

Dossier de premsa

Desplegament de l'atenció integrada social i sanitària (AISS) a Catalunya

Àmbit domiciliari i comunitari: noves experiències 2025



Per què és necessària l'atenció integrada social i sanitària?

Al llarg de la vida, les persones podem tenir necessitats d'atenció sanitària o d'atenció social; en alguns casos, aquestes necessitats es presenten de forma simultània i poden requerir la intervenció de múltiples equips. En aquests moments, es fa necessària una atenció especialment coordinada per part dels serveis sanitaris i socials.

Catalunya aposta per l'atenció integrada social i sanitària com a eina estratègica per garantir una resposta de qualitat i equitativa a les persones amb necessitats d'atenció: persones grans, amb discapacitat, amb problemàtica social derivada de salut mental i, en general, a totes les persones amb necessitats complexes.

Amb l'atenció integrada social i sanitària, l'objectiu és evitar la fragmentació de serveis i oferir una atenció més centrada en la persona. Aquest model integrat permet que cada persona disposi d'un pla d'atenció únic, elaborat a partir d'una valoració conjunta de les seves necessitats socials i sanitàries. A més, s'assigna un professional de referència (gestor/a de cas) que coordina l'atenció, tant des de l'àmbit sanitari com des del social, assegurant seguiment i continuïtat.

L'atenció integrada és una oportunitat per transformar el sistema, una palanca de canvi cap a una atenció de més valor i amb valors.



El desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya

Actualment, els Departaments de Salut i de Drets Socials i Inclusió estan en ple procés de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a través de **4 línies estratègiques**:



1. Atenció integrada a les residències

L'objectiu és oferir a les persones que hi viuen la mateixa atenció sanitària de qualitat que a la resta de població, per part del sistema públic de salut.

Això implica que sigui tot l'equip d'atenció primària (EAP) qui, conjuntament amb els professionals de les residències de gent gran doni resposta a les necessitats sanitàries de les persones que hi viuen.

La monitorització del desplegament de l'atenció integrada a les residències es realitza per mitjà de la signatura conjunta d'un document de pràctiques integrades (DPI) entre els centres residencials i els EAP. En aquest DPI es recullen i consensuen els elements clau del treball col·laboratiu entre ambdós equips.

Actualment, pràcticament ja s'ha finalitzat aquesta fase 1 del desplegament. Concretament, en dades d'1 de juliol de 2025, el 99% dels EAP (317/320) i el 95% de les residències de gent gran (992/1046) ja han signat el DPI. Això ha implicat un reforç dels EAP, amb un pressupost anual de 15 milions d'euros addicionals.



2. Atenció integrada a l'entorn domiciliari

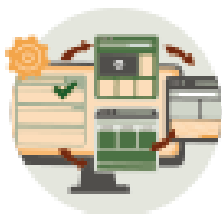
Vol promoure el domicili com al lloc natural d'atenció de les persones i dels seus cuidadors, d'acord amb les seves necessitats, valors i preferències. Fomenta l'atenció proactiva, integral i integrada, a partir d'un pla d'atenció únic i compartit entre tots els professionals i la persona.

Per tal de desplegar aquest model arreu de Catalunya, s'estan acompanyant, potenciant i avaluant experiències territorials amb l'objectiu de reforçar i consolidar intervencions i assolir aprenentatges que permetin seguir progressant en aquest àmbit.

El Pla de Govern de la XV legislatura prioritza **incrementar el nombre d'experiències territorials** d'atenció integrada social i sanitària en l'entorn domiciliari i comunitari.

Per això, aquest 2025, el desplegament s'amplia amb 6 noves experiències territorials que presentem avui i que se sumen a les 8 ja en marxa. A més, abans que acabi el 2025 està previst impulsar quatre noves experiències més, de manera que el nombre total d'iniciatives desplegades arreu de Catalunya serà de 18. Permetran arribar a **1,5 milions de persones – un 25% de la població catalana.**

3. Integració dels sistemes d'informació



El model integrat de sistemes d'informació social i sanitari ha d'oferir solucions digitals que facilitin la compartició i la integració de la informació generada pel sistema de salut i el sistema de serveis socials, facilitant així els tràmits als ciutadans i millorant l'atenció a les persones. S'estan realitzant diferents avenços:

Per primera vegada, els professionals dels serveis socials dels ens locals i els professionals de salut poden compartir informació, gràcies a la posada en funcionament d'uns microvisors **(Salut+Social i Social+Salut)** l'agost de 2024. **Des de l'estiu passat s'han registrat més de mig milió d'accessos per part dels professionals.**

Gràcies a aquests microvisors, els professionals dels serveis socials poden consultar un conjunt acordat de dades de l'historial clínic de les persones ateses. Per la seva banda, els professionals socials i sanitaris de la Xarxa Pública de Salut tenen accés directe a consultar les dades de dependència i/o discapacitat dels pacients.

Fins ara, les persones que sol·licitaven una valoració de dependència havien de desplaçar-se al seu centre d'atenció primària de salut per demanar un informe mèdic que s'havia d'adjuntar a la sol·licitud. Gràcies a aquests microvisors, ja no cal. Els treballadors dels equips de valoració de la dependència, que han de tramitar aquesta sol·licitud, tenen accés a aquestes dades del sistema públic de salut des del seu ordinador.

S'estima que això permet **estalviar unes 140.000 visites anuals de la ciutadania al CAP** per sol·licitar l'informe mèdic; també ha agilitzat els tràmits de la sol·licitud i facilita la feina dels professionals.

A més, s'han iniciat diferents projectes de construcció de plataformes i repositoris de compartició de dades i espais de treball conjunt entre els EAP i les àrees bàsiques de serveis socials (ABSS).



4. Creació de l'Agència d'atenció integrada

L'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària (AGAISS-Cat), impulsada pels Departaments de Drets Socials i de Salut - i amb la col·laboració dels ens locals-, serà l'instrument que ha de permetre dur a terme totes les línies estratègiques d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya.

Una vegada aprovat el projecte de Llei de l'AGAISS-Cat per part del Govern el passat mes de desembre, **ja s'ha iniciat la tramitació parlamentària**, que tindrà lloc per la via d'urgència. Serà a partir de la seva aprovació que es podran concretar els terminis per a la seva posada en funcionament.



Desplegament AISS en l'entorn domiciliari i comunitari

Nous territoris 2025



Segons l'[Enquesta Òmnibus](#) de la Generalitat de Catalunya (2024), el 93% de la població preferiria rebre atenció a l'entorn domiciliari en cas de situació de dependència. Aquesta dada reafirma la necessitat de continuar avançant cap a un model que prioritzi l'atenció al propi domicili i a la comunitat, evitant desplaçaments innecessaris i facilitant una millor qualitat de vida.

En aquest sentit, l'atenció integrada social i sanitària en l'àmbit domiciliari s'està desplegant actualment en **8 territoris de Catalunya**: 7 d'elles són d'atenció domiciliària (Amposta, El Prat Llobregat, Osona, Manresa, Garrotxa, Ripollès i Barcelona ciutat.) i 1 específica de l'àmbit comunitari en salut mental (Gironès).

Ara s'hi sumen **6 noves experiències** (Alt Empordà/Figueres, l'Hospitalet de Llobregat, Mataró, Sant Andreu de la Barca, Sant Boi de Llobregat i Santa Coloma de Gramenet). Per aquest 2025, s'han seleccionat tant experiències amb un grau avançat de maduresa, com iniciatives que es troben en una fase inicial, però que es consideren prioritàries pel seu desplegament en territoris amb una necessitat especialment elevada de resposta integrada social i sanitària.

Objectius

1. Garantir un **pla d'atenció únic** per a cada persona, elaborat a partir d'una valoració conjunta de les seves necessitats socials i sanitàries
2. Assignar un **professional de referència (gestor/a de cas)** que coordini l'atenció, tant des de l'àmbit sanitari com des del social, assegurant seguiment i continuïtat.
3. Enfortir el **suport domiciliari** i avançar cap a un model proactiu, preventiu i centrat en **potenciar l'autonomia** de les persones.
4. Dotar els equips professionals dels territoris de **diferents solucions tecnològiques** per facilitar el treball conjunt i assegurar la continuïtat assistencial.

Beneficis

Per a les persones

- **Atenció centrada en la persona i en el seu entorn vital:** Les persones reben suport en el seu domicili, allà on se senten més segures i còmodes, millorant-ne el benestar, l'autonomia i la seva qualitat de vida.
- **Un únic pla d'atenció, un sol referent:** Cada persona compta amb un pla integral i un professional de referència que coordina la resposta a les seves necessitats. Es posa fi a la dispersió de serveis.
- **Una atenció més humana:** L'atenció és personalitzada, contínua i adaptada als valors i preferències de cada individu. S'eviten els ingressos hospitalaris innecessaris i creix el nombre de dies a casa.
- **Resposta àgil a situacions complexes:** La integració entre salut i serveis socials permet actuar ràpidament davant fragilitats, dependència o malalties cròniques.
- **Suport a famílies i cuidadors:** Es proporciona orientació i acompanyament, alleugerint la càrrega de qui cuida.
- **Més agilitat, menys tràmits:** Amb l'accés creuat de dades entre salut i serveis socials, es redueix la burocràcia i es facilita la gestió de la dependència (habilitació de visors de Salut per a Serveis Socials i de Serveis Socials per a Salut).

Per als equips professionals

- **Treball en xarxa, decisions compartides:** S'estableixen circuits clars de coordinació entre salut i serveis socials, millorant el flux de treball i la qualitat de la resposta.
- **Enfocament proactiu i preventiu:** L'atenció domiciliària integrada permet detectar riscos, anticipar-se a les crisis i actuar abans que esdevinguin urgents.
- **Noves competències, més reconeixement:** La formació, les noves eines i els espais de treball interdisciplinaris reforcen la motivació i el rol dels professionals.
- **Desburocratització:** El treball conjunt i l'accés a informació clau, eviten duplicitats, agilitzen processos i permeten un seguiment més fluid dels casos.

Per al sistema de salut i social

- **Millor ús dels recursos:** Es redueixen les hospitalitzacions i les estades innecessàries, fent el sistema més eficient i sostenible.
- **Reducció de la fragmentació:** La visió conjunta entre salut i social afavoreix la integració dels serveis i facilita polítiques més transversals i menys compartimentades.
- **Resposta adaptada als reptes socials actuals:** L'envelliment, la cronicitat i les situacions de vulnerabilitat cada cop més complexes exigeixen un model flexible com l'atenció integrada.
- **Impuls a la innovació tecnològica i organitzativa:** El model promou el seguiment remot, la teleassistència i la gestió compartida de la informació, millorant la coordinació i la resposta.

Noves experiències 2025

Santa Coloma de Gramenet

- L'experiència està orientada a persones grans o amb dependència. Té per objectiu **evitar o retardar ingressos residencials, millorant les condicions de vida mentre romanen a casa** a través d'una atenció individualitzada i integrada i d'un seguit de serveis i prestacions.
- S'inicia l'any 1994, quan l'Ajuntament va habilitar les treballadores socials de l'àmbit de salut perquè poguessin tramitar serveis per a la gent gran o en situació de dependència.
- L'any 2006 activen el programa de SAD transitori. Partint d'un treball conjunt entre serveis socials i salut, es garanteix un servei per aquelles persones que, en el moment de l'alta hospitalària, presenten una dependència transitòria i requereixen d'un suport temporal al domicili per recuperar la seva autonomia i garantir el seu retorn a la comunitat.
- El 2018, posen en marxa el programa Pro-PCC, una iniciativa d'atenció integrada per a persones amb doble complexitat social i sanitària, que els facilita una major i millor atenció a la seva llar.
- **Pràctiques de valor de l'experiència:** 1) Cartera de serveis i finestra única de SAD; 2) Programa de suport al cuidador, 'Al costat de qui cuida'; que inclou respir domiciliari, teràpia ocupacional, orientació social i grup d'ajuda mútua; 3) Gestió de cas/programa Pro-PCC.

Alt Empordà

- El projecte s'inicia el 2015.
- Té per objectiu **afavorir els processos d'innovació** en l'atenció integrada social i sanitària a la comarca, de la mà de la Fundació Salut Empordà, en col·laboració amb el Consell Comarcal de l'Alt Empordà i l'Ajuntament de Figueres.
- **Pràctiques de valor de l'experiència:** 1) Plans d'atenció consensuats; 2) Espais de formació compartits; 3) Grups de suport per a familiars; 4) Banc de productes de suport i servei de teràpia ocupacional; 5) Observatori Indika - analitza l'impacte dels determinants socials en la salut-; 6) Prevenció del maltractament en les persones grans; 7) Desplegament del Projecte EMISSE - promou la innovació social en àmbits com: diagnòstics territorials compartits, integració d'estructures, circuits i processos d'intervenció, o creació de bases de dades compartides, entre altres-.

L'Hospitalet de Llobregat

- Es troba en la seva primera fase de desenvolupament al barri del Gornal, escalable a la resta de la ciutat.
- Està orientat a **persones en situació de doble complexitat** (social i sanitària) i té per objectiu **promoure una atenció individualitzada i integrada en el seu domicili** a través d'una valoració global i un pla d'atenció únic.
- **Pràctiques de valor de l'experiència:** 1) Treball col·laboratiu entre unitats territorials de cronicitat i serveis socials; 2) Detecció de problemes o risc social abans de l'alta hospitalària, 3) Atenció proactiva a persones amb risc alt de reingrés, coordinant serveis sanitaris i socials per millorar la continuïtat de les cures.

Mataró

- S'inicia l'any 2021.
- Està orientat a persones que, en el moment de l'alta hospitalària, presentin una dependència transitòria amb pronòstic favorable a curt termini. Té per objectiu **garantir una cobertura de SAD durant un període temporal perquè puguin mantenir-se al seu domicili** i recuperar la seva autonomia. També inclou persones fràgils amb cronicitat avançada (MACA), amb un pronòstic d'esperança de vida inferior a 6 mesos, a qui es busca oferir una **atenció individualitzada i integrada a la seva llar**.
- **Pràctiques de valor de l'experiència:** 1) SAD Transitori; 2) Projecte Mataró Ciutat Cuidadora, amb un espai que ofereix informació i suport a persones cuidadores amb l'objectiu d'enfortir les xarxes de cures a la comunitat i millorar la seva qualitat de vida; 3) Extensió del Programa ProPCC, en col·laboració amb els serveis socials municipals, una iniciativa d'atenció integrada per a pacients crònics complexos que els facilita una major i millor atenció al seu domicili; 4) Desplegament d'un nou SIRIUS, 5) Programes d'atenció i cura a persones cuidadores.

Sant Andreu de la Barca

- S'inicia l'any 2022.
- Està orientat a persones adultes/grans amb necessitats socials i sanitàries complexes. Té per objectiu **millorar l'atenció i el suport que reben partint del treball col·laboratiu** entre el treballador social dels serveis socials i el treballador social sanitari de l'equip d'atenció primària (EAP).

- **Pràctiques de valor de l'experiència:** 1) Model de valoració i pla d'atenció únic; 2) gestió de cas i de recursos dual (referent i co-referent); 3) Agenda setmanal compartida; 4) Taula d'atenció comunitària amb visió atenció integrada, 5) Garantia de resposta sanitària i social 7x24.

Sant Boi de Llobregat

- S'inicia al barri Vinyets, però és escalable a la resta de la ciutat.
- Està orientada a donar resposta a persones grans amb fragilitat, cronicitat complexa i avançada (PCC i MACA). Té per objectiu **garantir que reben una atenció integrada** per part dels serveis socials i els equips d'atenció primària de Salut (SAD i ATDOM) **al seu domicili**.
- **Pràctiques de valor de l'experiència:** 1) Creació d'una estructura formal de pràctica col·laborativa amb professionals dels àmbits social i sanitari; 2) Mapa d'actius comunitaris, on hi consten recursos d'atenció a la comunitat per a persones que reben atenció domiciliària; 3) Projecte sobre soledat no desitjada; 4) Treball col·laboratiu amb recursos específics de salut mental.



Glossari

AISS: Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya

AGAISS-Cat: Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària

ATDOM: Programa d'atenció domiciliària de l'atenció primària i comunitària, que s'adreça a aquelles persones que no poden desplaçar-se habitualment al CAP i que són ateses majoritàriament al seu domicili. El conjunt de serveis de salut i de serveis socials d'atenció domiciliària es despleguen amb la finalitat que la persona pugui romandre en el seu domicili amb una bona qualitat de vida tant de temps com sigui possible. [FONT: Departament de Salut.](#)

ATENCIÓ 7 X 24: Atenció social o sanitària que s'ofereix durant les 24 hores del dia cada dia de la setmana, la qual permet garantir la resposta d'atenció en qualsevol moment. [FONT: Terminologia de l'atenció integrada. TERMCAT.](#)

ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA: Model d'atenció integrada en què la persona atesa és part activa de la planificació, el desenvolupament i l'avaluació del procés d'atenció, amb l'objectiu que aconseguixi els màxims nivells possibles de salut, qualitat de vida i benestar, i se li respectin la dignitat, els drets, les necessitats i les preferències. [FONT: Terminologia de l'atenció integrada. TERMCAT.](#)

ATENCIÓ INTEGRADA: Model d'atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris. Té com a objectiu obtenir bons resultats en salut i benestar, una adequada utilització dels recursos i una bona experiència d'atenció, amb el qual es garanteix l'atenció integral i l'atenció centrada en la persona. [FONT: Terminologia de l'atenció integrada. TERMCAT.](#)

BANC DE PRODUCTES DE SUPORT: Consisteix en la prestació de productes a les persones amb discapacitat o dependència en modalitat de préstec, amb l'objectiu de millorar la seva autonomia personal o bé facilitar la tasca del seu cuidador, generalment en situacions de necessitat sobtada o esdevençuda en poc temps, sigui transitòria o de llarg termini.

CONFERÈNCIA DE CAS: Metodologia que facilita la presa de decisions compartida entre les persones i els professionals implicats en la seva atenció, d'acord amb un procés estructurat que conclou amb l'elaboració d'un pla d'atenció únic. [FONT: Model Català de Conferència de Cas.](#)

GESTIÓ DE CAS: Procés de col·laboració mitjançant el qual es valoren, planifiquen, faciliten, coordinen, avaluen i defensen les opcions i serveis necessaris per satisfer les necessitats integrals de salut i cura d'una persona i la seva família, mitjançant la comunicació i provisió de recursos disponibles per promoure la seguretat, cures de qualitat i resultats cost-efectius en el procés d'atenció.

PCC i MACA: Persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA), que es beneficien especialment d'un procés d'individualització de la seva atenció.

[FONT: Departament de Salut.](#)

PLA D'ATENCIÓ ÚNIC O COMPARTIT: Projecte ordenat d'atenció social o sanitària d'una persona que recull els objectius, les activitats, les tasques, els recursos, les prestacions, les responsabilitats, la temporització i els mecanismes de seguiment acordats entre la persona atesa i el seu entorn o els professionals que l'atenen amb la finalitat de respondre de forma proactiva a les necessitats identificades de forma prioritària. [FONT: Terminologia de l'atenció integrada. TERM CAT.](#)

ProPCC: projecte d'atenció integrada orientat a persones amb cronicitat complexa que els facilita una major i millor atenció al seu domicili.

SERVEI D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA (SAD): Conjunt organitzat de recursos i accions adreçades a les persones que, per raó d'edat, dependència o discapacitat tenen limitada l'autonomia per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària o requereixen atenció permanent i a distància. [FONT: Departament de Drets Socials.](#)

SERVEI D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA (SAD) TRANSITORI: Conjunt organitzat de recursos i accions adreçades a persones que han patit un canvi en la seva situació de salut, que provenen d'un ingrés hospitalari, i necessiten un suport temporal per mantenir-se al seu domicili habitual i poder recuperar la seva autonomia.

SIRIUS: servei gratuït d'informació, orientació i assessorament en matèria d'accessibilitat, productes de suport i sistemes alternatius i augmentatius per a la comunicació.

TELEASSISTÈNCIA: Servei d'atenció domiciliària que s'adreça a persones amb un nivell d'autonomia limitat i amb dependència, a causa de l'edat o del seu estat físic, amb capacitat per a la utilització correcta del servei, que viuen soles o amb persones que no poden atendre-les de manera continuada i suficient. Té com objectiu la prevenció de l'aïllament social i la soledat no volguda, la prevenció i detecció precoç del deteriorament cognitiu i la demència.

Portal web de l'Atenció integrada social i sanitària:

<http://atenciointegradasocialisanitaria.gencat.cat/>

