament de les persones que es troben en una situació de dependència a fi de potenciar el projecte de vida propi i les expectatives personals, evitar l'aïllament i la solitud així com per intentar donar resposta de forma proactiva perquè tothom pugui tenir l'oportunitat de viure en el seu domicili.

Conscients dels reptes recollits en el nou Pla Estratègic de Serveis Socials (PESS) –que es deriven de la seva Palanca de transformació “L'acció comunitària i la prevenció”, així com de l'eix de “Promoció de l'Autonomia personal”-, es va promoure la creació d'un espai de reflexió amb un grup de persones expertes. Aquest equip va tenir l'encàrrec d'identificar i prioritzar les línies estratègiques i les principals accions per a la promoció de l'autonomia i l'atenció a les persones que precisin suport de llarga durada en l'entorn comunitari a Catalunya.

Per donar resposta a l'encàrrec, es va partir de la formació d'un grup de treball, amb diferents tipus d'experiència i expertesa, de forma conjunta i coparticipada amb persones que formen part de les diferents administracions de l'àmbit social i sanitari. També es va procedir a una àmplia consulta a nivell multisectorial, tant de representants de les associacions que permeten donar veu a persones en primera persona, familiars i cuidadores, com dels col·legis professionals i entitats patronals, tenint especial cura de la participació dels serveis comunitaris de primera línia en l'àmbit de serveis socials i de salut. El fet de comptar amb un grup d'experts del sector és una estratègia reconeguda en el disseny de polítiques públiques, ja que ajuda a acostar el coneixement especialitzat, l'experiència i les evidències, a la realitat del procés de presa de decisions. Aquesta visió conjunta va ajudar a identificar les tendències futures en un horitzó de curt, mig i llarg termini.

1.1 Una metodologia participativa i basada en l'evidència

Per arribar a aquesta fita, es va elaborar el treball metodològic específic i extens que es presenta a continuació:

- Recollida qualitativa d'informació amb el grup d'experts. Identificació de la visió, propostes de millora i tendències del futur model de promoció de l'autonomia. Es van fer 2 qüestionaris diferenciats (un a curt termini sobre contingències que cal preveure davant de la COVID-19 i un segon sobre el Model).
- Entrevistes individuals (8) i reunions amb grup d'experts (6).
- Anàlisi documental per contribuir a fer una proposta de política pública basada en l'evidència:

- Informes de situació en matèria de promoció de l'autonomia i atenció de llarga durada a Catalunya
 - Documents estratègics elaborats de manera consensuada: Pla estratègic – PESS. Diagnòstic i plantejament estratègic.
 - Documents consensuats elaborats en el darrers 3 anys pels diferents departaments relacionats amb l'autonomia i dependència, així com del Programa d'atenció integrada social i sanitària a Catalunya.
 - Programa d'atenció integrada domiciliària (documents d'atenció domiciliària, Document de Bases per desplegar Llei d'Autonomia a Catalunya. Documentació de justificació de l'Agència integrada Autonomia i dependència i/o del debat de les residències que sigui clau pel grup).
 - Recomanacions en l'àmbit europeu
- Tres grups focals monogràfics per completar el procés d'identificació d'accions a prioritzar amb referents del PDSMIA, PDSS, APS i de serveis socials (macro, meso i micro).
- Priorització amb 2 rondes de consulta Delphi. Primera ronda més de 400 persones i més del 25% de resposta. Segona ronda amb grup d'experts.

1.2 Un punt de partida que cal millorar

Fruit d'aquest treball es van identificar i prioritzar problemes, oportunitats de millora així com les causes i factors relacionats amb aquestes situacions, amb l'objectiu de dissenyar accions de canvi que permetin abordar la promoció de l'autonomia i l'atenció a les persones que precisin suport de llarga durada en l'entorn comunitari a Catalunya mitjançant un model adaptat a les necessitats reals de les persones. Entre els temes que varen destacar entre els factors en els quals calia incidir eren que fins ara el model ha estat més centrat en la dependència i menys en el foment de l'autonomia, és poc flexible, i ha tingut poca participació de la persona en l'elecció dels suports necessaris o adequats a cada moment vital i amb la intensitat adequada en funció de capacitats i potencialitats. El grup també va identificar en l'estudi qualitatiu realitzat una manca de reconeixement del que representa la dependència i l'atenció de llarga durada a l'entorn comunitari, on el pes de l'atenció recau en un major percentatge en les famílies i persones cuidadores, que no tenen suficients recursos, i es manifesten sobrecarregades a l'existir una menor cobertura de serveis. A més, es suma un finançament inadequat, una remuneració, reconeixement i condicions laborals insuficients de les i els professionals, amb una dotació de personal insuficient i inadequada (ratis, perfils, formació, competències, etc.) per donar resposta a les necessitats. Tanmateix, els sistema de governança i les infraestructures han estat insuficients per donar resposta a les necessitats actuals, on s'evidencia una insuficient inversió i ús de la tecnologia per millorar l'autonomia, així com infraestructures i una arquitectura en molts casos inadequada que no promouen l'atenció centrada en la persona ni l'autonomia a l'entorn comunitari.

1.3 Resultats esperats

Una vegada identificades les necessitats i marc estratègic de referència, es va procedir a identificar i proposar de manera conjunta els principals resultats esperats per Catalunya en matèria de promoció de l'autonomia, des des de la perspectiva de la ciutadania i entorn cuidador.

1. Percepció de poder **desenvolupar el propi projecte vital i tenir la capacitat de poder tenir una vida independent**. Implica que la persona pugui percebre:
 - la idoneïtat de l'acompanyament i suport rebut en línia amb les preferències i expectatives de les persones i el seu entorn cuidador, amb més autonomia en les decisions, permeten a la persona romandre més temps al domicili en unes condicions dignes i acordes a les seves preferències i motivacions, amb una millora de la qualitat de vida percebuda.
 - Percepció de tenir una bona accessibilitat i continuïtat de l'atenció mitjançant una atenció integrada, flexible i no fragmentada, on s'evidencia una bona transició entre els diferents sistemes de suport socials, educatius i d'altres àmbits implicats.
 - Poder viure a l'entorn comunitari amb habitatges amb serveis adaptades i unitats de convivència reduïdes integrades a la comunitat, per poder continuar amb una vida autònoma digna i endarrerir el temps d'ingrés residencial.
 - Millora de la qualitat de vida percebuda per part de les persones cuidadores, minimitzant les situacions de claudicació familiar i les desigualtats en matèria de gènere.
 - Poder gaudir d'elements tecnològics que augmentin l'autonomia a la pròpia llar, incrementant la seguretat al propi entorn domiciliari tenint en compte les pròpies preferències i valors de cada persona.
2. **Millora de les capacitats per afrontar de manera resilient els canvis** propis de l'edat o els associats a situacions de salut que impliquen una davallada en el funcionament per a realitzar les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, així com el funcionament social o laboral (manteniment i/o millora de les funcions de la persona). Accessibilitat a intervencions i teràpies de rehabilitació intensives i altament efectives per a la prevenció de situacions de dependència o discapacitat que es puguin derivar de la no intervenció oportuna i adequada.
3. **Millora dels resultats de benestar físic, cognitiu, emocional i relacional** emprats per valorar l'impacte de les polítiques d'atenció integrada social i de salut:
 - a. Més dies, amb més bona salut, i a casa sempre que sigui possible i es desitgi.
 - b. Millora de la xarxa relacional de suport
 - c. Disminució dels factors de risc de persones amb situació de fragilitat
 - d. Millora de l'autoconfiança i apoderament en l'autocora (*self-management*)
 - e. Millora de resultats en cas de vulnerabilitat psico-social o dels trastorns de salut mental i addiccions.
 - f. Millora de la simptomatologia associada a problemes de salut
 - g. Disminució de les conseqüències associades a l'impacte funcional i en totes les dimensions de la persona en la cas de persones amb problemes crònics de salut o

de dependència (soledat no desitjada, caigudes, lesions per pressió, maneig del dolor, menor taxa d'internaments o reingressos no desitjables, etc.).

4. **Millora els determinats socials** de la salut que afectin i produeixin resultats negatius en la salut i el funcionament de la persona, especialment aquells que impactin en el desenvolupament del projecte vital e cada persona.
5. **Millora de la sensibilització ciutadana i comunitària** envers a la corresponsabilitat de la persona i de les comunitats guaridores envers al seu futur i capital humà en comunitats inclusives. Una consciència ciutadana més capaç en el reconeixement, la valoració i la solidaritat amb la diversitat.
6. **Millora de la percepció subjectiva i objectiva de que els drets de les persones son respectats**, generadores de major qualitat de vida i en els suports, amb un alt retorn social i econòmic

1.4 Accions promotores i transformadores del sistema per aconseguir uns bon resultats

Una vegada identificat els resultats esperats, es va procedir a identificar quines accions amb elevat poder de transformació caldria prioritzar i ser desplegades a Catalunya els propers 7 anys, amb una temporalització a curt termini (2021-2022), mig termini (2023-2024) i més llarg termini (2025-2027), tenint en compte el context de la situació de l'impacte de la pandèmia de COVID i de la realitat social i econòmica a Catalunya.

Després de les dues rondes Delphi de priorització i vàries sessions de debat, van emergir 8 línies estratègiques. D'aquestes, 4 tenen a veure amb els continguts de les principals mesures prioritàries (el QUÈ) i les 4 següents en el COM aconseguir-ho. Cadascuna d'elles tenen definides una sèrie d'accions amb elevat poder transformador per donar impuls a l'autonomia personal per la vida independent i atenció de llarga durada. Vegeu **Taula 1**.

Taula 1. Línies estratègiques prioritzades

| I. QUÈ ES PROPOSA FER: | II. COM: |
|--|--|
| 1. Creixement i consolidació de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari i comunitari. | 1. Augmentar de forma substantiva el finançament de l'atenció domiciliària i d'aquells altres serveis que s'adrecen a promoure l'autonomia. |
| 2. Suport a plans i projectes de vida individualitzats mitjançant sistemes d'atenció flexibles. | 2. Reforçar la governança innovadora i transformadora per aconseguir l'atenció integrada. |
| 3. Potenciar una estratègia preventiva de l'autonomia des d'una una visió de comunitats inclusives. | 3. Aconseguir una Administració pública inclusiva, flexible i àgil. |

| I. QUÈ ES PROPOSA FER: | II. COM: |
|--|---|
| 4. Prioritzar les intervencions de suport a l'autonomia i el desenvolupament en la infància i l'adolescència. | 4. Suport i reconeixement social i econòmic de les i els professionals i persones cuidadores no professionals. |

En relació al **QUÈ**, les línies i accions essencials transformadores de canvi prioritzades son:

I.1 Creixement i consolidació de l'atenció integrada a l'entorn domiciliari i comunitari.

Això requereix 3 grans accions:

- 1.1. Enfortir els serveis socials d'atenció a l'entorn domiciliari, incrementant la capacitat de resposta a la comunitat, els recursos invertits i la coordinació sanitària i social.

Per aconseguir aquest objectiu, és important poder **redefinir i transformar el Model SAD¹** per donar respostes als reptes del model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari, **adaptant la normativa, la reglamentació i les dinàmiques de funcionament**. S'ha de realitzar un **increment molt important de l'atenció domiciliària a nivell de cobertures i d'intensitats**, acompanyat del creixement d'altres serveis a l'entorn domiciliari com son; les **tecnologies de suport i cura, la teleassistència avançada, els bancs de productes de suport i teràpia ocupacional**, així com els **programes de suport a persones cuidadores**. També és essencial incloure els **productes de suport, els programes d'adaptació de la llar** i solucions innovadores per la vida independent (entorns accessibles, solucions domotitzades, etc.), així com un **servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar per totes les edats**, en la prescripció d'un **pla únic d'atenció** i **canviar el seu sistema de tramitació** per tal de facilitar la seva utilització en tot el territori català.

- 1.2. Potenciar sistemes de suport a l'entorn domiciliari adreçats a la família i persones cuidadores de persones en situació de dependència o que precisin atenció i suport de llarga durada.

Com a agent clau en el procés de cada persona afectada, les/els cuidadores/s i familiars han de sentir-se recolzada per la xarxa mitjançant la definició, dotació i implementació d'un **model de capacitat i suport a les famílies i persones cuidadores no professionals** amb una **valoració continuada de l'entorn cuidador amb sobrecàrrega**. També es veuen necessàries les estratègies per ajudar a persones cuidadores familiars en edat familiar per a poder **conciliar vida laboral amb la familiar i social**, conscients que moltes vegades això pot generar claudicació.

Reconeixent el seu rol i la seva dedicació, és important poder aportar -les **informació i formació suficients i adients** per cobrir les funcions de suport que realitzen així com

¹ SAD: Servei d'atenció domiciliària.

millorar l'accessibilitat i incrementar el número de serveis de respir, centrats en les necessitats reals i preferències i no en la disponibilitat de plaça.

1.3. Desplegament de les accions facilitadores estructurals del Full de ruta del Programa d'Atenció Integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari (PAID) previstes pels dos primers anys.

Amb l'objectiu de fer accessible els recursos i garantir la continuïtat assistencial, s'ha de **redissenyar el sistema d'organització territorial** de l'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari, promovent **un sistema de resposta els 7 dies** a la setmana durant les **24 hores del dia**.

A banda d'això, es veu necessari la redefinició dels equips **professionals, les ràtios requerides, les competències professionals fonamentals, els perfils i formacions** necessàries per l'atenció domiciliària integrada. Per respondre a la demanda amb una mirada comunitària, també s'han de potenciar que els **equips de serveis socials bàsics (EBAS) i els equips d'atenció primària de salut (EAPS) treballin de forma conjunta**, formant **unitats funcionals d'atenció integrada**.

Amb aquesta mirada holística de l'atenció i intervenció, **és primordial que s'elaborin instruments d'atenció integrada** que orienti el treball dels equips i que es puguin dissenyar sistemes d'informació interconnectats, per la creació d'una **història única compartida**.

I.2 Suport a plans i projectes de vida individualitzats mitjançant sistemes d'atenció flexibles.

2.1 Dissenyar un nou sistema integrat de serveis i suports socials i sanitaris flexibles per poder adaptar-los a les decisions i aspiracions de les persones.

Aquest canvi passa per el replantejament d'una **revisió de la cartera de serveis i creació de suports integrats orientats a la vida autònoma i/o independent a l'entorn domiciliari**, basat en **capacitats i preferències** i facilitant la **presa de decisió** de cada persona al llarg de la seva vida, amb el **desplegament d'equips professionals de proximitat** per donar suport a plans i projectes de vida, incloent l'oferta de **serveis en entorn virtual** per totes les edats, abordant la bretxa digital.

2.2 Millorar l'accessibilitat als serveis de suport per a la vida independent.

Permetre l'accés a tothom per una vida independent comporta la potenciació i visibilització de la figura de **l'assistent personal tant en població infantil, adulta i gent gran** així com de les **ajudes per sistemes de teleassistència bàsica, avançada i robòtica**, amb avaluació i escalabilitat en funció dels resultats.

També es veuen necessàries les opcions de **llars compartides amb suports comuns**, i el foment d'iniciatives innovadores de **co-habitatge, cooperativisme d'ús en l'àmbit de l'habitatge** i possibilitar l'accés a **l'habitatge, especialment per a persones joves amb discapacitat** que precisen suport per a una vida autònoma.

- 2.3. Dotar de **major flexibilitat i continuïtat de l'atenció a l'entorn comunitari** en funció de preferències i necessitats, donant suport al propi itinerari vital.

L'assistència continuada passa per **millorar les "transicions entre entorns"**, entre el domicili i els serveis d'atenció intermèdia d'entorns residencials, facilitar l'accés als centres de dia especialitzats mitjançant l'acompanyament i transport, desplegar els **centres de nit** contemplat a la cartera de serveis, amb l'objectiu de **retardar l'ingrés residencial** i poder respectar les decisions de la persona, i crear o redefinir el paper de les **comissions territorials per l'atenció integrada**, per tal que puguin abordar de forma àgil situacions conflictives o d'urgència en l'accés a serveis.

Amb la perspectiva d'oferir la possibilitat a les persones de desenvolupar el seu projecte de vida, també s'han de proposar alternatives per assegurar la **participació en ocupacions significatives** dinamitzant la **inclusió laboral** de persones més vulnerables que precisen suport mitjançant el **consens d'un Model de treball amb suport a Catalunya, amb un sistema de conciliació de serveis**. També s'ha de donar **suport a processos formatius** que afavoreixin la inclusió sociolaboral (potenciar formació professional DUAL amb l'empresa, formació reglada amb suport, reconeixement/acreditació oficial dels itineraris formatius d'inserció laboral) així com fomentar les iniciatives que possibiliten la **inclusió en la cultura, esports i l'oci** a tots els nivells com elements que augmenten la xarxa relacional i son promotors de l'autonomia personal.

- 2.4. Reforçar una estratègia **d'abordatge de la fragilitat i vulnerabilitat psicosocial** altament efectiva des del principi per a la prevenció indicada de la discapacitat o malaltia mental.

Sent la fragilitat d'una persona, un fet i una condició que es pot detectar i prevenir, és prioritària la necessitat de **promoure i implementar programes d'activitat física, cognitiva i de benestar emocional** altament efectives, com a part de la intervenció multicomponent per a persones identificades com a fràgils o amb vulnerabilitat psico-social, així com el desenvolupament **d'estratègies integrades interdepartamentals per la detecció i abordatge de les problemàtiques emocionals**.

Enfortiment dels programes de rehabilitació oportuna, adequada i intensiva, per a la prevenció de possibles seqüeles.

- 2.5. Donar resposta de forma integrada a poblacions amb necessitats específiques.

En aquest cas, atendre l'especificitat contempla donar suport a l'autonomia i atenció de llarga durada de **persones sense sostre, persones privades de llibertat** i persones amb afectació de l'autonomia personal degut a **l'impacte Post-COVID**.

També es volen dibuixar estratègies de **prevenció de la soledat no desitjada i enfortiment de les xarxes relacionals**, per a persones fràgils o vulnerables gràcies al desenvolupament **d'arquitectures comunitàries solidaries que cuiden**.

2.6. Disposar de diversos models d'atenció residencial que complementen l'atenció domiciliària per donar resposta a les diferents necessitats d'atenció individualitzada.

Oferir l'oportunitat a la persona de poder desenvolupar-se de forma independent passa per la creació de sistemes residencials innovadors i adequats com son **les llars amb suport i noves formes d'habitatge amb serveis** i també pel foment d'un **nou model d'atenció residencial** que incorpori **els principis de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD)**, insistint en configurar **unitats de convivència més petites** per tal que es puguin sentir més com a casa (6-10 persones), amb **entorns individuals** per garantir el respecte a la intimitat i el confort personal, **apropant el centre residencial a la comunitat**

2.7. Resposta integrada a les persones amb necessitats d'atenció integrada social i sanitària complexa.

La coordinació entre professionals i departaments és un element clau per poder assegurar una resposta integrada i integral, sobre tot en aquells casos més complexos. És per aquest motiu, que es veu necessari **assignar gestors/es de casos que garanteixin les transicions entre serveis i incrementar els recursos residencials temporals altament especialitzats**, disponibles per a persones en situacions d'elevada complexitat i de difícil maneig en recursos convencionals.

2.8. Millorar l'equitat en la prestació de serveis de suport per a una vida independent, fent èmfasi en l'accessibilitat i factors d'exclusió.

Arribar a tothom independentment de la situació personal o geogràfica, és una necessitat que, tot i sent essencial, a la realitat, costa de complir. És per això que s'ha de **garantir l'equitat en l'accessibilitat i intensitat de serveis adequada a cada situació i moment vital, i a totes les franges d'edats**, reduint les desigualtats territorials. En aquest eix, es posa molt èmfasi en poder **atendre de forma integral**, a les **persones en situació de vulnerabilitat econòmica** i **evitar que les dones es vegin obligades a limitar les seves activitats habituals** a les de cura.

I.3 Potenciar una **estratègia preventiva i de foment de l'autonomia** des d'una una visió de **comunitats inclusives**.

3.1. Promocionar ciutats, comunitats i ciutadania saludables i apoderades amb el seu futur, per viure amb el màxim de capacitats possibles.

En aquest cas, el coneixement i la seva transmissió, són aspectes rellevants que s'han de cuidar per arribar a apoderar a la societat. És per això que es proposar **donar suport als programes conjunts entre salut i educació pel foment d'hàbits de vida saludable dins l'àmbit escolar i del lleure**, promocionant l'activitat física i l'esport accessible, amb programes adaptats a l'edat.

També es volen impulsar les **iniciatives comunitàries per a la promoció d'activitats significatives i d'integració per a persones de totes les edats, en entorns naturals** (green care) així com les que promoguin el **retorn del control de la pròpia vida i de l'impacte de les decisions** que afecten el seu futur en relació a l'autonomia personal.

3.2. Potenciar ciutats saludables, accessibles, adaptades i amigables, orientades sobretot a les persones en situació de dependència i les persones amb discapacitat o amb diversitat funcional, assegurant el compliment de la normativa i nous reptes d'accessibilitat universal, tot contribuint a la promoció d'un entorn accessible i saludable.

Aquest dret és fa possible mitjançant el desenvolupament **d'accions d'urbanisme**, que facilitin **l'adaptació de l'entorn de vida de les persones**, mitjançant el **disseny universal i planificació a curt, mig i llarg termini de ciutats saludables i accessibles, amigables amb les persones grans i de les persones amb diverses capacitats**. Això implica:

- Potenciar **estratègies i desplegament de plans pel disseny de l'espai públic** i del transport accessible com a **potenciador de l'autonomia**, donant un **paper actiu a les persones usuàries** com a expertes.
- Establir **mecanismes que garanteixin el compliment de la normativa** en matèria d'accessibilitat, mitjançant controls i respectant els terminis.

També es considera oportú crear **sinèrgies amb el moviment associatiu i el voluntariat** en vers a la promoció de l'autonomia personal al llarg de tota la vida i **possibilitar polítiques de fiscalitat de suport a l'autonomia**.

I.4 Prioritzar les intervencions de suport a l'autonomia i el desenvolupament en la infància i l'adolescència.

4.1. Potenciar la detecció, valoració i atenció precoç dels infants i adolescents en risc o situació de dependència.

Parlant d'afectacions que impedeixen a la persona viure de forma autònoma, créixer i desenvolupar-se es posa de manifest la gran vulnerabilitat que tenen aquells/es nens/es i joves en situació de dependència que, per el seu estat transitori o permanent, es veuen discriminats davant de les oportunitats. És per aquest motiu que s'ha d'apostar pels **suports precoços per la vida autònoma, des de l'etapa perinatal, articulant mesures**

d'atenció integrada amb serveis de salut (APS, CSMIJ,...), educació (EAPS, ...), social (CDIAP, ...) i serveis comunitaris per vida autònoma i garantint la continuïtat entre serveis i la seva continuïtat al llarg del temps.

També s'ha de potenciar el **Servei d'atenció domiciliària (SAD) de 0-3 anys amb enfocament preventiu** en poblacions vulnerables i **crear serveis** que permeten la continuïtat **multidisciplinària post-atenció primerenca (0-6anys)**, adreçats a l'infant i adolescent que precisen **suport a l'autonomia i atenció de llarga durada quan finalitzen l'atenció al CDIAP als 6 anys.**

En un moment de transicions i canvis com és l'etapa adolescent, s'han de poder acompanyar, preferentment amb un/a **referent únic/a**, els/les joves que precisen **suport en la presa de decisions** (16-20 anys) per a que puguin **planificar el futur amb equips interdisciplinaris**, de forma **conjunta amb família o referents socials de suport.**

En relació al COM, les línies i principals accions transformadores de canvi prioritzades son:

II.1 Augmentar de forma substantiva el finançament de l'atenció domiciliària i d'aquells altres serveis que s'adrecen a promoure l'autonomia

→ Implica incrementar l'assignació de recursos a l'atenció domiciliària, i facilitar els enfocaments de prestació innovadors, alineat amb el desplegament de les accions recomanades en el Pla Estratègic de Serveis Socials 2021-2024 (PESS) relacionades amb l'increment de finançament i cobertura citats en l'Eix 8, de Promoció de l'autonomia personal en l'àmbit de l'atenció domiciliària. El Departament aspira a fer possible el contingut del nou Model amb un augment del finançament de dues vegades i mitja el nivell actual en el període dels propers 5 anys (subjecte a aprovació pressupostària, i comptant amb el finançament de la dependència per part de l'Estat).

Les propostes estan relacionades amb l'increment de la cobertura per donar resposta a les necessitats de la població, així com incrementar la intensitat/per persona en funció de les necessitats i preferències personals, així com de les capacitats i nivell de complexitat; també es necessari millorar el finançament que la Generalitat paga a l'administració local per aportar el preu real corresponent als convenis aplicables al sector.

→ Existència d'un sistema de finançament en atenció primària de salut i social sensible al desenvolupament del Programa d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari (PAID).

→ Increment del finançament per tecnologies de suport i cura, teleassistència avançada, bancs de productes de suport i teràpia ocupacional.

II.2 Reforçar la governança innovadora i transformadora per aconseguir l'atenció integrada de l'atenció a l'entorn domiciliari i comunitari.

- 2.1. Establir un marc normatiu i ètic fonamentat en els drets, l'atenció centrada en la persona, l'equitat territorial i personal i l'atenció integral. Entre les accions essencials que caldria activar en les propers 2 anys és:
- Creació, elaboració participativa, aprovació i desplegament de la Llei Catalana de Promoció de l'Autonomia i Atenció de Llarga Durada.
 - Revisar i reformar el marc normatiu que permeti flexibilitzar i efectuar una veritable atenció integrada de Salut i Social a Catalunya.
- 2.2. Desplegar instruments que permetin la governança d'una atenció integrada altament efectiva i sostenible, que faciliti avançar cap a una governança multinivells i de col·laboració entre els agents que intervenen en els sistemes de serveis socials i sanitaris. Entre aquests instruments destaquen com prioritaris:
- Creació i desplegament de l'Agència integrada per la promoció de l'autonomia personal com instrument clau de governança acordat a nivell del Parlament de Catalunya, que faciliti la coordinació i integració de sistemes, minimitzant les càrregues estructurals de l'atenció integrada.
 - Potenciar la participació de la ciutadania en el procés de planificació dels serveis, tenint en compte els valors d'una societat inclusiva i en línia amb els principis de la Convenció de drets de les persones amb Discapacitat, mitjançant estratègies de co-disseny, coproducció i apoderament de la persona i l'entorn cuidador.
- 2.3. Canviar en el sistema de finançament i contractació, destacant entre les accions a desenvolupar les següents:
- Dissenyar un **nou sistema d'assignació de pressupost individual per a les persones amb discapacitat o en situació de dependència segons segons intensitats ajustades a necessitats, a les preferències de les persones i a resultats**, on cada persona pugui tenir l'opció de triar i participar en la gestió del seu pressupost destinat als serveis de suport que pugui necessitar per assolir el màxim nivell d'autonomia possible. Implica un nou sistema d'assignació global de recursos socials per cada persona en funció del seu grau de dependència i les seves necessitats.
 - Canvi del model del sistema de finançament basat en necessitats i intensitats de suport flexibles, amb un finançament capítatiu social i sanitari previ acord amb els dos sistemes de provisió de serveis, ajustat per característiques de la població/territori i basat en resultats.
 - Modificar el sistema de concertació vers un finançament global únic per persona.
 - La provisió dels serveis integrats ha de ser de responsabilitat pública, superant la subvenció i donar més estabilitat a les entitats prestadores de serveis a través de la

concertació i d'altres mecanismes estables i dinàmics de compra de serveis en base a les necessitats de les persones i persones cuidadores de cada territori.

II.3 Aconseguir una Administració pública inclusiva, flexible i àgil

- 3.1. Articulació d'estratègies que facilitin una administració inclusiva, menys burocràtica, que doni suport a projectes vitals dinàmics i no a prescripció de serveis estancs.
 - Cal oferir **una finestra única** per accedir als diferents serveis de suport per a projectes de vida independent a la comunitat de persones que precisen suport, amb mirada sistèmica i no fragmentada.
 - Desenvolupar **instruments per efectuar un procés de planificació, gestió i seguiment** per part de les diferents administracions, que permeti flexibilitzar la tipologia i la manera de prestació dels serveis, amb una estratègia de simplificació administrativa, que li permeti efectuar un seguiment i avaluació (com per exemple, la definició del Conjunt Mínim Bàsic de Dades Social (CMBD) o la Central de Resultats de l'Àmbit Social i de l'atenció integrada).
 - Una clara aposta per la garantia i promoció de la **qualitat** en la provisió i prestació de serveis, **incorporant sistemes d'avaluació dinàmics i integrats centrats en la persona.**

- 3.2. Apostar per la innovació en les prestacions i els sistemes de treball i foment de les iniciatives de millora a tots els nivells, emprant metodologies basades en l'evidència per a la introducció i avaluació de la innovació, així com per la seva generalització. Impulsar el desplegament de 2-3 projectes ambiciosos de transformació de model, emprant fons europeus de transformació per finançar-los (per exemple, aprofitar els Fons europeus de *Next Generation* per posar en marxa algunes de les prioritats establertes).

- 3.3. Potenciar la recerca per transformar l'atenció a les persones i millorar l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència del sistema d'atenció social i sanitari, potenciant temes que millorin la promoció de l'autonomia i la prevenció de la dependència, així com iniciatives que ajudin a apoderar a les persones en el desplegament del seu projecte vital, en funció de preferències i capacitats.

- 3.4. Enfortir els sistemes d'informació de suport a la promoció de l'autonomia que permeti sistemes de gestió interadministratiu que facilitin la prescripció i gestió integrada de serveis per evitar desplaçaments i gestions innecessàries i per duplicat a les persones i familiars de referència, amb sistemes de registre únic de l'atenció integrada amb plataformes segures i interoperables previ acord de tractament de la informació amb cada persona.

II.4 Suport i reconeixement social i econòmic de les i els professionals i persones cuidadores no professionals.

- 4.1. Dignificar les condicions de treball de les persones que es dediquen a l'àmbit de les cures (promoció de l'autonomia i atenció de llarga durada), incloent-hi tant professionals, com les persones cuidadores no professionals, especialment per aquelles que tenen una intensa i continuada dedicació. Implica entre d'altres:
- L'Elaboració, desplegament i avaluació del Pla de millora dels professionals d'atenció a la dependència que inclogui la perspectiva de gènere, per l'**abordatge de la precarietat laboral, i millora del** suport i reconeixement de les persones que es dediquen a les cures a través de la millora de les condicions laborals, la creació de comunitat de suport i la millora de la percepció social del col·lectiu cuidador.
 - Augment dels ratis i adequació dels perfils professionals per donar resposta a les necessitats i càrrega de treball existent.
 - **Suport i capacitació a persones cuidadores no formals**, amb incorporació de tota la xarxa cuidadora de la persona en les polítiques d'integració, suport i acompanyament, amb sensibilització i enfortiment de la cultura dels professionals cap al suport a la vida independent, canvi de rol i apoderament dels/de les professionals de base de serveis socials i de les i els professionals d'atenció primària de salut, de forma coordinada i conjunta, per donar resposta als reptes que planteja la proposta del nou model.

Aquests canvis estructurals, organitzatius, de mirada i conceptuals de la dependència respon a la visió que té el nou sistema que vol esdevenir el principal pilar de l'atenció social i sanitària en l'entorn proper de les persones, des de la proximitat i integrat a la comunitat. Això es fa possible per l'articulació d'una xarxa de serveis integrats d'atenció domiciliària i de serveis de l'entorn comunitari, amb vocació de ser universal, de qualitat, flexible, efectiva, sostenible, eficient i centrada en la persona, que proporcioni una bona experiència d'atenció, treballant de manera harmònica amb el conjunt d'agents implicats.

Son necessaris nous formats de plantejament, ordenació i governança dels sistemes de serveis socials i de salut, així com una implicació global a nivell de govern, amb inclusió d'altres àrees a més de serveis socials i de salut, com son l'àrea de treball del DTASF, educació, habitatge i urbanisme entre altres.

Perquè aquest Model sigui possible, cal destinar més i millors recursos a crear alternatives reals a l'actual sistema, on es precisa una dotació pressupostaria extraordinària, valorant la possibilitat que sigui en el marc d'un pla intersectorial més enllà del propi sistema de serveis socials, que aposti per incrementar a fons els serveis i suports en la pròpia llar i entorn comunitari i els serveis de tipus entremitjos.

I finalment, fer una aposta decidida per fer un bon inici a la vida, per fer una intervenció des de les primeres edats, on cal destinar més i millors recursos a tot el que permeti afavorir el

desenvolupament dels/de les infants amb necessitats de suport per causa d'un trastorn en el desenvolupament o un risc de patir-lo. Per tant, implica una mirada preventiva molt important, i una aposta pel futur.

ANNEX 1. GRUP DE TREBALL

Integrants del grup de treball

| <i>Nom</i> | <i>Càrrec</i> |
|-------------------------|---|
| Adelina Comas-Herrera | London School of Economics |
| Antoni Vilà | Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) de la UAB |
| Esther Limón | Representant de la CAMFiC. Metgessa. Institut Català de la Salut - ICS. |
| Eva Gausachs | Infermera. Àmbit salut mental i addiccions. |
| Guillem López Casanovas | Economista UPF. Director del Centre de Recerca en Economia i Salut |
| Javier Yanguas | Director Científics del Programa Envel·liment de "la Caixa" |
| José Augusto Garcia | President de la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia i Director General del Consorci de Salut i Social de Catalunya |
| Manel Balcells | President del Consell Assessor Departament de Salut. Director del Centre per a la Integració de la Medicina i les Tecnologies Innovadores (CIMTI). |
| Marco Inzitari | Parc Sanitari Pere Virgili |
| Mariona Rustullet | Directora Tècnica de SUMAR Serveis Públics d'Acció Social de Catalunya |
| Mercè Generó | Gerent Osonament. Centre Psicopedagògic d'Osona |
| Mercè Mas | Membre de la Executiva del Consell de Gent Gran de Catalunya |
| Montse Lupon | Ex Subdirectora general de Planificació i Gestió Pressupostària. DTASF |
| Oriol Fuertes | CEO de QIDA |
| Pepita Cabiscol | Cap del servei d'atenció a les persones amb discapacitat del Servei d'atenció a persones amb drogodependència, del Consorci de Serveis Socials de Barcelona |
| Pilar Rodríguez | ABD Adjunta a Gerència i Directora de la Unitat Operativa |
| Teia Fàbrega | Directora del consorci d'Acció Social de La Garrotxa |
| Víctor Bayarri | Plataforma ciutadana "Volem Llars per Viure" |

Altres integrants de grups monogràfics que van estar convidats i han participat en l'elaboració de la proposta d'accions a prioritzar

| <i>Nom</i> | <i>Càrrec</i> |
|--------------------|--|
| Anna Palou | Subdirecció General d'Anàlisi i Programació. Direcció General de Serveis Socials. DTASF. |
| Anna Rufi | Coordinadora Serveis socials de l'Ajuntament de Vic. Consultora Sistema d'Informació DTASF. |
| Anna Vila | Promoció de l'autonomia i atenció a al dependència. DTASF. |
| Belén Enfedaque | Direcció Estratègica d'Atenció Primària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya |
| Enric Arqués | President de Fòrum Salut Mental i Addiccions |
| Francisco Villegas | Cap de Servei Àrea de Rehabilitació Psicosocial. Centre d'Higiene Mental Les Corts. Director AMMFEINA. |

| <i>Nom</i> | <i>Càrrec</i> |
|------------------------|--|
| Goya Galera | Cap de Secció de Valoració i Seguiment. Servei d'Atenció a les Persones de les Comarques de Barcelona. Serveis Territorials de Barcelona. DTASF. |
| Joan Carles Contel | Pla Director sociosanitari. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya (PPAC). Pla d'atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS). |
| Jordi Amblàs | Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) i Pla Director Sociosanitari (PDSS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central. Càtedra de Cures Pal·liatives. UVic-UCC. Vicepresident Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. |
| Jordi Blanch | Director Pla Director de salut mental i addiccions. Departament de Salut |
| Jordi Roca | Responsable operatiu d'Atenció Intermèdia del CatSalut i Gerent de l'Hospital de la Santa Creu de Vic |
| Magda Casamitjana | Directora del Programa d'abordatge integral dels casos de salut mental d'elevada complexitat. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. |
| Margarida Saiz | Cap del Departament de Serveis de Vida Independent Institut Municipal de Persones amb Discapacitat. Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI. Ajuntament de Barcelona. |
| Meritxell Benedí | Directora General de Serveis Socials. DTASF. |
| Montse Dolz | Subdirectora General d'Anàlisi i Programació. Direcció General de Serveis Socials. DTASF. |
| Rafael Ruiz | Director estratègic d'atenció primària. Departament de Salut. |
| Raúl Alcazar | Director. Sant Pere Claver - Fundació Serveis Socials. |
| Sebastià Santa Eugènia | Director Pla Director sociosanitari. Departament de Salut |

Nota: En **Annex 1** es pot consulta el nom de les persones convidades a participar en el Delphi.

Secretaria tècnica, coordinació del grup de treball i suport metodològic

| <i>Nom</i> | <i>Càrrec</i> |
|----------------|---|
| Rosa Suñol | Presidenta Fundació Avedis Donabedian |
| Pilar Hilarion | Subdirectora Institut Universitari Avedis Donabedian de la UAB. REDISSEC. |