

Pla estratègic d'atenció geriàtrica especialitzada de Catalunya

Bases del model de futur



Pla estratègic d'atenció geriàtrica especialitzada de Catalunya

Bases del model de futur

Alguns drets reservats

© 2023, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Unitat promotora:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

1a edició:

Barcelona, març de 2023.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

Pla editorial 2023:

Núm. de registre 3422

Direcció:

- Sebastià J. Santaeugènia Gonzàlez. Director del Pla director sociosanitari.
- Eva M. Melendo Azuela. Pla director sociosanitari.
- Sonia Mariscal Pérez. Pla director sociosanitari.

Autors:

- Jordi Amblàs Novellas. Departament de Salut.
- Íngrid Bullich Marin. Consorci Corporació Sanitària Taulí.
- Emma Costas Muñoz. Grup Mutuam.
- Benito J. Fontecha-Gómez. Consorci Sanitari Integral.
- Elisabeth Hernández Del Arco. Sant Andreu Salut.
- Marco Inzitari. Parc Sanitari Pere Virgili.
- Mireia Llonch Masriera. Consorci Sanitari de Terrassa.
- Ramon Miralles Basseda. Institut Català de la Salut.
- Albert Monterde Martínez. Badalona Serveis Assistencials.
- Jordi Roca Casas. Fundació Hospital Santa Creu de Vic.
- Montse Solé Casals. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.
- Ana B. Vena Martínez. Gestió de Serveis Sanitaris. Institut Català de la Salut.
- Antoni Salvà Casanovas. Fundació Salut i Envel·liment.

Han participat en la revisió d'aquest document:

- Direcció operativa d'atenció intermèdia del Servei Català de la Salut.
- Direcció estratègica d'atenció primària i comunitària.
- Direcció estratègica d'atenció integrada social i sanitària.
- Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Unió Catalana d'Hospitals.
- Associació Catalana d'Entitats de Salut.
- Institut Català de la Salut.
- Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia.

Índex

Prefaci	7
1. Introducció	9
1.1 Justificació.....	9
1.2 Antecedents a Catalunya: des del programa Vida als Anys fins al Pla d'atenció integrada social i sanitari.....	10
1.3 Polítiques actuals sobre les persones grans.....	12
1.4 La geriatria com a especialitat	14
1.5 Conceptes fonamentals o taxonomia emprada al Pla estratègic	15
2. Finalitat del Pla.....	17
2.1 Visió	17
2.2 Missió	17
2.3 Principis i valors.....	17
3. Estat de situació a Catalunya	19
3.1 Dades demogràfiques.....	19
3.2 Dades epidemiològiques	20
3.3 Dades de la utilització dels recursos sanitaris i socio-sanitaris	24
3.4 Xarxa atenció geriàtrica especialitzada.....	25
3.5 Unitats docents d'especialistes en geriatria i formació en geriatria a Catalunya.....	27
4. Evidència en l'atenció especialitzada a les persones grans	28
4.1 Evidència global.....	28
4.2 Evidència per dispositiu	29
5. Bases per a l'atenció geriàtrica especialitzada de present i de futur	31

5.1	Població diana	31
5.2	Elements clau del model d'atenció des de la geriatria especialitzada.....	32
5.2.1	Atenció centrada en la persona en l'atenció geriàtrica	33
5.2.2	Àrees d'expertesa de l'atenció geriàtrica: dels gegants de la geriatria a les 5Ms	35
5.2.3	La fragilitat com a fil conductor de l'atenció geriàtrica especialitzada.....	36
5.2.4	Les capacitats intrínseca i funcional com a finalitat.....	39
5.2.5	Canvi de paradigma en l'avaluació de resultats: nous indicadors per als nous temps.....	42
5.3	Principis clau del model assistencial des de l'atenció geriàtrica especialitzada.....	44
6.	Bibliografia	46
7.	Annexos	54
7.1	Recursos disponibles de geriatria aguda.....	54
7.2	Recursos disponibles a l'àmbit sociosanitari	55
7.3	Evidència dels dispositius d'atenció geriàtrica especialitzada.....	62
7.3.1	Unitats d'aguts de geriatria (UGA).....	62
7.3.2	Unitats d'ortogeriatria.....	63
7.3.3	Atenció geriàtrica especialitzada als serveis d'urgències.....	64
7.3.4	Unitats de mitjana estada (UME), convalsència o recuperació funcional	66
7.3.5	Hospital de dia geriàtric.....	68
7.3.6	Hospitalització domiciliària.....	68
7.3.7	Altres dispositius, models i unitats d'atenció domiciliària.....	71
7.4	Camps d'acció i principals actuacions en l'atenció geriàtrica sobre la base de la capacitat intrínseca.....	72

Prefaci

A Catalunya, les persones grans i amb problemes crònics de salut han estat tradicionalment **motiu d'especial atenció**, tant des del punt de vista de la planificació departamental com per part de les organitzacions i els professionals que les atenen. I ha estat així de la mà, en primer lloc, del programa Vida als Anys (1986) i, posteriorment, amb la creació del Pla director sociosanitari –PDSS– (2006), del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat –PPAC– (2011), i de l'actual treball per desenvolupar l'agència d'atenció integrada social i sanitària-AISS (2022).

El Pla director sociosanitari (PDSS) és l'instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar i coordinar les actuacions a desenvolupar en els àmbits de l'atenció de la salut a persones que necessitin atenció geriàtrica especialitzada, cures pal·liatives, que pateixen la malaltia d'Alzheimer i altres demències, així com a persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

En aquest moment que la pandèmia ha afectat d'especial forma les persones grans (i especialment aquelles que a més tenien problemes de salut crònics) a tots els àmbits assistencials, cal fer una revisió i actualització tant del **model d'atenció** com del **model assistencial**.¹

- El model d'atenció, entès com una proposta estructurada d'atenció amb un enfocament centrat en la persona, és l'eix vertebrador sobre el qual han de pivotar les respostes assistencials. Com a punt de partida de l'actualització del model d'atenció, el PPAC/PDSS va promoure un [estudi qualitatiu](#) per tal de conèixer la visió de les persones grans i amb problemes de salut crònics sobre com hauria de ser aquest model d'atenció. Fruit d'aquest treball, així com també d'un procés de consens entre professionals i organitzacions, a més de l'experiència prèvia acumulada els darrers anys, s'ha desenvolupat el [Model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa \(PCC\) o avançada \(MACA\)](#).
- El model assistencial fa referència a la proposta estratègica, operativa i de prestació de serveis que ha de donar una resposta estructurada a les persones a partir del model d'atenció consensuat. Especialment per a la població de perfil geriàtric i/o

amb problemes crònics de salut, complexitat i/o cronicitat avançada. Això requereix la combinació tant de profunditat com d'amplitud:²

- o Professionals experts i interdisciplinaris, i dispositius específics, amb una definició clara de rols, competències i responsabilitats.
- o D'una mirada transversal, amb una estreta coordinació entre aquests professionals i dispositius, per tal de garantir una resposta integral i integrada.

Aquest treball, donada la seva complexitat, es realitzarà en diferents etapes. Així, aquest Pla aborda la **planificació estratègica de l'atenció a les persones grans per part dels equips i dispositius geriàtrics especialitzats (atenció geriàtrica especialitzada)**, mentre que de forma conjunta amb la direcció estratègica d'atenció primària serà necessari el replantejament de l'atenció a la gent gran de forma transversal, així com amb Salut Pública.

La xarxa d'atenció geriàtrica especialitzada desenvolupada a Catalunya des de 1986 en el marc del serveis socio-sanitaris ha estat una iniciativa diferenciada respecte a la situació de l'atenció geriàtrica en altres comunitats autònomes. L'actualització del model d'atenció i el model assistencial geriàtric a les característiques actuals i de futur de les persones grans ha de partir de la millor evidència disponible, de la diversitat territorial catalana i de la declaració formal que l'atenció geriàtrica s'orienta a donar la millor atenció possible a aquelles persones grans que patint una descompensació o crisi del seu estat de salut, es beneficien d'intervencions interdisciplinàries per part d'equips especialitzats, ja sigui com a líders del procés d'atenció (unitats geriàtriques d'aguts, unitats de recuperació funcional...) o donant suport a altres equips professionals a petició seva (com atenció primària i comunitària (APiC) de salut o altres especialistes hospitalaris).³

1. Introducció

1.1 Justificació

Al llarg dels darrers decennis, Catalunya ha presentat un viratge demogràfic i epidemiològic que l'ha portada a presentar un envelliment progressiu de la població i un increment de la prevalença de persones amb malalties cròniques, sovint amb fragilitat i complexitat associades.^{4,5} Basat encara en un paradigma centrat en la malaltia dissenyat per donar resposta a la realitat predominant al segle passat,⁶ el sistema de salut sovint es veu impotent per donar la resposta més adequada a les **necessitats d'aquest grup de població** emergent. És més, de vegades resulta iatrogènic, fet que contribueix a l'aparició de múltiples complicacions i a l'increment del deteriorament físic i mental de les persones ateses.⁷ La pandèmia de la COVID-19 no ha fet més que posar encara més en relleu la necessitat urgent d'adaptació del sistema.⁸

D'altra banda, aquestes persones no són –ni volen ser– un subjecte passiu en aquest context. Les persones grans i/o amb malalties cròniques són –i han de ser– protagonistes en aquest canvi de rumb del sistema, de la mà del principi de l'**atenció centrada en la persona** (que implica respecte a les seves preferències, empoderament, suport emocional i físic, implicació de la família, accessibilitat, continuïtat i coordinació/integració de l'atenció).⁹

Estem, doncs, davant d'un **canvi d'escenari** que exigeix respostes àgils, concretes i efectives, on els models organitzatius, les noves formes de gestió, els models de contractació i d'incentivació i l'ús de les noves tecnologies, entre d'altres, tindran un rol cabdal. Algunes d'aquestes respostes hauran de venir de la mà del coneixement geriàtric expert, des d'una doble perspectiva.²

- D'una banda, fent una reflexió en profunditat sobre el model assistencial específic geriàtric, en què s'incloguin tant els rols professionals com els dispositius i com la cartera de serveis.
- D'altra banda, i des d'una mirada transversal i compartida amb altres àrees de coneixement, caldrà potenciar la mirada sistèmica i territorial. Caldrà, així, transcendir les estructures aïllades, repensant el rol dels dispositius específics i el seu encaix en el conjunt del sistema de salut i social, en un context progressiu d'atenció compartida i integrada.

Catalunya té una llarga tradició d'innovació i compromís en l'atenció a les persones grans: al llarg dels darrers 35 anys, s'han desenvolupat múltiples iniciatives en els diferents àmbits assistencials. Ara és el moment de revisar i analitzar aquestes diferents iniciatives amb la finalitat d'actualitzar i homogeneïtzar una cartera de serveis específica per als serveis de geriatria de Catalunya.

1.2 Antecedents a Catalunya: des del programa Vida als Anys fins al Pla d'atenció integrada social i sanitari

L'any 1986, el llavors Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear el **programa Vida als Anys (PVAA)** per millorar l'atenció a les persones grans malaltes, malalts crònics i persones en situació terminal. Integrava els serveis socials i els sanitaris en una mateixa i única prestació (**Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del PVAA**). L'any 1988 es va crear el Departament de Benestar Social i el marc d'actuació del PVAA va passar a ser interdepartamental.

El 1999 es va publicar el Decret 242/1999, de 31 d'agost, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments socio-sanitaris d'utilització pública de Catalunya, que, conjuntament amb el Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris i se'n fixen les normes d'autorització, i l'Ordre de 7 de maig de 2001, per la qual es regulen els estàndards de qualitat que han de complir els centres, serveis i establiments socio-sanitaris d'utilització pública de Catalunya, constitueixen la normativa que regula l'atenció socio-sanitària.

L'any 2000, el PVAA va ser substituït per la **Divisió d'Atenció Socio-sanitària al CatSalut** (Decret 260/2000, de 31 de juliol, pel qual es despleguen l'estructura i l'organització del Servei Català de la Salut), depenent de l'àrea sanitària, a qui correspon desenvolupar les funcions assignades al PVAA en el Decret de creació d'aquest, així com les relatives a la planificació i ordenació dels serveis socio-sanitaris, per tal de garantir la prestació assistencial en aquest àmbit dins el marc del sistema sanitari públic (**Decret 260/2000, de 31 de juliol**).

Paral·lelament, l'any 2000 es va fer el Pla de desplegament de recursos socio-sanitaris per al període 2000-2005, on es definien clarament per primera vegada les quatre grans àrees d'activitat dels serveis socio-sanitaris: l'atenció geriàtrica, l'atenció a les persones amb demència, l'atenció a persones amb

altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat, i l'atenció al malalt terminal (L'atenció socio sanitària a Catalunya. Escenari evolutiu 2000-2005). També en aquest document es definien les àrees d'influència socio sanitària, base per a la proposta de distribució territorial dels recursos (d'acord amb una taxa o indicador de llits/serveis segons població per a cada recurs) per a un desenvolupament equitatiu del sector.

L'any 2006 es va crear el **Pla director socio sanitari** (PDSS) al Departament de Salut, que va substituir el PVAA i la Divisió Socio sanitària, va assumir les competències de planificació dels serveis socio sanitaris i va assegurar la continuïtat en el model dels serveis i els programes socio sanitaris (**Decret 39/2006, de 14 de març**).

El desplegament de la xarxa socio sanitària ha desenvolupat recursos d'internament i ambulatoris o a domicili, d'atenció especialitzada en geriatría i en cures pal·liatives i ha estat guiada per l'atenció en equip multidisciplinari, l'atenció integral (tenint en compte els aspectes de salut biopsicosocial) i la preocupació pel manteniment o la millora de la funcionalitat, així com per la qualitat de vida (QV) de la persona. Així, doncs, els serveis socio sanitaris es van dissenyar per poder cobrir aquestes necessitats de les persones grans, en moments concrets de la malaltia, com la rehabilitació o l'atenció de llarga durada en persones dependents i amb multimorbiditat (**Pla director socio sanitari 2006**). D'aquesta manera, la xarxa socio sanitària s'ha desenvolupat progressivament des de finals dels anys vuitanta fins a l'actualitat (**cartera de serveis socio sanitaris 2014**), en què les unitats de subaguts han estat les darreres a incorporar-s'hi (**Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat 2014**).

El model d'atenció basat en la valoració integral, biopsicosocial i la multidisciplinarietat ha fet que el **concepte socio sanitari** es mantingués en el temps i que molts professionals s'hi identifiquessin. Però, d'altra banda, aquesta denominació no ha seguit els estàndards internacionals per denominar recursos sanitaris o socials, i, tot sovint, els professionals s'han trobat en la necessitat d'explicar –no sense dificultat– on se situaven els recursos on treballaven dins de l'espectre de serveis a les persones grans. Les denominacions clàssiques basades en les organitzacions professionals (particularment, les societats científiques de geriatría i de cures pal·liatives) i en el model d'especialització ha fet que els professionals "socio sanitaris" participin dels programes universitaris i d'actualització i formació continuada vinculats a la seva especialització professional en l'àmbit de la geriatría o les cures pal·liatives, en no existir aquest camp amb una denominació socio sanitària pròpiament dita.

En el marc del **Pla de salut** de Catalunya per als anys **2011-2015**, es va proposar la creació del **Programa de prevenció i atenció a la cronicitat** (PPAC) (**Acord del Govern 108/2011, de 5 de juliol de 2011**), amb l'objectiu d'impulsar el canvi de paradigma en l'atenció a les persones amb problemes crònics de salut, establint un marc d'actuació integral des d'una perspectiva poblacional. La voluntat de reforçar la integració social i sanitària, per potenciar l'atenció integral a les persones de Catalunya, va quedar reforçada l'any 2014, amb la creació del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Actualment, aquest Pla té continuïtat en el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS) (**Acord GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària**) i en el que esdevindrà l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya mitjançant l'avantprojecte de llei de creació, presentat recentment.

L'evolució de les necessitats de les persones grans, i també del sistema sanitari pròpiament dit, la progressió i consolidació professionals de l'especialitat de geriatría i les cures pal·liatives han fet que aquest sector es consolidi com a referent en l'atenció especialitzada a les persones grans, i que transcendeixi i sobrepassi àmpliament l'àmbit d'atenció estrictament sociosanitari. Aquesta evolució ha permès, per exemple, el desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització convencional amb la incorporació de les unitats de subaguts en determinats centres sociosanitaris o els equips d'avaluació integral ambulatoria i també dels recursos d'atenció d'aguts: unitats de geriatría d'aguts, unitats de malalts crònics, unitats o equips d'ortogeriatría, suport a urgències, treball col·laboratiu amb altres especialitats com l'onco-geriatría o els [heart teams](#), experiències de suport a la comunitat, etc.

1.3 Polítiques actuals sobre les persones grans

L'any 2012, en el marc de la **política europea de salut 2020**, es van aprovar unes directrius que orienten els sistemes de salut sobre com afrontar els principals reptes relacionats amb les malalties cròniques: la inversió en salut des d'una perspectiva àmplia –que prevegi tot el curs de vida–; l'empoderament dels ciutadans; la creació d'entorns generadors de salut i comunitats resilients; la prioritització de la salut pública, i la prioritització de l'atenció centrada en la persona (ACP).¹⁰

L'any 2015, també l'**Organització Mundial de la Salut** (OMS) va publicar el document *World report on aging and health*, on feia èmfasi en la necessitat de centrar en la funcionalitat el principal objectiu de salut per a les

persones grans.¹¹ Posteriorment, l'any 2017, va elaborar el document *Global strategy and action plan on aging and health 2016-2020*¹² i el *Integrated care for older people (ICOPE)*.¹³ Ambdós documents fixen la política de l'OMS i fan recomanacions per implementar models d'atenció a les persones grans d'acord amb l'objectiu principal de mantenir la funcionalitat i retardar-ne la pèrdua.

Seguint les polítiques internacionals, el Departament de Salut també inclou en el **Pla de salut** polítiques per a persones grans ([Pla de salut 2016-2020](#)). Així, les propostes que es fan integren polítiques per a persones grans, d'una banda, potenciant un envelliment actiu i saludable i, de l'altra, desenvolupant una atenció de qualitat a les persones amb malaltia crònica, donada la freqüent simultaneïtat de les dues condicions en la pràctica clínica. Actualment, amb l'aprovació del **nou Pla de salut de Catalunya 2021-2025**, i d'acord amb les indicacions de l'OMS,¹⁴ es proposa una revisió i transformació dels serveis de salut (eix 8), que implica aquesta revisió del model d'atenció i assistencial, per tal de donar resposta a les necessitats de les persones grans (figura 1).

Figura 1. Eixos del Pla de salut 2021-2025.



LÍNIA ESTRATÈGIA 3. Integració de l'atenció a la salut

EIX 8. Àmbits de transformació dels serveis de salut

- ✓ Reforçar l'atenció primària i comunitària de salut
- ✓ Reforçar els serveis de salut pública i potenciar l'acció de l'Agència de Salut Pública de Catalunya
- ✓ Reforçar l'orientació comunitària en la salut mental i addiccions
- ✓ Redefinir la xarxa actual d'atenció sociosanitària
- ✓ Reordenar el funcionament de l'atenció hospitalària per atendre l'alta complexitat

En aquest context, es fa èmfasi en la necessitat de professionals experts en l'atenció a persones amb multimorbiditat, fragilitat i situació de complexitat i final de vida, independentment del dispositiu on les atenguin (ja sigui a serveis d'urgències, a domicili, en hospitalització d'aguts o en l'atenció intermèdia). En el cas dels professionals de la medicina, per exemple, això implica reforçar l'atenció primària de salut, reorientar l'atenció sociosanitària actual, el desenvolupament de nous rols professionals, i de l'adaptació dels dispositius assistencials a les necessitats de les persones grans. Per part del Pla director sociosanitari, doncs, queda la responsabilitat de desenvolupar la planificació estratègica d'aquesta reorientació del sistema sociosanitari actual (o atenció geriàtrica especialitzada) cap a una actualització del model d'atenció i desplegar un nou model assistencial, desenvolupant

carteres específiques d'aguts, complementades amb una cartera de serveis d'atenció intermèdia que permeti proporcionar atenció postaguda, rehabilitadora o psicogeriàtrica que potenciï la màxima autonomia i funcionalitat, que eviti el reingrés precoç i atenció al domicili (incloent-hi residències) ajudant a evitar la institucionalització precoç de la persona gran i afavorint-ne la màxima autonomia.

1.4 La geriatria com a especialitat

Es **defineix geriatria** com aquella branca de la medicina dedicada als aspectes preventius, clínics, terapèutics i socials de les malalties de les persones grans (BOE, **Ordre SCO2603/2008**). La geriatria s'ocupa dels aspectes clínics, preventius i socials de la malaltia en la persona gran i el seu objectiu principal és prevenir i superar la pèrdua del deteriorament funcional a què aquestes persones són especialment susceptibles, que és un determinant fonamental de la qualitat de vida i el principal predictor de dependència, mortalitat, institucionalització i consum de recursos.¹⁵ Aquesta definició entronca amb la que va fer la Unió Europea a través de la Comissió per a les Especialitats Mèdiques (EUMS, 2008), que concreta que aquesta atenció específica s'ha de proporcionar tant a processos aguts com a processos crònics, rehabilitadors i al final de la vida.

La **història** de la geriatria es remunta a principis del segle XX, amb Ignatz Nascher, però es considera que la geriatria moderna apareix als anys trenta, quan Marjorie Warren crea el primer servei de geriatria a Gran Bretanya per atendre de manera diferent determinades persones que necessitaven rehabilitació després d'una malaltia aguda per recuperar la seva autonomia. L'any 1946, el Servei Nacional de Salut britànic (NHS) crea l'especialitat de geriatria, i s'inicia així un estil d'assistència a les persones grans que s'estendrà per tot el món. Des de principis del segle XX, l'evolució de l'atenció geriàtrica ha estat poc homogènia a Europa. Tot i això, la major part de països tenen programes d'hospitalització d'aguts i recursos hospitalaris o extrahospitalaris d'atenció intermèdia amb denominacions diverses.

A Espanya, l'any 1978 es va reconèixer per primera vegada l'especialitat de geriatria en la Llei d'especialitats (**Reial decret 2015/1978, de 15 de juliol, pel qual es regula l'obtenció de títols d'especialitats mèdiques**). Paral·lelament, l'especialitat d'infermeria geriàtrica queda regulada a partir de 1987 (**Reial decret 992/1987, de 3 de juliol, pel qual es regula l'obtenció del títol d'infermer**). Tot i que no existeixen especialitats geriàtriques en altres professions de la salut, el treball multidisciplinari propi de l'àmbit geriàtric fa que s'hagi desenvolupat formació universitària de postgrau per a professionals no especialistes (d'infermeria, fisioteràpia, teràpia

ocupacional, psicologia...). A l'Estat espanyol, el primer servei de geriatria es va establir l'any 1961 a l'Hospital Central de la Creu Roja a Madrid, i a Catalunya, els primers serveis de geriatria van crear-se a l'Hospital del Mar i a l'Hospital de Granollers, abans del desenvolupament dels recursos i de la xarxa sociosanitària.

1.5 Conceptes fonamentals o taxonomia emprada al Pla estratègic

Amb la finalitat de poder simplificar la redacció d'aquest Pla estratègic es defineixen els següents termes clau del Pla a fi d'aclarir conceptes o evitar interpretacions errònies derivades de les possibles interpretacions dels termes aquí detallats i que, per tant, s'han d'entendre en aquest text amb la definició que aquí se'ls atorga:

Atenció geriàtrica: intervencions sanitàries a les persones grans realitzades per part d'equips interdisciplinaris especialitzats en geriatria independentment de l'àmbit assistencial (hospitalari d'aguts, sociosanitari, atenció intermèdia o domiciliaris).

Atenció a la gent gran: intervencions sanitàries orientades al col·lectiu de persones grans en tota la seva amplitud, des de la prevenció i promoció de la salut, intervencions orientades a l'envelliment saludable, atenció sanitària a les persones grans proveïdes de forma global per tots els professionals de salut pública, atenció primària i comunitària i atenció hospitalària.

Centre sociosanitari: dispositiu d'internament d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada desenvolupat a finals dels anys vuitanta - principis dels noranta a Catalunya amb l'objectiu de donar una atenció interdisciplinària especialitzada, integral i des d'un abordatge biopsicosocial a les persones grans.

Hospital d'atenció intermèdia: dispositiu d'internament de l'àmbit hospitalari monogràfic d'atenció geriàtrica i pal·liatiu específic orientat a subministrar atenció interdisciplinària sota un model d'atenció biopsicosocial i espiritual a les persones grans en situació de crisi de salut que necessiten una recuperació ràpida (fins a sis setmanes) després d'un ingrés hospitalari agut (alta precoç) o a petició de l'atenció primària (evitació d'ingrés) amb la finalitat màxima de retorn al seu domicili habitual en les millors condicions possibles d'autonomia.

En el cas d'atenció pal·liativa, l'objectiu és millorar el control simptomàtic i psicoemocional i espiritual de la persona en situació de final de vida que no es pot atendre adequadament en el domicili o en un centre hospitalari d'aguts. En el cas d'atenció pal·liativa, s'inclouen infants i adolescents amb necessitats d'atenció complexes.

Centre d'atenció de llarga durada: dispositiu sanitari orientat a donar atenció interdisciplinària geriàtrica superior a sis setmanes a persones que, independentment de l'edat, presenten una condició o malaltia amb expectatives limitades de recuperació de l'autonomia funcional però que requereixen cures de forma continuada que no es poden realitzar en el seu entorn habitual (domicili o residència). L'objectiu de caràcter general és disminuir aquesta complexitat de cures perquè pugui retornar al seu domicili habitual amb la màxima celeritat.

Unitat funcional territorial: fórmula organitzativa orientada a garantir la màxima qualitat de l'atenció geriàtrica en un territori determinat, més enllà dels dispositius d'atenció intermèdia o de llarga durada, o de suport hospitalaris i domiciliaris operatius, per tal de mantenir el conjunt de professionals actualitzats, un model homogeni d'atenció i uns resultats de salut idonis de les persones ateses.

2. Finalitat del Pla

2.1 Visió

A Catalunya, al llarg dels pròxims anys, l'atenció geriàtrica haurà fet un pas endavant en l'atenció a les persones grans (especialment, d'aquelles persones fràgils, amb necessitats complexes d'atenció i/o amb malalties i condicions cròniques avançades), d'acord amb les millors evidències disponibles. Per tal d'assolir-ho, s'hauran redefinit els rols i el model organitzatiu-assistencial amb una mirada més proactiva, territorial, transversal i integrada amb la resta de recursos del sistema sanitari i social.

2.2 Missió

Establir les línies estratègiques i accions adequades per afavorir que l'atenció geriàtrica doni la millor resposta possible a les necessitats de les persones grans de Catalunya.

2.3 Principis i valors

- El ciutadà és el centre de l'atenció. El model d'atenció ha de donar resposta a les necessitats de la persona, les seves preferències i valors, fent especial èmfasi en les resultats de salut que li són importants i en l'experiència d'atenció rebuda (PREMS i PROMS).
- L'atenció geriàtrica ha de vetllar per la qualitat i l'equitat de l'atenció, i evitar qualsevol tipus de discriminació per raó d'edat, gènere, situació econòmica o social, cultura o creences.
- El model d'atenció de l'atenció geriàtrica és i ha de ser integral i integrat. Això implica tant una mirada holística de la persona com la necessària presència i participació de tots els àmbits assistencials, amb una visió territorial i de forma col·laborativa amb la resta d'actors del sistema sanitari i dels serveis socials.
- L'atenció geriàtrica ha de ser prestada sobre la base d'intervencions eficaces i sostenibles, ha de ser accessible, flexible (adaptar-se a les diferents realitats territorials de Catalunya) i equitativa territorialment.
- L'atenció geriàtrica ha de desenvolupar-se a través d'equips

professionals competents i des d'una perspectiva radicalment interdisciplinària. El treball en equip és i ha de ser el fil conductor i la clau de volta per a una atenció geriàtrica especialitzada de qualitat. Això implica una formació adequada i, per tant, s'ha de prestar especial atenció al desenvolupament d'unitats docents multidisciplinàries d'acord amb les necessitats presents i futures d'aquesta especialitat, i ha de tenir cura de la formació continuada dels professionals que treballin en els dispositius especialitzats on no sigui possible la formació especialitzada.

- Aquest Pla estratègic, així com els serveis territorials i dispositius, han de poder ser avaluats de forma integral, objectiva i transparent al llarg dels anys. Això ha d'implicar la incorporació de mètriques i indicadors des de la visió quàdruple AIM.

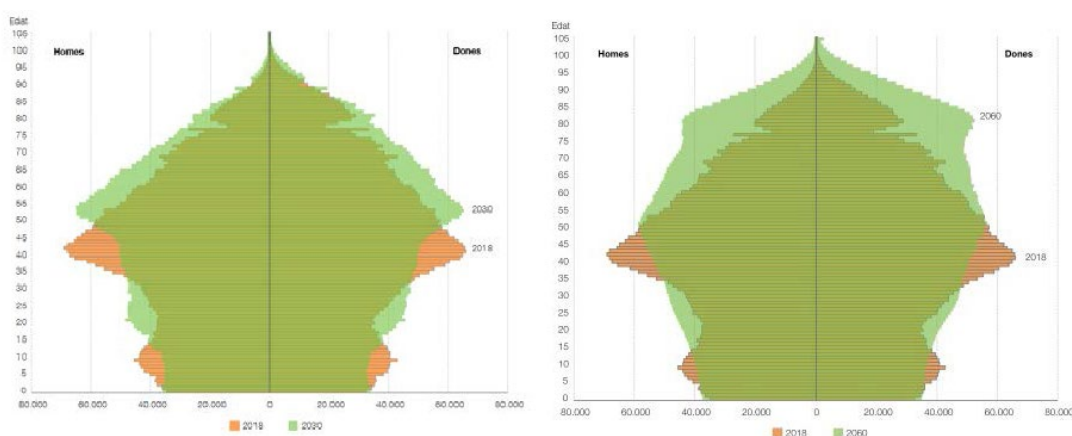
3. Estat de situació a Catalunya

3.1 Dades demogràfiques

La població de Catalunya, l'any 2021, és de 7.739.758 habitants,¹⁶ amb un 50,94% de dones. La població de 65 anys o més és d'1.473.699 persones, el que representa un 19,04% de la població, i de les quals el 57% són dones. Del grup de persones de 65 anys o més, el 19,79% són persones de 85 anys o més i, alhora, representen un 2,14% de la població general.

Segons les **projeccions** poblacionals sobre la base de la població de l'any 2021,¹⁷ l'escenari mitjà preveu que el percentatge de població de 65 anys i més augmentarà progressivament fins a un 21,81% l'any 2030 i un 29,29% l'any 2060, el que traduït vol dir que hi haurà, al 2060, 2.556.735 persones en aquesta franja d'edat. La població de 85 anys i més també augmentarà progressivament, tant percentualment com en xifres absolutes. S'estima que l'any 2030 hi haurà un 3,5% de població sobreenvellida, i que aquest percentatge es multiplicarà l'any 2060, moment en què s'estima que hi hagi 803.262 persones de 85 anys i més, que representaran el 7,8% de la població general. Per tant, no només hi haurà una població més envellida, sinó que hi haurà un nombre més elevat de persones grans (figura 2).

Figura 2: Població per sexe i edat segons l'escenari mitjà. Catalunya, 2018-2030 i 2018- 2060



Font: Projeccions de població (base 2018): principals resultats.

L'**esperança de vida** (EV) en néixer a Catalunya és de 85,96 anys per a les dones i de 80,42 anys per als homes. L'escenari mitjà de les projeccions apunta que hi haurà un increment de l'EV progressiu, que arribarà a ser de 87 anys per als homes i de 91 anys per a les dones l'any 2060.

Pel que fa a la **qualitat de vida** de les persones, l'esperança de vida en bona salut (EVBS) és de 66,1 anys per a les dones i de 66,6 anys per als homes, i l'esperança de vida lliure de discapacitat (EVLD) en néixer és de 72,1 anys i 70,4 anys, respectivament. La proporció d'anys viscuts en bona salut sobre el conjunt de l'EV de vida és inferior en les dones (el 76,7% en les dones i el 82,5% en els homes), i, de mitjana, les dones viuen lliures de discapacitat el 83,6% dels anys de l'EV i els homes, el 87,2%.

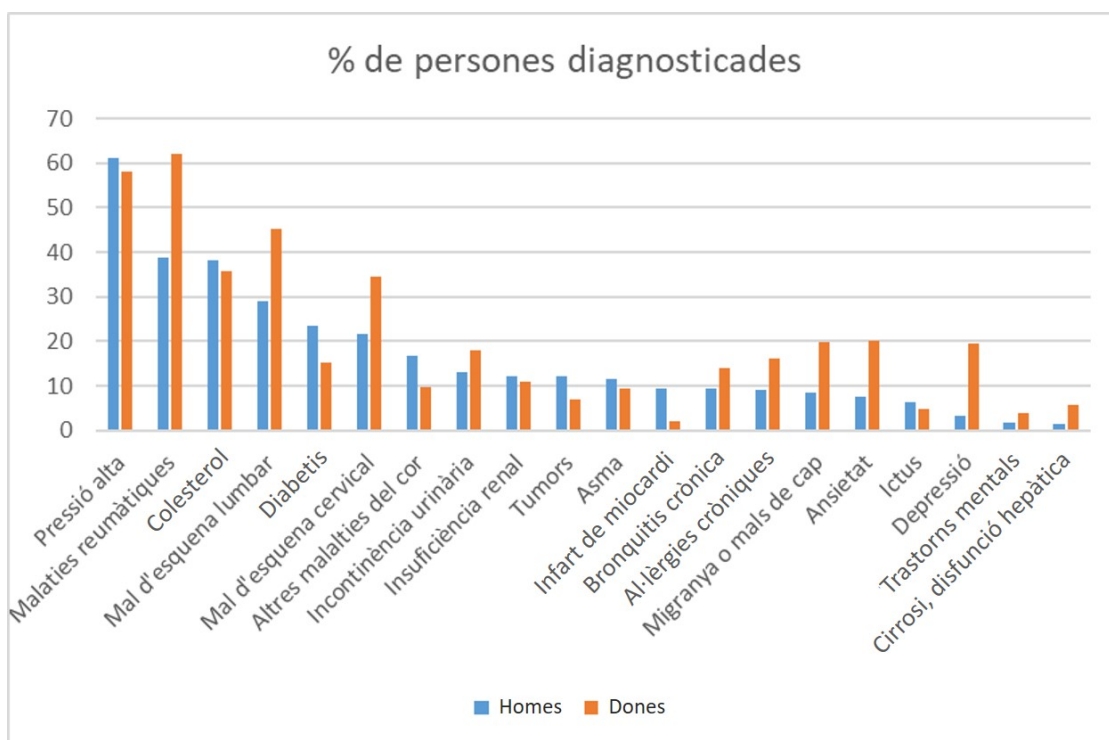
3.2 Dades epidemiològiques

Tot i que la morbiditat és un dels principals problemes relacionat amb les persones grans, segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA),¹⁸ entre les persones de 65 anys i més, un 59,8% dels homes i un 54,6% de les dones tenen una **autopercepció de l'estat de salut** entre bona i excel·lent. Alhora, el 66,8% dels homes i el 69,1% de les dones autoperceben que tenen algun trastorn crònic (≥ 6 mesos). Val a dir que el 70,80% dels homes i el 64,6% de les dones refereixen que no es veuen limitats per a les activitats de la vida diària.

D'altra banda, un 74,1% de les dones i un 62,8% dels homes de 65 anys i més presenten **un o més problemes de salut crònics**.¹⁹ Aquest percentatge augmenta amb l'edat. Estudis recents mostren que les projeccions futures sobre l'impacte de la multimorbiditat seguiran amb tendència creixent²⁰ i que durant els pròxims vint anys es produirà una expansió de la morbiditat, especialment complexa (quatre o més malalties), per la qual cosa serà cabdal un nou enfocament en la prevenció i una prestació de serveis adequada i eficaç per a aquelles persones afectes de condicions cròniques i necessitats complexes.²¹

Les tres primeres **causes de morbiditat** en la gent gran són la pressió elevada, les malalties reumàtiques, especialment en les dones, i el colesterol elevat (figura 3). Els trastorns més associats al sexe femení són les malalties de l'aparell locomotor (mal d'esquena lumbar o dorsal, malalties reumàtiques i mal d'esquena crònic cervical), seguides per les malalties de l'aparell circulatori (especialment pressió elevada) i en tercer lloc, l'ansietat, les al·lèrgies cròniques i la depressió, mentre que en els homes es donen amb més freqüència les malalties de l'aparell circulatori (pressió i colesterol elevats) seguides de les malalties de l'aparell locomotor (mal d'esquena lumbar o dorsal, mal d'esquena crònic cervical i malalties reumàtiques) i en tercer lloc, les malalties del cor, incontinència urinària i insuficiència renal (taula 1).

Figura 3. Principals causes de morbiditat diagnosticades en població de 65 anys o més, per sexe. Catalunya, 2020

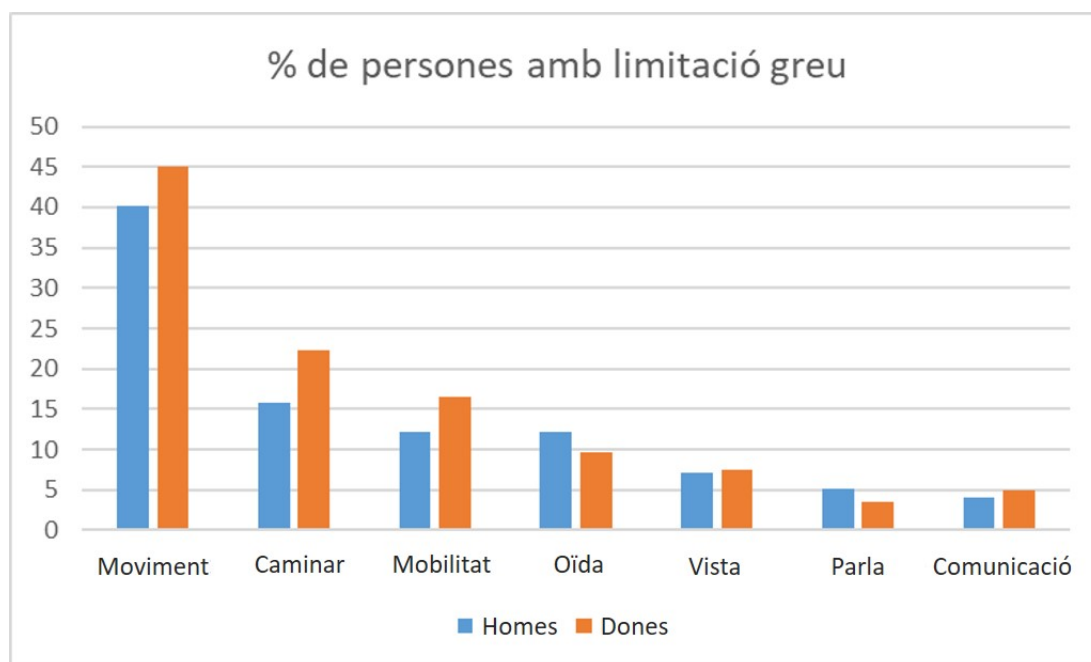


Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, qüestionaris ESCA (2020)

Quant a la **discapacitat**, les dades de l'ESCA mostren que la seva prevalença augmenta amb l'edat, sovint a causa de malalties cròniques, episodis aguts o pel procés d'envelliment pròpiament dit. Entre les persones de 65 anys i més, un 52,4% de les dones i un 45,4% dels homes presenten almenys una discapacitat (en xifres absolutes, 431.950 dones i 280.941 homes)¹⁸. El nombre de discapacitats acumulades per persona també augmenta amb l'edat; de mitjana, els homes de 65-74 anys

presenten 2 discapacitats, i, a partir dels 75 anys, en presenten 3,6, mentre que les dones passen de tenir-ne 2 a tenir-ne 3,7. Les limitacions greus més freqüents en les persones grans són les relacionades amb el moviment, la marxa i la mobilitat. Aquestes limitacions greus poden comportar dificultats per realitzar les activitats quotidianes, sobretot en la gent més gran: de les persones de 75 anys i més, un 15% dels homes té dificultats greus per fer les activitats bàsiques de cura personal, com ara menjar, anar al lavabo, rentar-se o vestir-se, i un 26,2% té dificultats greus per fer activitats quotidianes com comprar, cuinar, fer la feina de la llar, administrar els diners o telefonar. En les dones, aquests percentatges es troben en un 20% per a les activitats bàsiques i un 32,9% per a les activitats quotidianes (figura 4).

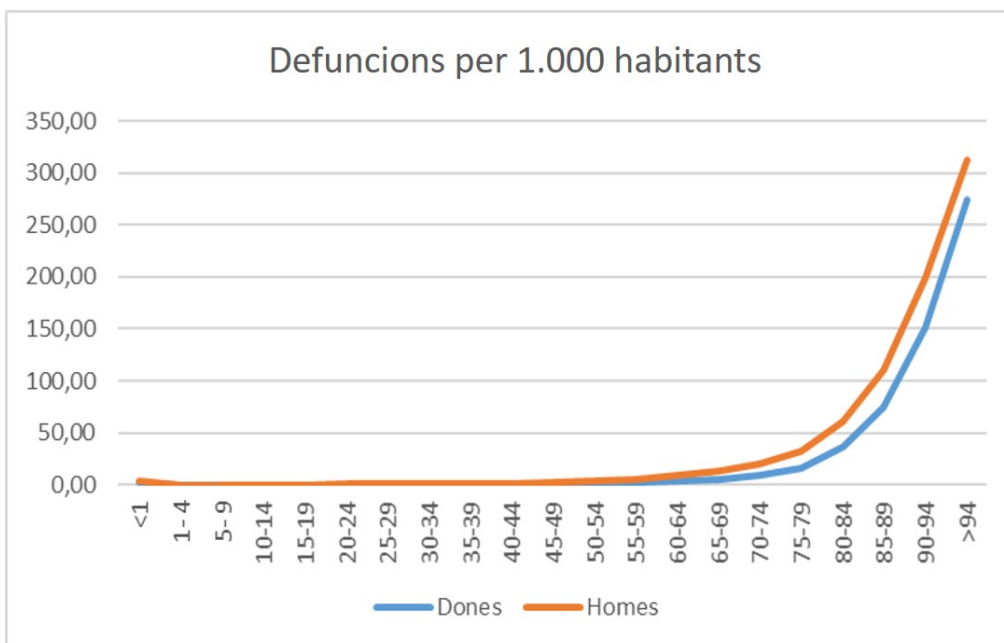
Figura 4. Prevalença de limitacions greus en població de 65 anys o més, per tipologia i sexe. Catalunya, 2020.



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Qüestionaris ESCA (2020).

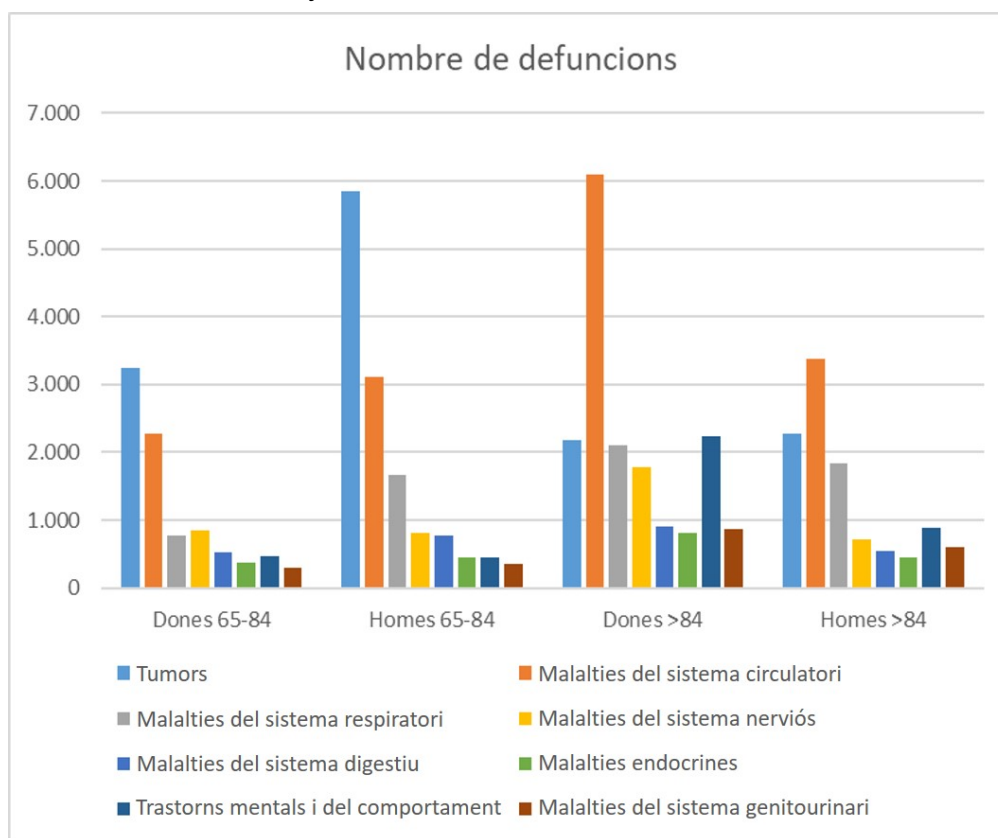
Quant a les dades de **mortalitat**, les taxes creixen exponencialment en el col·lectiu de persones grans (figura 5). La principal causa de mortalitat de la població de 65 anys i més són els tumors, mentre que, a partir dels 85 anys, passen a ser les malalties del sistema circulatori, sobretot en les dones (figura 6).²²

Figura 5. Taxes de mortalitat per edat i sexe. Catalunya, 2019.



Font: Idescat. Registre de mortalitat del Departament de Salut.

Figura 6. Principals causes de mortalitat en població de 65 anys i més, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2019.



Font: Idescat. Registre de mortalitat del Departament de Salut.

Davant d'aquest escenari, hi ha la necessitat que els sistemes sanitaris

focalitzin les seves polítiques en la prevenció de malalties cròniques o no transmissibles per tal de reduir la mortalitat prematura de cara a 2040.²³

Pel que fa a situacions relacionades amb el fet de tenir major risc i complexitat, la condició de presentar **cronicitat complexa (PCC) i cronicitat avançada (MACA)** augmenta també a mesura que augmenta l'edat de la població. També hi ha un comportament creixent en relació amb la institucionalització de les persones de més edat i és molt superior en les dones del grup de 75 a 84 anys.

3.3 Dades de la utilització dels recursos sanitaris i socio-sanitaris

Segons dades de l'ESCA 2018, la població de 65 anys o més és responsable de l'ús del 21,9% dels serveis sanitaris públics:

- La utilització de **recursos sanitaris sense internament i ambulatoris** augmenta amb l'edat i és el grup de persones de 85 a 94 anys qui causa més visites a l'atenció primària, amb una mitjana de 16,10 visites anuals (els homes 16,84 visites/any i les dones, 15,71 visites/any). En el cas de les consultes externes, són els homes de 75 a 84 anys qui més utilitza aquest recurs, amb unes taxes de 4,01 visites l'any.
- Les persones grans són les que tenen una taxa d'hospitalització més alta, que augmenta amb l'edat: el 21,15% de les persones entre els 65-74 anys han ingressat a l'hospital d'aguts i la xifra creix fins a assolir el 39,56% en el grup d'edat de 85-94 anys. En el cas de les visites a urgències, també és el grup d'edat de 85 a 94 anys qui més hi recorre, amb una mitjana de 0,85 visites l'any (0,97 els homes i 0,79 les dones) (MUSSCAT). Quant a la utilització de recursos socio-sanitaris de mitjana i llarga estada, el programa d'atenció domiciliària equip de suport (PADES) i les unitats funcionals interdisciplinàries socio-sanitàries (UFISS), aquests percentatges d'ús augmenten amb l'edat. El grup amb taxes més elevades d'utilització de recursos socio-sanitaris és el de la població de 95 anys i més (MUSSCAT).
- Pel que fa al **consum de fàrmacs**, també té una tendència creixent amb l'edat, i és novament el grup de població de 85 a 94 anys el que té una mitjana de fàrmacs més alta, amb gairebé deu fàrmacs (els homes d'aquest grup prenen una mitjana de 9,83 medicaments i les dones, de 9,92).

3.4 Xarxa d'atenció geriàtrica especialitzada

En relació amb l'existència de **serveis de geriatria a Catalunya**, és difícil respondre quants serveis de geriatria hi ha al territori, ja que les fórmules organitzatives en l'àmbit hospitalari són heterogènies:

- El recompte **d'unitats de geriatria d'aguts (UGA)** es basa en el nombre de proveïdors que registren activitat en el CMBD-HA com a servei de geriatria, però no pot respondre quina és la dimensió d'aquests serveis i quants professionals hi treballen (annex 1). D'altra banda, es disposa de la informació d'un estudi *ad hoc*, que es va fer l'any 2014 mitjançant el Pla director sociosanitari, en què es va objectivar que a Catalunya hi havia onze unitats ortogeriàtriques (dels 69 hospitals d'aguts). Des d'aquell any s'ha continuat desenvolupant l'àmbit ortogeriàtric d'aguts, i, actualment, s'està plantejant una nova avaluació específica d'aquest àmbit. Pel que fa a l'**àmbit sociosanitari**, es disposa d'una extensa xarxa de recursos d'internament, de no internament i d'equips de suport domiciliaris i hospitalaris a tot el territori català (figura 10). Els recursos d'hospitalització, atenció diürna i equips de suport estan detallats a l'annex 2.
- Es disposa de **98 centres sociosanitaris** amb 4.099 llits de llarga estada; 4.376 llits de mitjana estada, entre els quals hi ha 2.529 llits de convalescència, 411 de cures pal·liatives, 907 llits de mitjana estada polivalent i 529 llits de subaguts. Paral·lelament, hi ha **75 centres amb hospitals de dia** on hi ha 1.911 places. La xarxa es completa amb les **68 UFISS** (31 de geriatria, 22 de cures pal·liatives, 10 mixtes i 5 de trastorns de conducta); **133 equips PADES** (inclouen els ETODA –teràpia observada directa– i els EAR –equips d'atenció residencial–), i **126 equips de consulta externa interdisciplinària** (CEI, 30 de trastorns cognitius, 33 de geriatria, 18 de cures pal·liatives i 45 de polivalents).

El **dimensionament** o les necessitats de recursos sociosanitaris està establert sobre una base poblacional catalana a partir de les diferents línies assistencials sociosanitàries.

- Les ràtios actuals recomanades* de **llits i recursos sociosanitaris** són (**Críteris de planificació operativa i de les ràtios en l'àmbit d'internament sociosanitari 2014**):
 - Per a la llarga estada, ràtios de 3,5 places / 1.000 habitants més grans de 64 anys.
 - Per a les unitats de convalescència, de 2,5 places / 1.000 habitants més grans de 64 anys.
 - Per a les unitats de cures pal·liatives, 1 plaça / 10.000 habitants

(població general).

- Per a les unitats de mitjana estada (UME) polivalents (convalescència + pal·liatius), un mínim de 2,3 places / 1.000 habitants més grans de 64 anys.
- Per a les unitats de subaguts, el càlcul de places es considera en base a 1,4 altes / 1.000 habitants (població general). S'aconsellen unitats de 8 a 10 places mínim.
- Unitats funcionals sociosanitàries a cada hospital de Catalunya, diferenciades en els dos subtipus en els hospitals terciaris o de grans dimensions.
- Una CEI de referència per línia com a mínim per cada àrea de gestió assistencial o sector sanitari.
- Hospital de dia geriàtric: 1,5 places per 1.000 habitants majors grans de 64 anys.

**Aquestes ràtios recomanades són les validades pel Pla director sociosanitari a partir de les publicades en el document [Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública](#), entenent que s'han d'adaptar a les circumstàncies, característiques i disponibilitat dels recursos de cada territori i a les necessitats de les persones grans.*

- o La planificació de **recursos de no internament sociosanitaris** segons criteris del Mapa sanitari actualitzats aconsella 1,5 places d'hospital de dia sociosanitari / 1.000 habitants més grans de 64 anys.

L'**activitat** dels recursos sociosanitaris ha estat creixent al llarg dels darrers deu anys augmentant l'eficiència dels recursos disponibles. S'han atès moltes més persones amb els mateixos recursos, però disminuint l'estada mitjana dels episodis, cosa que ha permès augmentar la rotació de persones ateses. A més, hi ha hagut un augment dels episodis que ingressen per rehabilitació i complexitat clínica (RUG-III) a convalescència i llarga estada, i han disminuït els perfils de pacients amb baixa complexitat i de les persones amb necessitats més socials.

L'any 2020²⁴, es van realitzar 77.268 /75.720 episodis d'internament, 9.209 episodis als hospitals de dia sociosanitari, 14.043 episodis pels equips PADES i 47.323 episodis per les UFISS.

3.5 Unitats docents d'especialistes en geriatría i formació en geriatría a Catalunya

A Catalunya, hi ha actualment **divuit unitats docents de geriatría**, de les quals onze són unitats docents multidisciplinàries de geriatría, amb una capacitat per formar fins a 32 metges i metgesses i 26 infermers i infermeres especialistes en geriatría (annex 3). D'aquesta capacitat formativa, per al 2021 s'ofereixen 28 places MIR i 23 places IIR. Actualment, està en fase d'aprovació l'increment d'acreditació de noves places per cobrir les necessitats assistencials de l'atenció especialitzada del futur.²⁵

Hi ha un conjunt de professionals, principalment de medicina, que van adquirir l'acreditació competencial en geriatría a partir de l'ACOE, que va desenvolupar la Societat Catalanoblear de Geriatría i Gerontologia i la Direcció General d'Ordenació Professional del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a fi de garantir que els professionals que treballassin en l'àmbit de l'atenció especialitzada a les persones grans tinguessin una formació adequada. Paral·lelament, es continua impartint en diferents universitats catalanes formació de postgrau en matèria de geriatría per a aquells professionals que, tot i no tenir l'especialitat en geriatría, volen tenir competències avançades en aquesta matèria.

4. Evidència en l'atenció especialitzada a les persones grans

4.1 Evidència global

És molta l'evidència acumulada sobre els beneficis de les intervencions geriàtriques especialitzades en els diferents recursos, serveis i unitats d'acord amb l'evidència científica publicada. Tot i que la majoria d'aquesta evidència prové de publicacions d'altres països, les unitats o serveis descrits són molt similars en el model català.

L'any 2007, l'Institut de Medicina dels EUA va crear un comitè d'experts per tal de considerar l'atenció a les persones grans en el futur. En una **revisió sistemàtica** van trobar 118 estudis d'alta qualitat, experimentals, quasi experimentals i metanàlisis que van permetre objectivar l'eficàcia i eficiència de quinze intervencions sanitàries sobre persones grans, incloent-hi: intervencions domiciliàries, atenció primària i comunitària, atenció transicional hospitalària i residencial.²⁶ Aquest grup d'experts va proposar **tres principis bàsics**:

- Les **necessitats** de salut de les persones grans requereixen una **valoració** exhaustiva (integral i multidisciplinària).
- Els **serveis** s'han de proporcionar de manera **eficient**.
- Les **persones grans** han de **participar** en la seva pròpia cura.

Davant d'algunes visions apocalíptiques de l'augment de la despesa sanitària secundària al progressiu envelliment i la major càrrega de malaltia crònica en els pròxims anys, hi ha prou dades per emprendre canvis assistencials que han provat l'eficàcia i eficiència en la població de persones grans. Per assolir aquesta eficàcia i eficiència, diversos estudis²⁷⁻³⁰ coincideixen en **algunes característiques comunes**:

- S'obtenen **millors resultats** amb intervencions més **precoces i intenses**.
- Cal una **adequada selecció** de la **població diana**.
- Cal **treballar interdisciplinàriament**, amb un **equip multidisciplinari** especialitzat en geriatría, que incorpori:
 - Una valoració integral de la persona que identifiqui problemes mèdics, físics, mentals i socials.
 - La realització d'un pla terapèutic que inclogui una rehabilitació apropiada.
 - Unes revisions periòdiques del pla terapèutic en reunions interdisciplinàries.
 - Una planificació precoç i anticipada de les necessitats (per exemple, a l'alta).
 - La responsabilitat directa en la dispensació del tractament i atenció planificada.
 - Les adaptacions estructurals necessàries i formació especialitzada.
 - La integració de l'atenció hospitalària i comunitària que n'asseguri la continuïtat i el seguiment bidireccionalment.

Aquests beneficis són confirmats en publicacions recents al BMJ i en una revisió sistemàtica Cochrane^{29,31} i s'obtenen tant en hospitals d'aguts com en centres de rehabilitació, i sense un increment de costos associats.

4.2 Evidència per dispositiu

És extraordinàriament abundant la literatura que analitza l'eficàcia i l'eficiència dels diferents dispositius geriàtrics especialitzats (**vegeu-ne el resum a la taula 2**), ja siguin d'hospitalització d'aguts (unitats geriàtriques d'aguts³¹⁻⁴⁰ o unitats d'ortogeriatria⁴¹⁻⁴⁴), atenció geriàtrica especialitzada en els dispositius d'urgències,⁴⁵⁻⁵⁴ unitats de mitjana estada / convalsència / recuperació funcional,^{28,33,55-66} hospital de dia,⁶⁷⁻⁷⁰ hospitalització domiciliària⁷¹⁻⁷⁹ o altres dispositius d'atenció domiciliària (gestió de cas⁸⁰⁻⁸² o cures a domicili, per exemple^{83,84}). A l'annex 4 s'expliciten aquestes evidències amb més detall.

Taula 2. Evidència de l'eficàcia de les unitats d'atenció geriàtrica especialitzada.

Nivell d'intervenció	Tipus d'estudis	Autonomia funcional	Reducció de la institució nalització	Super vivència	Reducció d'estades / Cost	Grau de Recomana ció	
CEI o CE ambulatoria	4 MA	+	+	+	?	IIA	
INTRAHOSPITALÀRIA							
Unitats de geriatria d'aguts	2MA; ECA	+	+	+/=	+	I	
Equip consultor (UFISS)		=	=	=	=	III	
Unitats ortogeriàtriques	2MA 2MA	+	+	+	+	I	
Unitats de mitjana estada / convalsència / recuperació funcional	3MA	+	+	+/=	=	I	
AMBULATORIA							
Hospital de dia	1 MA; 1 RS	+	+/=	=	=/-	IA	
atenció geriàtrica especialitzada domiciliària	Seguiment precoç post-alta	1MA,3 ECA	=	+	=	+	IIA
	Rehabilitació domiciliària	1 MA	+	+/=	=	+/=	IIA
	Hospitalització a domicili	1MA; 5 ECA	=	=	=	+/?	IIA
	Cures de suport	2MA	=	+	=	+/=	IIA

Font: Elaboració pròpia

5. Bases per a l'atenció geriàtrica especialitzada de present i de futur

5.1 Població diana

Com s'ha comentat anteriorment, un dels elements clau és la identificació d'aquelles persones que més es poden beneficiar de l'atenció geriàtrica. Tot i que potencialment totes les persones grans i amb patologies cròniques es poden beneficiar dels principis desenvolupats en aquest PEGECAT, el **perfil de persones que més es poden beneficiar dels recursos geriàtrics especialitzats** –especialment en el cas d'increment de necessitats, complexitat de maneig i/o situació de crisi– presenta **algunes de les característiques següents** (taula 3):

Taula 3. Perfil de les persones que més es poden beneficiar del PEGECAT.

- Persones d'edat avançada (75 anys o més).
- Presència de multimorbiditat i/o polimediació.
- Presència de fragilitat (lleu, intermèdia o avançada) i/o pèrdua de la capacitat funcional.
- Presència de síndromes geriàtriques, com ara: caigudes, desnutrició, deteriorament cognitiu, síndrome confusional, pèrdua de mobilitat...
- Presència de problemes socials relacionats amb la seva situació de salut.
- Persones en situació de dependència funcional, ja estiguin en residències o a domicili (que estiguin o no en el programa ATDOM de primària).
- Persones que presenten necessitats complexes d'atenció o d'atenció pal·liativa (PCC o MACA).

Font: Elaboració pròpia

5.2 Elements clau del model d'atenció des de la geriatria especialitzada

Per donar resposta a les necessitats d'aquesta població diana, el PEGECAT adopta plenament tant els principis fonamentals com la proposta específica del [Model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa \(PCC\) o avançada \(MACA\)](#), i que, de forma genèrica, consta de quatre etapes (figura 7):

Figura 7. Model d'atenció individualitzat en quatre etapes i valoració geriàtrica integral.



Font: Elaboració pròpia.

La **valoració geriàtrica integral (VGI)**, com a clau de volta de l'atenció geriàtrica, incorpora, en essència, les quatre etapes desenvolupades en el model esmentat: d'una banda, la identificació de la població que més es beneficia de la l'aproximació geriàtrica i la valoració multidimensional conformen l'anomenada *valoració geriàtrica (geriatric assessment)*. Quan, a més, va associada a l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat (preferentment, des d'una perspectiva interdisciplinària), així com d'una proposta de seguiment, és quan parlem de *valoració geriàtrica integral (comprehensive geriatric assessment)*.^{29,40,85} En aquest enfocament, resulta especialment transcendent el treball en equip interdisciplinari.

5.2.1 Atenció centrada en la persona en l'atenció geriàtrica especialitzada

Els darrers anys, els serveis de salut i socials han fet especial èmfasi en el concepte d'*atenció centrada en la persona* (ACP). Aquest concepte es va començar a desenvolupar durant la dècada dels seixanta, fonamentalment a l'entorn de les unitats residencials i per a persones amb demència. Malgrat això, no hi ha hagut un consens operatiu que permetés avaluar-ne la utilitat, i l'evidència acumulada sobre el seu impacte en els ciutadans que reben els serveis o entre els professionals que els proporcionen és relativament escassa. Els estudis realitzats fonamentalment en residències són poc concloents per la seva heterogeneïtat i qualitat, però suggereixen que l'ACP pot tenir aspectes positius en les persones ateses i entre els professionals⁸⁶ i que, en persones amb demència, pot afavorir el control dels símptomes de comportament.^{87,88}

Hi ha un consens professional que l'ACP és la base del model que permet una atenció de qualitat, perquè proporciona una atenció personalitzada i respecta els drets i les preferències dels ciutadans. L'any 2015, un grup d'experts de la Societat Americana de Geriatria va definir l'ACP com aquell model que busca els valors i les preferències de la persona, que, una vegada expressats, guien tots els aspectes de la seva atenció i donen suport als seus objectius de vida i de salut.⁸⁹ Entre els seus elements essencials, destaquen:

- Una **atenció integral** interdisciplinària i coordinada.
- La realització de **plans d'atenció individualitzats** d'acord amb les preferències de la persona i la seva història de vida, els seus interessos i allò que rebutja.
- La presència d'un **professional de referència**.
- L'**avaluació** del rendiment i de millora de la qualitat que tinguin en compte la persona i els seus cuidadors.⁹⁰
- La **formació** dels professionals i, si és adequat, de la persona i el seu cercle proper.

Aquest model va ser recollit en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya (PIAISS). [L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya 2016](#)), així com en la [Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària](#), i és el que cal garantir a les persones grans i a les persones amb problemes de salut crònics. Inclou:

- El dret que es respectin els **valors** i les **preferències, creences, i prioritats** de la persona.
- El dret a la **informació, empoderament i participació** de les persones, famílies, entorn cuidador i comunitats –entesos com la facilitació d'oportunitats, capacitats i recursos que les persones necessiten per prendre decisions efectives sobre la pròpia salut. Això implica:
 - Que les persones puguin participar en la presa de decisions, per mitjà d'un procés de presa de decisions compartit, com a element clau de l'atenció centrada en la persona.
 - La incorporació de la família / l'entorn cuidador que desitgi la persona atesa com a elements clau de la xarxa de suport.
- El dret a ser atès amb un **model d'atenció integral** i amb visió multidimensional que incorpori:
 - El fet de disposar d'un sistema de detecció proactiu de persones que es puguin beneficiar d'un model d'atenció específic, i que sigui visible per a tots els agents que intervinguin en el procés d'atenció.
 - Una valoració multidimensional que prevegi, des d'una òptica holística, totes les dimensions i necessitats de les persones.
 - Un pla d'atenció personalitzat que sigui integral, interprofessional i únic i consensuat amb la persona i/o famílies i/o entorn cuidador. Aquest pla ha d'incloure elements relacionats amb el benestar de la persona, el suport psicoemocional i les propostes assistencials específiques per dur-lo a terme.
 - La compartició de la informació essencial del pla d'atenció integral, en forma de pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC), entre els professionals de la xarxa assistencial que intervinguin en l'atenció de la persona, i, especialment, per a aquelles persones amb necessitats complexes d'atenció (PCC) i necessitats d'atenció pal·liativa (MACA) per mitjà del pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC), que n'asseguri l'accessibilitat tant a tots els professionals com a les mateixes persones tributàries.
 - L'obtenció una resposta consensuada/compartida, des d'una perspectiva tant sanitària com social, a les seves necessitats.

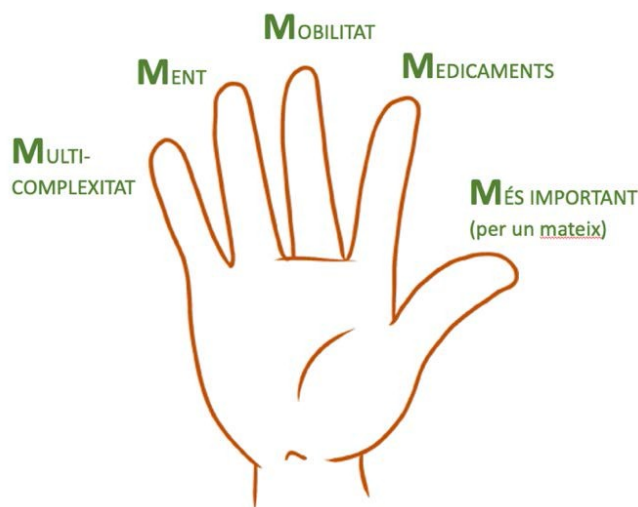
- El dret a rebre una **atenció coordinada i/o integrada**, una atenció de continuïtat i coherent amb el pla d'atenció en les transicions dins dels àmbits (per exemple, en l'etapa de jove a adult) i entre àmbits d'atenció (per exemple, entre l'àmbit hospitalari i comunitari).

5.2.2 Àrees d'expertesa de l'atenció geriàtrica: dels *gegants de la geriatria* a les 5Ms

L'any 1965, Bernard Isaacs va batejar amb el nom de **gegants de la geriatria** aquelles situacions especialment amb més prevalença i que tenien un impacte més gran en la salut de les persones grans en un context d'ingressos hospitalaris.⁹¹ Aquestes síndromes geriàtriques (immobilitat, inestabilitat i caigudes, incontinència i deteriorament cognitiu) van esdevenir així el focus de màxim interès per als professionals de la geriatria. La comprensió d'aquells *gegants geriàtrics* ha evolucionat fins a incorporar altres condicions com la fragilitat, la sarcopènia, les caigudes, la disfàgia, el *delírium*, la polimedicació... que estan estretament relacionades entre si.⁹² Aquestes **síndromes geriàtriques** són alhora un dels principals focus d'interès de l'atenció geriàtrica, i un àmbit d'expertesa i competència dels professionals.

Amb la mateixa vocació divulgativa i de síntesi que Bernard Isaacs, l'any 2017 Mary Tinetti va descriure les **5 Ms** de l'atenció geriàtrica⁹³ en referència a algunes de les principals àrees d'expertesa dels professionals de la geriatria, i, per tant, també focus d'especial interès per al PEGECAT (figura 8).

Figura 8. Les 5 Ms de l'atenció geriàtrica per a la persona.



Font: Elaboració pròpia. Adaptat de Tinetti *et al.*⁷⁸

Aquestes 5 Ms fan referència a:

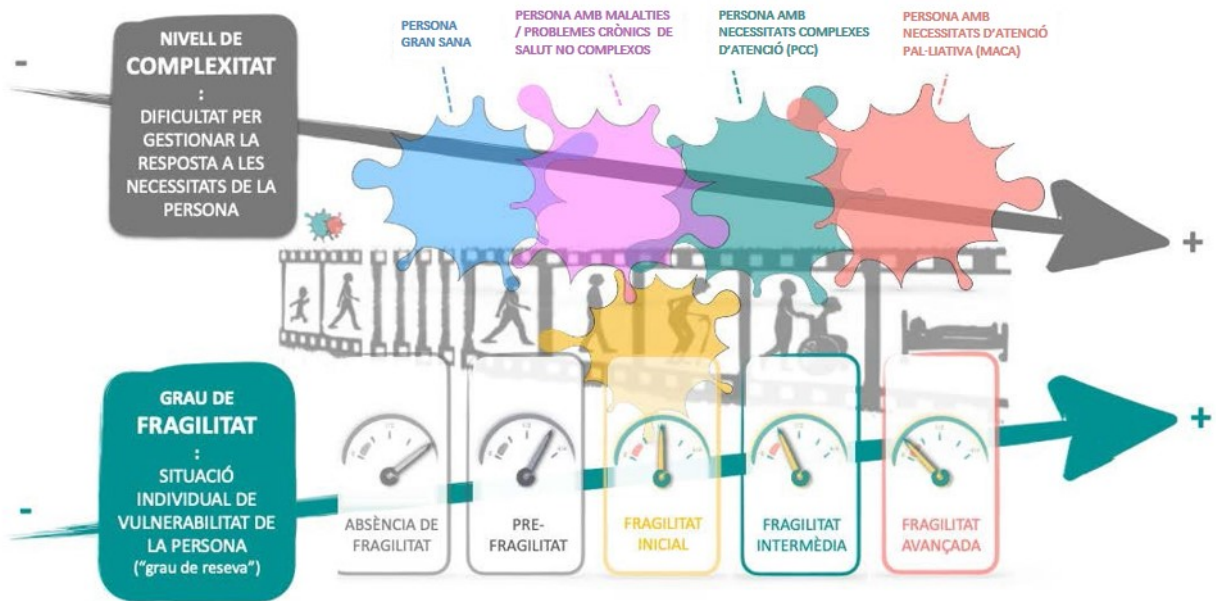
- **Multicomplexitat:** en relació amb la multimorbiditat i les situacions biopsicosocials complexes.
- **Ment:** en referència al *delírium*, la demència, la depressió i l'activitat mental.
- **Mobilitat:** referent al deteriorament de la marxa i l'equilibri, i la prevenció de caigudes.
- **Medicaments:** en referència a l'adequació de la prescripció, els riscos de la polimediació i els efectes adversos dels fàrmacs.
- **“Més important” per a la pròpia persona:** en relació amb els resultats que siguin importants per a les persones, els seus valors i preferències.

5.2.3 La fragilitat com a fil conductor de l'atenció geriàtrica especialitzada

Davant el canvi de paradigma que suposa el fet de passar d'una visió centrada únicament en la malaltia a una visió centrada en la globalitat de la persona, els sistemes de salut requereixen narratives i instruments que permetin donar respostes tangibles tant als professionals com a les persones que han de rebre l'atenció. En un context on sovint hi ha multitud de conceptes entrelaçats, com són multimorbiditat, pluripatologia, complexitat, PCC, MACA, estat terminal, etc., la **fragilitat** sembla erigir-se com un fil argumental sòlid de l'atenció geriàtrica,⁹⁴⁻⁹⁹ també en el nostre entorn.¹⁰⁰

Així, mentre que **des de l'òptica sistèmica / de planificació**, el contínuum de les persones progressa des de la situació de persona sana, passant per l'aparició de malalties cròniques (úniques o múltiples), fins a diferents nivells de complexitat i a la situació de final de vida, **des de la perspectiva individual**, i atenent a la seva vulnerabilitat, el contínuum va des de la persona robusta a la persona amb fragilitat avançada (figura 9).

Figura 9. Continuum de la fragilitat i la complexitat:

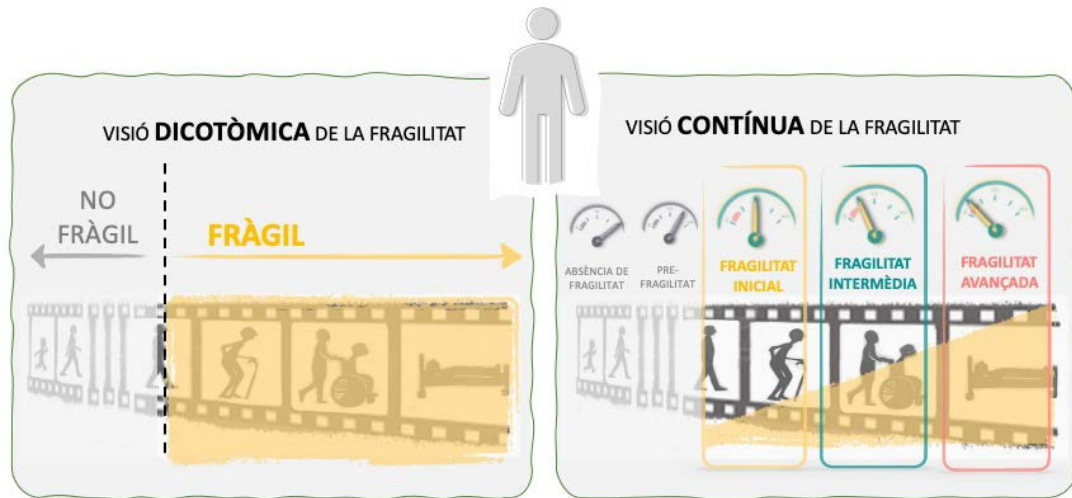


Font: Adaptat de Limón et al.¹⁰¹

La fragilitat és una **entitat multidimensional** que es defineix com un estat de "vulnerabilitat" davant factors estressants. Està condicionada per la limitació dels mecanismes compensadors que posa l'individu en una situació d'alt risc de mals resultats de salut, com ara: discapacitat, institucionalització, hospitalització, estades hospitalàries perllongades, reingressos, caigudes, resultats adversos davant d'algunes intervencions específiques (per exemple, quimioteràpia o intervencions quirúrgiques) i, especialment, increment de mortalitat. La fragilitat pot ser considerada també un **problema de salut crònic**, ja que es pot millorar, però habitualment no es pot "curar"; és progressiva, encara que hi pot haver crisis episòdiques; impacta negativament en l'experiència del pacient, i condiona costos, tant individualment com per a les organitzacions.

Malgrat que entre els experts hi ha un ampli **consens sobre la utilitat del concepte de fragilitat** com aproximació a les persones de perfil geriàtric, impera encara certa controvèrsia sobre el seu abordatge operatiu, atesa l'amplitud del concepte.¹⁰²⁻¹⁰⁵ Així, la fragilitat es pot plantejar com a (figura 10):

Figura 10. Espectre de la fragilitat: visió dicotòmica-sindròmica contra visió contínua.



Font: Elaboració pròpia.

- Una **realitat dicotòmica** (“és o no és fràgil aquella persona?”), que és especialment útil per al cribatge poblacional de persones amb prefragilitat o fragilitat inicial en situació de risc de desenvolupar discapacitat, per tal que es puguin beneficiar potencialment d'accions preventives.^{106,107}

Aquesta aproximació, basada en l'enfocament sindròmic clàssic de fragilitat de Fried,¹⁰⁸ requereix eines de cribatge poblacional que permetin identificar precoçment aquestes persones. Algunes eines útils per a aquest objectiu són els tests funcionals (el [Timed Up and Go](#), la [velocitat de la marxa](#) o la [Short Physical Performance Battery](#)

—SPPB—, per exemple), l'escala [FRAIL](#) o l'eina de cribatge de fragilitat del Gèrontopôle o [Gèrontopôle Frailty Screening Tool \(GFST\)](#).^{109–114}

- Una **realitat contínua** (“com de fràgil és aquella persona?”), basada en l'enfocament d'acumulació de dèficits de Rockwood, és útil per valorar el grau de reserva d'una persona o diagnòstic situacional, com a aproximació de “l'edat biològica” de la persona.^{110,114,115}

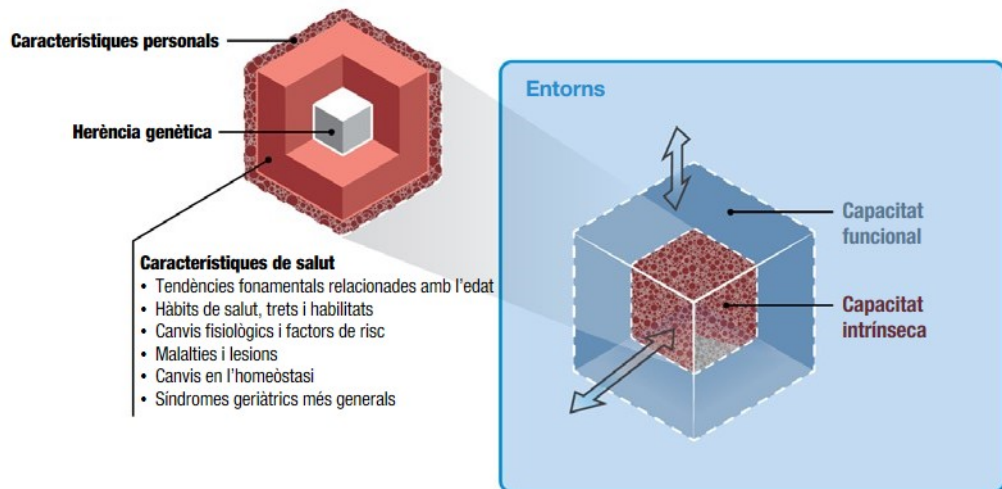
En la pràctica clínica, l'estàndard de referència de l'aproximació als pacients complexos i amb fragilitat és la valoració geriàtrica integral (VGI).³⁴ Les [escales clíniques de fragilitat](#), com els [índexs de fragilitat](#), poden ser útils en la mesura del grau de reserva / diagnòstic situacional de les persones.^{116,117}

Sigui com sigui, en el camp de la geriatria hi ha força consens en les oportunitats que ofereix la **fragilitat com a element nuclear** de la pràctica clínica i la recerca i la planificació assistencial en l'atenció a les persones grans.^{105,110,118} Des del PEGECAT s'advoca, doncs, per incorporar la fragilitat com a **concepte transversal** que cal tenir present en qualsevol pla, programa i intervenció dirigit a les persones grans, que van des de la prevenció de discapacitat fins a les persones amb necessitats complexes d'atenció i necessitats pal·liatives.^{115,119,120}

5.2.3 Les capacitats intrínseca i funcional com a finalitat

L'*Informe mundial sobre l'envelliment i la salut* publicat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 2015¹²¹ fa èmfasi sobre la funcionalitat com a eix que ha de guiar l'elaboració de plans i estratègies en relació amb la salut de les persones grans. D'aquesta manera, apunta la necessitat de promocionar un envelliment saludable per a la població, mitjançant la incentivació, el desenvolupament i el manteniment de la **capacitat intrínseca** i de la **capacitat funcional** com a elements clau per facilitar el benestar de les persones (figura 11).

Figura 11: Model de capacitat intrínseca i capacitat funcional



Font: OMS, 2015.

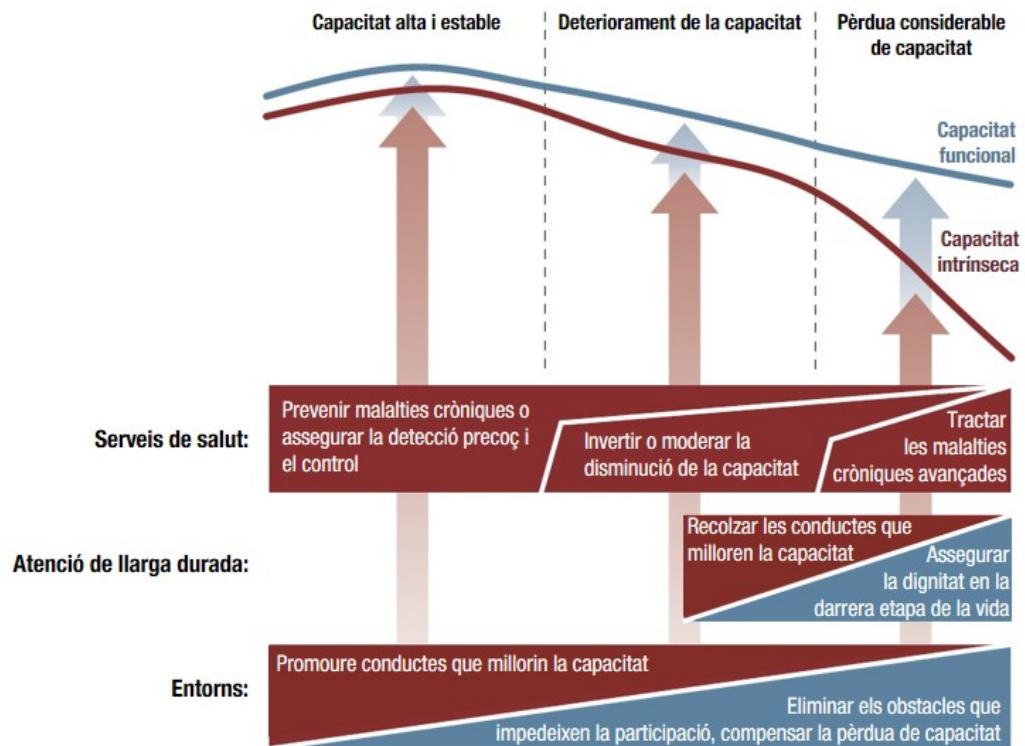
En aquest context,
defineix:

- La **capacitat intrínseca** com la combinació de totes les capacitats físiques i mentals que un individu pot assolir.
- La **capacitat funcional** com la capacitat intrínseca de l'individu, posada en el context de l'entorn on es desenvolupa i les interaccions que s'estableixen entre les persones i el seu entorn.

Partint del principi de diversitat en relació amb les persones grans, que el manteniment de la funció s'ha d'incorporar al disseny de polítiques públiques, igual com les conductes i els hàbits individuals, aquest enfocament estableix un marc conceptual de salut pública per a l'envelliment saludable que ofereix oportunitats per a l'acció al llarg de tot el cicle vital (figura 12). Així, es proposa un marc que s'adapti a la situació de cada persona d'acord amb la seva capacitat intrínseca i funcional i que segueixi els **principis generals** següents:

- Centrar-se en la promoció de la funcionalitat.
- Optimitzar les trajectòries de capacitat intrínseca.
- Fomentar i mantenir la capacitat funcional.
- Orientar els serveis cap a l'atenció integrada i seguint el model d'ACP.
- Fer plans d'atenció integrada.
- Implantar avaluacions d'envelliment saludable.
- Desenvolupar serveis d'atenció de llarga durada sanitaris i socials.

Figura 12. Model d'estratificació de l'atenció a partir de la capacitat intrínseca.



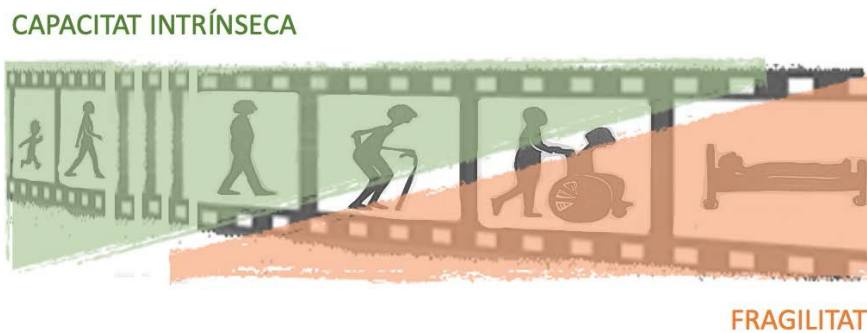
Font: OMS, 2015

A partir de la capacitat intrínseca de cada persona, doncs, el coneixement geriàtric especialitzat pot oferir unes accions determinades per buscar el màxim benefici per a la persona i el seu entorn (annex 5). Especialment quan les persones mantenen encara una capacitat alta, la promoció de polítiques i programes enfocats a la prevenció i el manteniment d'aquestes capacitats hauria de ser motiu de desenvolupament d'estratègies compartides i transversals per a tots els actors dels sistemes de salut i social.

FRAGILITAT I CAPACITAT INTRÍNSECA: DUES CARES DE LA MATEIXA MONEDA

A la pràctica, i de forma esquemàtica, es pot dir que la fragilitat i la capacitat intrínseca són "dues cares de la mateixa moneda" (figura 13): si la fragilitat representa la vulnerabilitat i els dèficits acumulats, la capacitat intrínseca representa el "graü de reserva" d'una persona. En parlar de capacitat intrínseca, l'OMS pretén fer més èmfasi en el concepte de preservació de capacitats que en les pèrdues o els dèficits adquirits.¹²²

Figura 13. Visions complementàries dels conceptes de fragilitat i de capacitat intrínseca.



Font: Elaboració pròpia.

5.2.5 Canvi de paradigma en l'avaluació de resultats: nous indicadors per als nous temps

Si bé els marcs avaluatius de base poblacional transcendeixen l'objectiu d'aquest document, cal fer èmfasi en el canvi de tendència mundial en la utilització d'indicadors –i més específicament per a les persones de perfil geriàtric– més enllà dels resultats clàssics de procés o estructura.

D'una banda, cal posar en relleu la necessitat que l'avaluació necessàriament sigui compartida entre els diferents actors, amb un enfocament **de finalitat quàdruple** (*quadruple AIM*):¹²³

- Millorar els resultats de salut i benestar de les persones. Això inclou indicadors d'impacte en morbidimortalitat, el control d'algunes malalties cròniques i els resultats esperats de bona atenció i de millora de la qualitat de vida en diferents moments evolutius de les persones ateses.
- Millorar l'eficiència, mitjançant l'adequació del cost de l'atenció i la utilització dels serveis –especialment, les hospitalitzacions no programades– de la població atesa.
- Millorar l'experiència d'atenció de les persones i les seves famílies.
- Millorar l'experiència dels professionals en la prestació de l'atenció.

En aquest context, prenen força els objectius individuals de les persones (o “resultats que els importen”), ja siguin **resultats de salut** (indicadors PROM o mesura de resultats declarats pel pacient) o **resultats d'experiència d'atenció** (indicadors PREM o mesura d'experiències declarades pel pacient).¹²⁴ Perquè siguin útils, cal que aquestes mesures:

- Siguin significatives, tant per a les persones com per al seu entorn cuidador i per als professionals.
- No siguin difícils d'obtenir ni condicionin duplicitats.
- Siguin fàcilment interpretables i contextualitzables.
- Ajudin a donar suport al treball col·laboratiu.

Aquestes són mesures que van més enllà del concepte de *satisfacció*, i esdevenen un element clau per avaluar si l'atenció rebuda ha estat realment "centrada en la persona". De manera general –i més específicament en les persones que tenen problemes de salut crònics–, les persones tendeixen a prioritzar el manteniment de la seva independència, del seu rol social, la disminució de la càrrega de tractament i el control sobre la seva vida.¹²⁴

Finalment, i des de la perspectiva de la geriatria i dels serveis i dispositius d'atenció geriàtrica especialitzada, pot esdevenir especialment útil l'*Standard set of health outcome measures for older persons*, desenvolupat pel International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), del qual es pot veure el resum a la taula 4.¹²⁵

Taula 4. Resum dels indicadors proposats per l'ICHOM per a persones de perfil geriàtric.

Nivells	Dominis de Resultats	Informació de suport	Fonts d'informació suggerides
Nivell 1	Mitjana de supervivència	Supervivència en tots els casos	Arxiu administratiu
	Localització de la mort	El pacient ha mort en el seu lloc de residència habitual o en el seu lloc de preferència (si s'ha comunicat prèviament)	Dades clíniques
	Fragilitat	Valoració mitjançant l'estudi canadenc de l'escala clínica de fragilitat de Salut i envelliment.	Dades clíniques
Nivell 2	Polifarmàcia	Inclou el nombre total de medicacions prescrites, efectes adversos i símptomes negatius en el pacient	Dades clíniques, informat pel pacient
	Caigudes	Informat pel pacient	Informat pel pacient
	Presca de decisions compartida	Inclou la confiança del pacient, la capacitat d'autocuidar-se, el rol del pacient en la presa de decisions compartida amb els professionals. També l'experiència d'haver estat tractar amb dignitat i respecte, coordinació entre cura i descàrrega del lloc escollit.	Informat pel pacient
	Temps passat a hospital	Nombre d'ingressos, reingressos i temps total passat a hospital en un any	Arxiu administratiu
Nivell 3	Soledat i aïllament	Valoració mitjançant l'escala de 3 ítems d'UCLA	Informat pel pacient
	Activitat en la vida diària	Inclou mobilitat i limitacions per al desenvolupament de la vida diària. Valoració mitjançant SF-36 i velocitat de marxa	Dades clíniques, informat pel pacient
	Dolor	Valoració mitjançant SF-36	Informat pel pacient
	Salut mental i emocional	Valoració mitjançant SF-36	Informat pel pacient
	Autonomia i control	Quantitat de control presentat pel pacient sobre la seva vida diària, mitjançant l'eina de valoració d'Atenció social per a adults	Informat pel pacient
	Càrrega del cuidador	El cuidador manifesta sobrecàrrega via els 4 paràmetres de monitorització del Test de Zarit	Informació del cuidador

Font: Adaptat de l'ICHOM¹²⁵

5.3 Principis clau del model assistencial des de l'atenció geriàtrica especialitzada

Partint del clàssic de l'atenció integrada de donar la **resposta adequada, en el moment i lloc adequats** (*right care, right time, right place*),¹²⁶ als quals podríem afegir “**per part dels equips adequats**”, el model assistencial per a les persones de perfil geriàtric requereix serveis de geriatria amb gran expertesa i perspectiva territorial. Per desenvolupar aquest model, no pot haver-hi millor **punt de partida** que les fortaleses del model assistencial de l'entorn sociosanitari, que tradicionalment s'ha caracteritzat per:

- Ser integral: biopsicosocial, centrat en les necessitats de la persona.
- Tenir caràcter multidisciplinari.
- Prioritzar la funció i la promoció de l'autonomia amb el principal objectiu del retorn al domicili habitual del pacient.
- Garantir la continuïtat assistencial.
- Ser transversal o integral multinivell, amb recursos a tots els àmbits assistencials.
- Tenir temporalitat en relació amb els recursos.
- Estar centrat en la persona.

Partint d'aquest extraordinari llegat, i conjuntament amb el recentment publicat model d'atenció per a persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) explicat al punt 4.2, s'obre la porta a fer un salt endavant en el model assistencial per part de l'atenció geriàtrica. És a dir, en la proposta estratègica, operativa i de prestació de serveis que ha de donar una resposta a aquestes persones.

Això requereix que els **professionals**:

- Disposin de les eines i els recursos necessaris.
- Participin de forma activa en el lideratge clínic i en el codisseny de projectes vinculats a aquesta planificació estratègica, així com en la posterior implementació i seguiment.
- Accedeixin a la formació necessària per donar la millor resposta possible a les persones grans i amb problemes de salut crònics, d'una manera homogènia a tots els territoris de Catalunya per part de tots els serveis sanitaris.
- Disposin d'espais, temps i recursos per poder participar en el procés de millora i innovació en l'atenció a les persones grans i a les persones amb problemes de salut crònics.

Alhora, cal que les **organitzacions**:

- Disposin d'un marc conceptual i estratègic concret que els permeti enfocar els serveis assistencials a la gent gran i a les persones amb problemes crònics de salut i altres necessitats des d'una perspectiva centrada en la persona.
- Tinguin facilitats per implementar iniciatives de bones pràctiques (*right care*) i d'innovació organitzativa en l'atenció a aquestes persones.
- Disposin d'estratègies d'avaluació de resultats i models que permetin monitorar tant l'evolució dels resultats propis com el *benchmarking* amb altres territoris.

Aquest Pla vol donar impuls, doncs, en el model assistencial de futur, a l'atenció a aquestes persones des de la mirada especialitzada de la geriatria que es detallaran com **a línies estratègiques**, projectes i actuacions en el document següent, i fent èmfasi en els **elements operatius clau** per a la transformació del model, que s'exposaran en un altre document.

6. Bibliografia

1. Sabater Berenguer M, Julià Berruezo A, Montané March MA, Ledesma Castelltort A, Blay Pueyo C, Sarquella Casellas E. Integrating terminology for integrated care. *Int J Integr Care* 2016; 16(6): A100. doi: [10.5334/ijic.2648](https://doi.org/10.5334/ijic.2648)
2. Mas MÀ, Amblàs-Novellas J. Geriatrics and the challenge of facing our future. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Sep-Oct 2017; 52(5): 237-239.
3. Meier DE. Focusing together on the needs of the sickest 5%, who drive half of all healthcare spending. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(10): 1970-2.
4. World Health Organization. Global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026; 2015 [Internet]. 2017. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf?ua=1.
5. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges [Internet]. Copenhagen: 2010 [cited 2016 Sep 1]. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
6. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med* [Internet] 2004 [cited 2014 Feb 25]; 116(3): 179-85. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934303006661>
7. Krumholz HM. Post-hospital syndrome: an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013; 368(2): 100-102. doi:10.1056/NEJMp1212324
8. Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X. Clinical and ethical recommendations for decision-making in nursing homes in the context of the COVID-19 crisis. *Med Clínica (English Ed)* 2020; 155(8): 356-9.
9. Picker Institute. The Eight Principles of Patient-Centered Care. Disponible a: <https://www.oneviewhealthcare.com/blog/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>
10. WHO. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020. *Reg Comm Eur Sixty-second Sess EUR/RC62/10 Rev1*. 2012. Disponible a: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf
11. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
12. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. 2017. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
13. de Carvalho IA, Epping-Jordan J, Beard JR. *Integrated Care for Older People*. 2019.
14. World Health Organization. Thirty-year Retrospective of Catalan health planning. 2020. Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/429456/Catalan-health-planning-report.pdf
15. Robles M, Miralles R, Llorach I, Cervera A. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. *Tratado Geriatría para Resid* 2010;
16. Institut d'Estadística de Catalunya. Anuari estadístic de Catalunya 2021; Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=245>
17. Institut d'Estadística de Catalunya . Projeccions de població 2021-2071. 2021;

- Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=proj>
18. Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2020. Disponible a : <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2020/resum-executiu-ESCA-2020.pdf>
 19. Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2019. Disponible a : https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2019/resum-executiu_ESCA-2019.pdf
 20. Kingston A, Robinson L, Booth H, *et al.* Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing* 2018; May 1; 47(3): 374-380.
 21. Stafford M, Steventon A, Thorlby R, Fisher R, Turton C, Deeny S. Briefing: Understanding the health care needs of people with multiple health conditions. *Heal Found* [Internet] 2018; (November): 1-26. Disponible a: [https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2018/Understanding the health care needs of people with multiple health conditions.pdf](https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2018/Understanding_the_health_care_needs_of_people_with_multiple_health_conditions.pdf)
 22. Generalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2019. Disponible a: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/mortalitat/documents/mortalitat-2019.pdf>
 23. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, *et al.* Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018; Nov 10; 392(10159): 2052-2090.
 24. Generalitat de Catalunya. Memòria CatSalut 2020. Disponible a: <https://memoria.catsalut.gencat.cat/>
 25. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Disponible a: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/09/09/pdfs/BOE-A-2019-12897.pdf>
 26. Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "retooling for an aging America" report. *J Am Geriatr Soc* 2009; Dec; 57(12): 2328-37.
 27. Cornwell J, Levenson R, Sonola L, Poteliakhof E. Continuity of care for older hospital patients: A call for action. *The King's Fund* 2012. Disponible a: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf
 28. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin* . 2000; 115(18): 704-717. doi: [10.1016/S0025-7753\(00\)71669-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71669-1)
 29. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* [Internet] 2011; 343: d6799. doi: [10.1136/bmj.d6799](https://doi.org/10.1136/bmj.d6799)
 30. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2013 Feb 22; 11: 48. doi: [10.1186/1741-7015-11-48](https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-48).

31. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017. 12; 9(9): CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.
32. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A Randomized Trial of Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve the Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients. *N Engl J Med* 1995; 332(20): 1338-44. doi: 10.1056/NEJM199505183322006.
33. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311(26): 1664-70.
34. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009; 338: b50. doi: 10.1136/bmj.b50.
35. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46(4): 186-92. doi: 10.1016/j.regg.2011.02.005.
36. Vidán Astiz MT, García ES, Armesto MA, *et al.* Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43(3): 133-8. doi: 10.1016/s0211-139x(08)71172-7.
37. González-Montalvo JI, Pallardo Rodil B, Bárcena Álvarez A, Alarcón Alarcón T, Hernández Gutiérrez S. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44(4): 205-8. doi: 10.1016/j.regg.2008.12.003.
38. Fox MT, Persaud M, Maimets I *et al.* Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders' components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc [Internet]* 2012 [cited 2014 Feb 25]; 60(12): 2237-45.
39. Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(3): 269-76. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb02988.x.
40. Ellis G, Whitehead M a, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ [Internet]* 2011; 343: d6553. doi: 10.1136/bmj.d6553.
41. González-Montalvo JI, Mauleón JL, Gil-Garay E, Gotor P, Martín-Vega A. The orthogeriatric unit for acute patients: A new model of care that improves efficiency in the management of patients with hip fracture. *HIP Int* 2010; 20(2): 229-35. doi: 10.1177/112070001002000214.
42. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A *et al.* La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46(4): 193-9. doi: 10.1016/j.regg.2011.02.004.
43. Hawley S, Kassim Javaid M, Prieto-Alhambra D. *et al.* Clinical effectiveness of orthogeriatric and fracture liaison service models of care for hip fracture patients: Population-based longitudinal study. *Age Ageing* 2016; 45(2): 236-42. doi: 10.1093/ageing/afv204.
44. Pueyo-Sánchez MJ, Larrosa M, Surís X *et al.* Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture. *Eur Geriatr Med* 2018; 9(2): 175-181. doi: 10.1007/s41999-018-0028-4
45. Ellis G, Jamieson CA, Alcorn M, Devlin V. An Acute Care for Elders (ACE) unit in the emergency department. *Eur Geriatr Med* 2012; 3(4): 261-3.

- doi:10.1016/j.eurger.2012.03.004
46. Burton JH, Young J, Bernier CA. The geriatric ED: Structure, patient care, and considerations for the emergency department geriatric unit. *Int J Gerontol*. 2014; 8(2): 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.01.002>
 47. Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(11): 1873-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x.
 48. Sinha SK, Bessman ES, Flomenbaum N, Leff B. A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model. *Ann Emerg Med* 2011; 57(6): 672-82. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.01.021.
 49. McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, De Courval LP, Belzile E. Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: Impact on continuity of care. *Acad Emerg Med* 2003; 10(3): 233-43. doi: 10.1111/j.1553-2712.2003.tb01997.x.
 50. McCusker J, Verdon J, Vadeboncoeur A, *et al.* The elder-friendly emergency department assessment tool: Development of a quality assessment tool for emergency department-based geriatric care. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(8): 1534-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04058.x.
 51. Corbett HM, Lim WK, Davis SJ, Elkins AM. Care coordination in the Emergency Department: improving outcomes for older patients. *Aust Health Rev* 2005; 29(1): 43-50. doi: 10.1071/ah050043.
 52. Aldeen AZ, Mark Courtney D, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: Preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62(9): 1781-5. doi: 10.1111/jgs.12979.
 53. Banerjee J, Conroy S, Cooke MW. Quality care for older people with urgent and emergency care needs in UK emergency departments. *Emerg Med J*. 2013; 30(9): 699-700. doi: 10.1136/emered-2012-202080.
 54. Carpenter CR, Shah MN, Hustey FM, Heard K, Gerson LW, Miller DK. High yield research opportunities in geriatric emergency medicine: Prehospital care, delirium, adverse drug events, and falls. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011; 66(7): 775-83. doi: 10.1093/gerona/66(7)775.
 55. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Estándares de Calidad en Geriatria. 2007. Disponible a: https://www.segg.es/media/descargas/estandares_geriatria.pdf
 56. Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RG, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2007; 2007(2):CD002214. doi: 10.1002/14651858.CD002214.pub3.
 57. Walsh B, Steiner A, Warr J, Sheron L, Pickering R. Nurse-led inpatient care: opening the "black box." *Int J Nurs Stud* 2003; 40(3):307-19. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00091-3.
 58. Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard acute care for post-acute medical patients: Cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *Br Med J* 2005; 330(7493):699. doi: 10.1136/bmj.38397.633588.8F.
 59. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 340: c1718. doi: 10.1136/bmj.c1718.
 60. Cameron ID, Handoll HH, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. In: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 4: CD000106.
 61. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient

- rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 340: c1718. doi: 10.1136/bmj.c1718.
62. Langhorne P, Ramachandra S, SUT collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 4(4): CD000197. doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub4.
 63. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A Randomized, Controlled Trial of a Geriatric Assessment Unit in a Community Rehabilitation Hospital. *N Engl J Med* 1990; 322(22): 1572-8. doi: 10.1056/NEJM199005313222205.
 64. Young J, Green J, Forster A, *et al.* Postacute care for older people in community hospitals: A multicenter randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(12): 1995-2002. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01456.x.
 65. Green J, Young J, Forster A, *et al.* Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: Randomised controlled trial. *Br Med J* 2005; 331(7512): 317-22. doi: 10.1136/bmj.38498.387569.8F.
 66. O'Reilly J, Lawson K, Green J, Young JB, Forster A. Post-acute care for older people in community hospitals - A cost-effectiveness analysis within a multi-centre randomised controlled trial. *Age Ageing* 2008; 37(5): 513-20. doi: 10.1093/ageing/afn120.
 67. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008; (4): CD001730. doi: 10.1002/14651858.CD001730.pub2.
 68. Petermans J, Velghe A, Gillain D, Boman X, Van Den Noortgate N. Geriatric day hospital: what evidence? A systematic review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2011; 9(3): 295-303. doi: 10.1684/pnv.2011.0292.
 69. Kallert TW, Schönherr R, Schnippa S, Matthes C, Glöckner M, Schützwahl M. Direct costs of acute day hospital care: Results from a randomized controlled trial. *Psychiatr Prax* 2005; 32(3): 132-41. doi: 10.1055/s-2004-834712..
 70. Priebe S, Jones G, McCabe R, *et al.* Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 243-9. doi: 10.1192/bjp.188.3.243.
 71. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Mar 16; 3(3): CD009231. doi: 10.1002/14651858.CD009231.pub3.
 72. Shepperd S, Doll H, Broad J, *et al.* Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; (1): CD000356. doi: 10.1002/14651858.CD000356.pub3.
 73. Shepperd S, Doll H, Angus RM, *et al.* Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 9(9): CD007491. doi: 10.1002/14651858.CD007491.pub2.
 74. Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, *et al.* Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5): CD003573. doi: 10.1002/14651858.CD003573.pub2.
 75. Langhorne P, Baylan S, Trialists ESD. Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; 7(7): CD000443. doi: 10.1002/14651858.CD000443.pub4..
 76. Mas MÀ, Inzitari M. A critical review of Early Supported Discharge for stroke patients: From evidence to implementation into practice. *Int. J. Stroke.* 2015; 10(1): 7-12. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00950.x.
 77. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet.* 201; 377(9778): 1693-702. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5.

78. Tummers JFMM, Schrijvers AJP, Visser-Meily JMA. Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *Int J Integr Care* 2012; 12: e193. doi: 10.5334/ijic.847.
79. Sanderson D, Wright D. Final evaluation of the CARATS initiatives in Rotherham. In: *Health Economics Consortium, editor. Intermediate and Continuing Care: Policy and Practice*. University of York; 1999.
80. Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(10): 1427-34. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51461.x.
81. Kane RL, Flood S, Bershadsky B, Keckhafer G. Effect of an Innovative Medicare Managed Care Program on the Quality of Care for Nursing Home Residents. *Gerontologist* 2004; 44(1): 95-103. doi: 10.1093/geront/44.1.95.
82. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, *et al*. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ* 2007; 334(7583): 31. doi: 10.1136/bmj.39020.413310.55.
83. Fleming SA, Blake H, Gladman JRF, *et al*. A randomised controlled trial of a care home rehabilitation service to reduce long-term institutionalisation for elderly people. *Age Ageing* 2004; 33(4): 384-90. doi: 10.1093/ageing/afh126.
84. Woodford HJ, George J. Intermediate care for older people in the UK. *Clin Med (Lond)*. 2010; 10(2): 119-23. doi: 10.7861/clinmedicine.10-2-119.
85. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician* 2011; 83(1): 48-56.
86. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013; 8: 1-10. doi: 10.2147/CIA.S38589.
87. Caspar S, Davis ED, Douziech A, Scott DR. Nonpharmacological Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: What Works, in What Circumstances, and Why? *Innov Aging* 2017.
88. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Interv. Aging*. 2017.
89. Goodwin C. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64(1): 15-8.
90. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64(1): e1-7.
91. Isaacs B. Towards a definition of geriatrics. *J Chronic Dis* 1972; 25(8): 425-32. doi: 10.1016/0021-9681(72)90205-6.
92. Morley JE. The New Geriatric Giants. *Clin Geriatr Med*. 2017; 33(3):xi-xii. doi: 10.1016/j.cger.2017.05.001
93. Tinetti M, Huang A, Molnar F. The Geriatrics 5M's: A New Way of Communicating What We Do. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65(9): 2115. doi: 10.1111/jgs.14979.
94. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, *et al*. The geriatric management of frailty as paradigm of "The end of the disease era." *Eur J Intern Med*. 2016; 31: 11-4. doi: 10.1016/j.ejim.2016.03.005
95. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*; 43(6): 744-7. doi: 10.1093/ageing/afu138
96. Royal College of General Practitioners, British Geriatric Society U. Fit for Frailty part 2 [Internet]. 2014 [citat 2022 Mar 30]. Disponible a: <https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2018-05->

- 23/fff2_full.pdf
97. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L *et al.* Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015; 6(2): 189-194. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>
 98. Inzitari M, Pérez LM, Enfedaque MB, *et al.* Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life. *Eur J Intern Med* 2018; 56: 57-63. doi: 10.1016/j.ejim.2018.07.022..
 99. Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. The challenge of clinical complexity in the 21st century: Could frailty indexes be the answer? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016; 52(3): 159-166. doi: 10.1016/j.regg.2016.07.005.
 100. Baltaxe E, Cano I, Herranz C, *et al.* Evaluation of integrated care services in Catalonia: Population-based and service-based real-life deployment protocols. *BMC Health Serv Res* 2019; 19(1): 370. doi: 10.1186/s12913-019-4174-2.
 101. Limón E, Blay C, Burdoy E. A propòsit del CAAPS sobre fragilitat i cronicitat complexa: algunes lliçons apreses. *But At Prim Cat* 2017; 35: 1-3.
 102. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 738-43.
 103. Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(11): 1929-33. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52521.x. .
 104. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, *et al.* The Identification of Frailty : A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 2129-38.
 105. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, *et al.* Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement. The frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013; 68(1): 62-7. doi: 10.1093/gerona/gls119.
 106. Romera-Liebana L, Orfila F, Segura JM, *et al.* Effects of a Primary Care-Based Multifactorial Intervention on Physical and Cognitive Function in Frail, Elderly Individuals: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018; 73(12): 1688-1674. doi: 10.1093/gerona/glx259.
 107. Inzitari M, Mónica L, Enfedaque MB, *et al.* Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life. *Eur J Intern Med* 2018; 56: 57-63. doi: 10.1016/j.ejim.2018.07.022 .
 108. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(3): M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146
 109. Kim MJ, Yabushita N, Kim MK, Nemoto M, Seino S, Tanaka K. Mobility performance test for discriminating high risk of frailty in community-dwelling older women. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51: 192-8.
 110. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med* 2016; 31: 3-10. doi: 10.1016/j.ejim.2016.03.007
 111. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle-aged african americans. *J Nutr Heal Aging* 2012; 16(7): 601-8.
 112. Romero-Ortuño R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr* 2010; 10(57): 1-12.
 113. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, *et al.* Looking for Frailty in Community-Dwelling Older Persons: The Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr*

- Health Aging 2013; 17: 629-31.
114. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62: 722-7.
115. Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017; 52(3): 159-166. doi: 10.1016/j.regg.2016.07.005.
116. Amblàs-Novellas J, Martori J, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016; 52(3): 119-23.
117. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, *et al*. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr* 2018; 18(1): 29. doi: 10.1186/s12877-018-0718-2.
118. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, *et al*. Frailty: An Emerging Public Health Priority. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17(3): 188-92. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.016.
119. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381(9868): 752-62.
120. British Geriatrics Society. Fit for Frailty. Part 1. [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 30]; Disponible a: https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2018-05-23/fff_full.pdf.
121. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
122. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, *et al*. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018; 73(12): 1653-1660. doi: 10.1093/gerona/gly011.
123. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014; 12(6): 573-6.
124. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ* 2017; 356: j816. doi: 10.1136/bmj.j816.
125. Akpan A, Roberts C, Bandeen-Roche K, *et al*. Standard set of health outcome measures for older persons. *BMC Geriatr* 2018; 18(1): 1-10.
126. Saunders C, Carter DJ. Right care, right place, right time: Improving the timeliness of health care in New South Wales through a public-private hospital partnership. *Aust Heal Rev* 2017; 41(5): 511-518. doi: 10.1071/AH16075
127. Shepperd S, Doll H, Angus RM, *et al*. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ* 2009; 180(2): 175-82. doi: 10.1503/cmaj.081491.

7. Annexos

7.1 Recursos disponibles de geriatria aguda

Unitats de geriatria d'aguts (UGA) disponibles a Catalunya. 2018

Centre hospitalari	Regió sanitària	Llits UGA	Llits totals
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona	Barcelona	18	570
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Barcelona	21	692
Hospital Sant Rafael	Barcelona	26	178
Hospital Universitari General Vall d'Hebron	Barcelona	10	1114
Hospital General de Granollers	Barcelona	32	305
Hospital General de l'Hospitalet	Barcelona	16	111
Hospital de Mataró	Barcelona	40	388
Hospital de Sabadell - Parc Taulí	Barcelona	40	551
Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi	Barcelona	45	328
Fundació Hospital Residència Sant Camil	Barcelona	6	177
Hospital de Terrassa	Barcelona	18	301
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat	Barcelona	4	111
Hospital d'Igualada	Catalunya Central	12	207
Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic	Catalunya Central	20	127
Hospital de Campdevàrol	Girona	10	45
Hospital Universitari de Santa Maria	Lleida	6	184

7.2 Recursos disponibles a l'àmbit sociosanitari

Unitats d'internament disponibles a Catalunya, desglossades per proveïdors i línies de contractació. 2020

Unitat proveïdora	Línies d'internament contractades per centre				
	Llarga estada	Convalescència	Mitja estada polivalent	Subaguts	Total centres
Fundació Sant Hospital	1		1		1
Hospital de Puigcerdà	1		1		1
Hospital Comarcal del Pallars	1		1		1
Total RS Pirineus	3	0	3	0	3
Hestia Balaguer Sociosanitari	1	1			1
Hospital Santa Maria		1		1	1
H. Jaume Nadal Meroles	1	1			1
Residència Terraferma	1	1			1
Total RS Lleida	3	4	0	1	4
Pius Hospital de Valls	1	1		1	2
Intitut Pere Mata. Res. Monterols	1	1			1
Hospital Univ. Sant Joan de Reus		1		1	1
CSS Ciutat de Reus	1	1			1
Policlínica Comarcal del Vendrell	1				1
Hospital del Vendrell			1		1
Centre Sociosanitari Llevant	1		1	1	1
Residència Santa Tecla Ponent	1				1
Hospital Sociosanitari Francolí	1	1		1	1
Residència Vila Seca	1		1		1
CSS i Res. Assist. Salou	1	1			1
Total RS Tarragona	9	6	3	4	12
H. C. comarcal Móra d'Ebre	1		1	1	1
H. Santa Creu Tortosa	1	1		1	1
H. Comarcal d' Amposta			1	1	1
Total RS Terres Ebre	2	1	2	3	3
H. St. Jaume de Blanes	1				1
H. Comarcal de Blanes			1		1
Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar	1				1
H. C. Sant Jaume de Calella	1		1	1	1
C. Palamós Gent Gran	1		1		1
CSS Bernat Jaume. Figueres	1	1		1	1
H. d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	1		1	1	1
Residència Geriàtrica Maria Gay	1				1
Hospital SS Mutuam Girona	1		1		1
R. Puig d'En Roca	1				1
CSS Parc Hospitalari Martí Julià	1	1		1	1
Cl. Salus Infirmorum	1		1		1
H. de Campdevàrol	1	1			1
Total RS Girona	12	3	6	4	13
F.S. Sant Josep	1		1		1
Hospital d'Igualada		1		1	1
C. Sanitari del Solsonès	1		1		1
Clínica Sant Josep. F. Althaia Manresa	1	1			1
H. de Sant Andreu	1	1		1	1
Casal d'Assist. Benèfica de Puigreig	1				1
CSS SARquavitae Mont Martí	1				1
H. Comarcal Sant Bernabé	1		1		1
H. Sant Jaume de Manlleu	1	1			1
H. Santa Creu de Vic	1	1		1	1
Total RS Central	9	5	3	3	10

Unitat proveïdora	Línies d'internament contractades per centre				
	Larga estada	Convalescència	Mitja estada polivalent	Subaguts	Total centres
CSS Ricard Fortuny	1		1		1
CSS St Jordi	1				1
CSS Esplugues Llobregat	1		1		1
Cl. Ntra Sra. Guadalupe	1		1	1	1
Centre Mèdic Molins	1		1	1	1
Prytanis Hospitalet CSS	1		1		1
Hospital sociosanitari de l'Hospitalet	1	1		1	1
Hestia Duran i Reynals sociosanitari.	1	1		1	1
Prytanis Sant Boi CSS	1		1		1
Parc Sanitari St. J. De Déu	1	1		1	1
Benito Menni CASM. Sant Boi	1		1		1
C. S. i S. Frederica Montseny	1	1			1
H. Sagrat Cor	1		1	1	1
H. St. Antoni Abad	1	1			1
H. R. Sant Camil	1	1		1	1
Total Metropolitana Sud	15	6	8	7	15
CSS El Carme	1	1		1	1
Centre la Creueta	1	1			1
CSS Can Torras	1	1			1
Centre Assistencial Dr. Emili Mira i López	1	1			1
Fundació H. de l' Esperit Sant			1		1
Casal de Curació	1		1		1
Hestia Maresme	1				1
Antic H. Sant Jaume i Sta. Magadalena	1	1		1	1
Residència Geriàtrica. L'Estada	1				1
H. de Sant Celoni	1		1		1
R. Verge del Puig	1				1
R. Sta. Susanna. Caldes	1		1		1
H. G. de Granollers		1		1	1
C. Polivalent Can Focs	1				1
Hospital de Mollet		1		1	1
Albada CSS	1	1		1	1
Centre Vallparadís	1	1		1	1
H. Sant Llätzer	1	2		1	2
Total Metropolitana Nord	15	11	4	7	19
Parc S. Pere Virgili	1	1		1	1
Hèstia Gràcia Sociosanitari	1	1			1
CSS Sant Jordi de la Vall d'Hebrón	1				1
H. Mare de Déu de la Mercè	1		1		1
Centre Sociosanitari del Centre Integral de Salut Cotxeres	1				1
Hèstia Palau Sociosanitari	1	1		1	1
H. Evangèlic	1	1		1	1
CSS MUTUAM Güell	1	1		1	1
CSS Domusvi La Salut		1			1
CSS Domusvi Regina		1			1
Servicios Clínicos, S.A.	1				1
Clínica St. Antoni	1	1			1
CSS Blauclínic Dolors Aleu	1	1			1
Centre Sociosanitari Isabel Roig	1	1		1	1
Centre Fòrum	1	1		1	1
Centre Collserola Mutual	1	1			1
Total Barcelona ciutat	14	12	1	6	16
Total RS Barcelona	44	29	13	20	50
Total CATALUNYA	82	48	30	35	95

Dispositius d'atenció diürna disponibles a Catalunya, per regió sanitària i proveïdor. 2020

Unitat proveïdora	Hospital de dia	EAIA		
		Trastorn de conducta	Geriatría	Pal·liatius
Fundació Sant Hospital	1		1	
Hospital de Puigcerdà	1		1	
Hospital Comarcal del Pallars			1	
Total RS Pirineus	2	0	3	0
Hestia Balaguer Sociosanitari	1			
F.E. Múltiple Lleida	1			
Hospital Santa Maria	1	2	1	1
H. Jaume Nadal Meroles	1			
Total RS Lleida	4	2	1	1
Pius Hospital de Valls	1	1	1	1
Int. Pere Mata. Res. Monterols	1	1		
F. E. Múltiple Tarragona	1			
Hospital Univ. Sant Joan de Reus	1		1	
CSS Ciutat de Reus	1			
Policlínica Comarcal del Vendrell	1			
Centre Sociosanitari Llevant	1			
Hospital Sociosanitari Francolí	1		1	
CSS i Res. Assist. Salou	1			
Total RS Tarragona	9	2	3	1
H. C. Móra d'Ebre	1	1	1	1
H. Santa Creu Tortosa	1	1	1	1
H. Comarcal d'Amposta	1	1	1	
Total RS Terres de l'Ebre	3	3	3	2
Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar	1			
H. C. Sant Jaume de Calella	1			
C. Palamós Gent Gran	1	1		1
CSS Bernat Jaume	1	1		
H. d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	1			
Residència Geriàtrica Maria Gay	1			
Hospital SS Mutuam Girona	1			
CSS Parc Hospitalari Martí Julià	1	1		
Cl. Salus Infirmorum	1			
H. de Campdevàrol	1			
Total RS Girona	10	3	0	1
F.S. Sant Josep	1	1	1	
H. de dia St. Jordi. Consorci Sociosanitari d'Igualada	1			
C. Sanitari del Solsonès	1			
H. de Sant Andreu	1	1	1	1
H. C. Sant Bernabé	1		1	
H. Sant Jaume de Manlleu	1		1	
H. Santa Creu de Vic	1	1	1	1
Total RS Central	7	3	5	2

Unitat proveïdora	Hospital de dia	EAIA		
		Trastorn de conducta	Geriatría	Pal·liatiu
CSS Ricard Fortuny	1	1	1	
CSS St Jordi. Cornellà	1			
CSS Esplugues de Llobregat	1			
Cl. Ntra Sra. de Guadalupe	1		1	1
C. M. Molins	1		1	
Res. Pins d'Or. Sant Feliu.	1			
Prytanis Hospitalet CSS	1			
Hospital sociosanitari de l'Hospitalet	1	1	1	1
Hèstia Duran i Reynals sociosanitari.	1			
Prytanis Sant Boi CSS	1			
Parc Sanitari St. J. De Déu			1	
Benito Menni CASM	1	1		
C. S. i S. Frederica Montseny	1			
H. Sagrat Cor	1	1	1	1
H. St. Antoni Abad	1	1	1	
Total Metropolitana Sud	14	5	7	3
CSS El Carme	1	1	1	1
CSS Can Torras	1			
C. A. Dr. Emili Mira i López	1	1		
Casal de Curació	1			
Antic H. Sant Jaume i Sta. Magdadalena	1	1	1	1
R. Verge del Puig	1			
R. Sta. Susanna	1			
H. G. de Granollers	1	1	1	1
Hospital de Mollet	1	1	1	1
C. S. Parc Taulí. Albada CSS	1	1	1	1
H. Univ. Mútua de Terrassa		2	1	1
Centre Vallparadís	1			
H. de dia Sant Jordi. Terrassa (CST)	1			
H. Sant Llàtzer	1	1	1	1
Total Metropolitana Nord	13	9	7	7
Parc S. Pere Virgili	1	1	1	
H. Mare de Déu de la Mercè	2	2		
Centre Sociosanitari del Centre Integral de Salut Cotxeres	1			
Hèstia Palau Sociosanitari	1			
H. Sta. Creu i St. Pau		1	1	
H. Evangèlic	1			
CSS MUTUAM Güell	1			
CSS DomusVi Regina	1			
Fundació ACE	1	1		
F. Esclerosi Múltiple BCN	1			
H. de dia mal. Neurodegeneratives (Clínic)	1	1	1	
Centre Fòrum. CMPS	1	1		
Total Barcelona ciutat	12	7	3	0
Total RS Barcelona	39	21	17	10
Total CATALUNYA	74	34	32	17

Equips de suport hospitalari i domiciliaris disponibles a Catalunya, per regió sanitària i proveïdor. 2020

Unitat proveïdora	UFISS				PADES
	Trastorn de Conducta	Geriatría	Pal·liatius	Mixta	
F. Sant Hospital. La Seu					1
Hospital de Puigcerdà					1
Hospital Comarcal del Pallars					1
Total RS Pirineus	0	0	0	0	3
Hospital Santa Maria		1	1		4
H. Arnau de Vilanova (UFISS aguts)		1	1		
Total RS Lleida	0	2	2	0	4
Pius Hospital de Valls				1	1
Hospital Univ. Sant Joan de Reus		1	1		1
Centre Sociosanitari Llevant				1	1
Hospital Sociosanitari Francolí		1	1		2
Residència Vila-Seca					1
Total RS Tarragona	0	2	2	2	6
H. C. Móra d'Ebre					1
H. Santa Creu Tortosa		1			2
PADES Montsià					1
Total RS Terres Ebre	0	1	0	0	4
H. St. Jaume de Blanes					1
H. C. Sant Jaume de Calella				1	1
C. Palamós Gent Gran				1	1
CSS Bernat Jaume. Figueres		1			1
H. d'Olot i Comarcal de la Garrotxa				1	1
Hospital SS Mutuam Girona					1
CSS Parc Hospitalari Martí Julià				1	1
H. J. Trueta (UFISS aguts)		1			
PADES Girona ICS					1
H. de Campdevànol					1
Total RS Girona	0	2	0	4	9
Hospital d'Igualada (C.S. Anoia)		1			1
C. Sanitari del Solsonès					1
H. de Sant Andreu. Manresa		1			1
PADES Manresa ICS					1
H. C. Sant Bernabé. Berga				1	1
H. Sant Jaume de Manlleu				1	1
H. Santa Creu de Vic		1	1		1
Total RS Central	0	3	1	2	7

Pla estratègic d'atenció geriàtrica especialitzada de Catalunya

Unitat proveïdora	UFISS				PADES
	Trastorn de Conducta	Geriatría	Pal·liatiu	Mixta	
CSS Ricard Fortuny. Vilafranca					1
H.C. Alt Penedès (UFISS aguts)		1			
PADES Vilafranca. ICS					1
PADES Cornellà. ICS					1
ST. J. de Dèu Esplugues (UFISS aguts)			1		
PADES Sant Feliu ICS					1
CSS de l'Hospitalet (C.S.I.)		1	1		1
ICO Hospitalet (UFISS aguts)			1		
H. de Bellvitge (UFISS aguts)		1		1	
PADES l'Hospitalet ICS					1
PADES Sant Boi					1
PADES Gavà. ICS					1
PADES El Prat. ICS					1
Parc Sanitari Sant Joan de Déu St. Boi (UFISS aguts)		1			
H. St. J. Despí. Moisès Broggi (UFISS aguts)		1			
H. St. Llorens Vilad.(UFISS aguts)		1			
H. Sagrat Cor. Martorell					1
ST. J. De Déu Martorell (UFISS aguts)		1			
H. St. Antoni Abad		1			1
H. R. Sant Camil			1		
Total Metropolitana Sud	0	8	4	1	11
CSS El Carme. Badalona		1	1		1
PADES EAR V. Oriental					1
PADES EAR V. Occidental Est					1
ICO Badalona (1 UFISS aguts)			1		
H. U. Badalona. Germans Trias (UFISS aguts)		1			
PADES Badalona. ICS					1
C. A. Dr. Emili Mira i López	0				
F. H. de l' Esperit Sant		1	1		
PADES Sta. Coloma ICS					1
Antic H. Sant Jaume i Sta. Magdalena. Mataró		1	1		1
PADES Mataró ICS					1
H. De Sant Celoni				1	1
R. Sta. Susanna. Caldes					1
H. G. de Granollers		1	1		
PADES Granollers ICS					1
Hospital de Mollet		1	1		
PADES Mollet ICS					1
C. S. Parc Taulí. Albada CSS		1	1		1
H. Univ. Mútua de Terrassa		1	1		1
PADES Rubí. CST					1
Hospital Sant Llätzer		1	1		1
Total Metropolitana Nord	0	9	9	1	15
Parc S. Pere Virgili					3
H. Mare de Déu de la Mercè	0				1
H. Vall d'Hebron (UFISS aguts)		1	1		
PADES Nou Barris ICS					1
Hèstia Palau Sociosanitari					1
H. Dos de Maig Barcelona					0
H. Sta. Creu i St. Pau		1	1		
Cl. Barceloneta. H. de dia					1
Hospital Clínic (UFISS aguts)		1			
H. de dia mal. Neurodegeneratives (Clínic)				1	
Centre Fòrum. CMPS		1			1
CSS Mutuam Güell					6
H. Mar.CMPS				1	
Total Barcelona ciutat	0	4	4	0	14
Total RS Barcelona	0	21	17	2	40
Total CATALUNYA	0	31	22	10	73

Unitats docents de geriatria

REGIÓ SANITÀRIA	ESPECIALITATS	NOM CENTRE	UD / UDM	ACRED. MIR	ACRED. EIR	OFERTA MIR 2021	OFERTA EIR 2021
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Consorci Sanitari Integral	UDM	2	3	1	1
Barcelona	Geriatria	Hospital Universitari Vall d'Hebron	UD	1	-	1	-
Barcelona	Geriatria	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	UD	2	-	1	-
Barcelona	Geriatria	Parc de Salut Mar	UD	3	-	3	-
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	UDM	2	2	0	0
Catalunya Central	Geriatria – Inf. geriàtrica	Consorci Sanitari de l'Anoia - Hospital d'Igualada	UDM	2	3	1	2
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del	UDM	2	1	1	1
Catalunya Central	Geriatria – Inf. geriàtrica	Consorci Hospitalari de Vic	UDM	3	3	2	0
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Consorci Sanitari de Terrassa	UDM	2	2	2	1
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf	UDM	4	4	2	1
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Corporació Sanitària Parc Taulí	UDM	1	1	0	0
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Hospital General de Granollers	UDM	3	3	3	1
Girona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Hospital de Figueres	UDM	2	2	0	0
Terres de l'Ebre	Geriatria – Inf. geriàtrica	Hospital Santa Creu de Jesús-Tortosa	UDM	3	2	1	1
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Parc Sanitari Sant Joan de Déu	UDM	1	1	1	1
Barcelona	Geriatria – Inf. geriàtrica	Hospital de Mollet	UDM	1	1	1	1
TOTAL				34	28	28	23

7.3 Evidència dels dispositius d'atenció geriàtrica especialitzada

7.3.1 Unitats d'aguts de geriatria (UGA)

Són unitats hospitalàries amb adaptacions estructurals per afavorir la mobilitat i l'orientació de les persones grans ingressades en un hospital d'aguts, ateses per un equip multidisciplinari especialitzat en geriatria, i dirigides a l'atenció del pacient geriàtric amb patologia mèdica i/o quirúrgica aguda, així com amb reagudització de malalties cròniques. Els seus **objectius** són restaurar el grau de salut prèvia mitjançant el tractament del procés que condiciona l'hospitalització, i la prevenció i el maneig de complicacions derivades tant de la malaltia com de l'hospitalització aguda, especialment el deteriorament funcional.

Els primers treballs que van demostrar els beneficis de l'hospitalització en unitats de geriatria d'aguts van ser els de Landefeld de 1995, publicats al *New England Journal of Medicine*.³² Anteriorment, l'any 1982, Larry Rubenstein havia publicat també els beneficis de l'ingrés en una unitat de geriatria per a pacients subaguts en comparació amb l'ingrés de pacients amb les mateixes característiques en unitats convencionals de medicina interna.³³ Posteriorment, altres estudis a l'Estat espanyol també han confirmat aquests beneficis.³⁴⁻³⁷ En destaquen:

- 13% de reducció de la incidència de deteriorament funcional a l'alta.
- 25% d'augment de la proporció dels pacients que retornen a domicili.
- 10% de reducció de l'estada mitjana.
- 10% de reducció dels costos.

La revisió sistemàtica i metanàlisi de Fox *et al.* realitzada l'any 2012³⁸ va mostrar que l'atenció de les persones grans en UGA comparada amb l'atenció en unitats d'altres especialitats s'associava a:

- Menys caigudes, amb una proporció de risc (RR) = 0,51 (interval de confiança (IC) del 95 %, 0,29-0,88).
- Menys *delírium*, amb un RR = 0,73 (IC del 95 %, 0,61-0,88).
- Menys disminució funcional de l'estat inicial a l'alta (15 dies abans de l'ingrés), amb un RR = 0,87 (IC del 95 %, 0,78-0,97).
- Menor estada a l'hospital, amb una diferència mitjana ponderada (WMD) = -0,61 (IC del 95%, -1,16 a -0,05).

- Menor institucionalització posterior a l'atenció hospitalària, amb un RR = 0,82 (IC 95% , 0,68-0,99).
- Menors costos, amb un WMD = -245,80 dòlars (IC 95% , -446,23 dòlars a -45,38 dòlars).
- Major probabilitat de retorn al seu domicili habitual, amb un RR = 1,05 (IC del 95% , 1,01-1,10).

No es van trobar diferències en la disminució funcional entre l'estat d'ingrés inicial d'hospital i en el moment de l'alta, la mortalitat o les readmissions hospitalàries.

D'altra banda, no s'ha pogut documentar l'eficàcia dels **equips consultors de geriatria**, i aquesta manca d'evidència s'ha relacionat amb el fet que aquests equips no es responsabilitzen de l'atenció directa, i també en la manca d'un entorn adaptat específic on aplicar les recomanacions de l'equip de geriatria.^{31,39,40}

7.3.2 Unitats d'ortogeriatria

Com el seu nom indica, són unitats d'atenció compartida entre els professionals de traumatologia i geriatria, que fonamentalment estan orientades a l'atenció de persones grans amb fractura de maluc. Hi ha **múltiples evidències dels beneficis** d'aquestes col·laboracions en comparació amb les unitats convencionals de traumatologia.^{41,42} Per exemple:

- Reducció significativa de la incidència de deteriorament funcional.
- Reducció de l'estada mitjana en un 30%.
- Reducció dels costos entre 1.200 i 1.600 € per cada procés.

Un dels estudis més recents,⁴³ amb l'avaluació de 33.152 pacients amb fractura de maluc primària d'onze hospitals, i basat en estudis poblacionals en situacions reals, va constatar que:

- L'impacte estimat de la introducció d'un ortogeriatra en la reducció de mortalitat de trenta dies i d'1 anys va ser HR = 0,73 (IC del 95% , 0,6-0,82) i HR= 0,81 (IC del 95%, 0,75-0,87), respectivament. La mortalitat a trenta dies i 1 any es va reduir igualment després de la introducció o expansió d'una unitat de prevenció de fractures osteoporòtiques (FLS): HR = 0,80 (IC del 95%, 0,71- 0,91) i HR = 0,84 (0,77-0,93).
- Amb un llinar de 30.000 lliures per llinar ajustat a la qualitat de vida l'any, el model més rendible va ser la introducció d'un ortogeriatra.

- La combinació d'una unitat d'ortogeriatria i una unitat de prevenció de fractures osteoporòtiques és cost-efectiva i rendible a curt termini (sobretot per l'impacte en estalvi de les unitats ortogeriàtriques) i a llarg termini.

Un estudi recent promogut pel Departament de Salut⁴⁴ conclou que les persones grans ingressades en serveis de traumatologia dels hospitals d'aguts de Catalunya en unitats ortogeriàtriques tenen estades més curtes i una millor supervivència als 12 i 24 mesos ajustada per sexe, edat i comorbiditats, en comparació amb les persones grans ingressades en serveis de traumatologia sense aquest tipus d'unitat al nostre país.

7.3.3 Atenció geriàtrica especialitzada als serveis d'urgències

Les persones de més de 65 anys suposen més del 35% del total de les assistències prestades en els serveis d'urgències hospitalaris i els més grans de 75 anys tenen tres vegades més de probabilitats de ser ingressats a l'hospital des dels serveis d'urgències.

En moltes ocasions, el motiu de consulta d'aquestes persones és una síndrome geriàtrica o l'aparició de símptomes inespecífics, sovint no proporcionals a la gravetat de la seva patologia subjacent. Això condiciona dificultats en diferents aspectes:

- En el moment del **triatge**, per categoritzar el grau de gravetat, on, per exemple, el sistema andorrà pot condicionar un alt índex d'errors en la classificació i adjudicació de nivell d'intensitat en la seva actuació, sobretot en els nivells 2 i 3.
- En el moment de la **valoració inicial**, on l'entrevista i l'exploració física per part de professionals poc experts en el maneig d'aquestes persones afavoreix la interpretació errònia dels símptomes (sovint atípics) i l'administració de tractaments incorrectes, amb les conseqüències que això suposa de sobrediagnòstic i sobremedicació. Aquí poden ser útils eines ràpides d'identificació de persones fràgils en situació de risc, com el 3D/3D+.
- En el moment de realitzar una **valoració integral/multidimensional**, on la metodologia que ha demostrat més evidència és la valoració geriàtrica integral, en la qual sovint no tots els professionals dels serveis d'urgències hi tenen expertesa.

- En relació amb la **presa de decisions**, el fet d'utilitzar un sistema d'actuació basat en protocols estàndard, que dificulta les mesures diagnosticoterapèutiques individualitzades, juntament amb l'escassetat de temps sobre la indicació d'ingrés hospitalari. Això també té implicacions en l'adequació de la intensitat de les intervencions, especialment per a aquelles persones en situació de malaltia avançada / final de vida.
- Per la **infraestructura física**, ja que sovint és un entorn hostil, poc adaptat a les necessitats d'aquestes persones.

S'han proposat una **àmplia gamma d'intervencions** per millorar els resultats clínics i d'utilització de recursos de les persones grans als serveis d'urgències.⁴⁵⁻⁵⁴ En termes generals, aquestes intervencions es poden agrupar en diverses categories:

- Intervencions relacionades amb els **professionals**.
- Intervencions relacionades amb la **infraestructura física**.
- Intervencions relacionades amb la **prestació d'atenció** (incloses avaluacions funcionals i geriàtriques i eines de predicció de riscos).
- Intervencions relacionades amb la **planificació de l'alta**, gestió de cas i l'atenció a la transició.

De forma genèrica, podem destacar:

- Respecte de les **intervencions úniques**, l'evidència suggereix un petit benefici en l'**estat funcional**, però sense efectes sobre la **qualitat de vida** (malgrat que només dos estudis contenen informació sobre aquesta variable). Tampoc han mostrat reducció en la **mortalitat** (cal tenir en compte que cap estudi dels esmentats identifica la mortalitat com un resultat primari, i que aquesta troballa es va basar en pocs esdeveniments, i els intervals de confiança no exclouen un efecte important). No queda clar que aquestes intervencions modifiquin el nombre d'ingressos, hospitalitzacions posteriors o reingressos.
- Els estudis amb els **majors efectes** en els resultats clínics i d'utilització de l'atenció mèdica van emprar **intervencions més integrals**, però aquest patró no va ser consistent en totes les intervencions efectives:

- Les intervencions d'estratègies múltiples, definides com aquelles que fan servir més d'una estratègia d'intervenció (per exemple, planificació de l'alta, maneig de casos, maneig de medicaments) poden estar associades a millors resultats funcionals.
- Les intervencions més intenses (de tres components clau) estan associades a millors resultats funcionals i a una disminució de l'hospitalització després de la visita a l'índex ED i / o els reingressos ED.
- Les intervencions de contacte únic, ja sigui que es realitzin en el servei d'urgències o després de l'alta, no milloren els resultats de la utilització.

Bàsicament, hi ha dues respostes organitzatives específiques: el **model d'interconsulta** –prèvia identificació de situacions de risc en persones fràgils–, o mitjançant la instauració d'**equips de geriatría** inclosos dins de les urgències multidisciplinàries que intervinguin de manera proactiva.

7.3.4 Unitats de mitjana estada (UME), convalsència o recuperació funcional

Amb denominacions diferents segons el país, aquestes unitats comparteixen el comú denominador de ser unitats que ingressen sovint persones després de l'alta hospitalària d'aguts per processos mèdics o quirúrgics complexos que requereixen la recuperació de la funcionalitat perduda i/o continuar el tractament i les cures iniciades a l'hospital d'aguts.^{59,60} Alguns dels beneficis que s'han evidenciat són:

- 34% d'augment de la probabilitat de millora funcional.
- Reducció de la institucionalització.
- Reducció de la mortalitat.

En relació amb la possibilitat de **reducció de costos**, hi ha dades contradictòries. Alguns estudis han trobat reduccions globals de costos, però d'altres han trobat un augment de costos que desapareix si s'ajusta per anys de vida sobreviscuts sense hospitalització. Els resultats són també complicats d'analitzar a causa de les diferents característiques de les unitats estudiades, algunes orientades a l'atenció de persones amb necessitats complexes, d'altres orientades sobretot a la rehabilitació, i algunes a l'atenció d'un procés concret, com les unitats d'ictus o per a patologies ortopèdiques.^{33,61-63}

En l'estudi multicèntric de Young *et al.*⁶⁴ es va objectivar que la derivació des d'un hospital general a un hospital comunitari per a cures postagudes s'associava a una **major independència funcional** als sis mesos respecte als pacients que seguien el seu curs evolutiu a l'hospital d'aguts. En un estudi realitzat per Green *et al.*⁶⁵ es va objectivar que la utilització d'aquest tipus de dispositius anava associada a una millora funcional respecte al fet de mantenir-los als hospitals generals. Amb posterioritat, O'Reilly *et al.*⁶⁶ van evidenciar que el cost-efectivitat de la rehabilitació postaguda en hospitals comunitaris era similar al de la realitzada en hospitals generals.

Les característiques que defineixen les unitats de mitjana estada (UME) més efectives i més eficients són:

- La utilització de la valoració geriàtrica integral com a mètode de treball.
- La gestió de la feina mitjançant un equip multidisciplinari que estableix plans terapèutics conjunts en reunions periòdiques almenys una vegada a la setmana.
- L'elaboració de protocols per a la prevenció, el maneig i el monitoratge de problemes amb més prevalença (incontinència, caigudes, infeccions, depressió, úlceres per pressió).
- La planificació de les cures a l'alta i el seguiment posterior.
- La selecció adequada de pacients. Els pacients han de presentar un deteriorament funcional moderat-greu potencialment recuperable i trobar-se clínicament estables del procés mèdic o quirúrgic que va ocasionar la incapacitat.

Els **estàndards** que s'han establert per definir una assistència de qualitat en UME preveuen una estada mitjana que oscil·li entre 18 i 35 dies, amb un guany funcional superior en vint punts de l'índex de Barthel amb una eficiència (guany funcional / estada) de més d'1, una probabilitat de nova institucionalització a l'alta inferior al 20%, una mortalitat menor del 7% i un percentatge de derivació a unitats d'aguts de menys del 10%.^{28,55}

Al Regne Unit hi ha les unitats dirigides per infermeres (*nurse-led units*) àmpliament implantades en el sistema britànic de salut. Es tracta d'estructures d'internament on no hi ha metges i el personal d'infermeria constitueix l'eix d'atenció dels pacients. En una revisió que inclou 10 RCT es conclou que aquestes unitats utilitzades com a continuació a l'alta hospitalària s'associen a una millora de

l'estat funcional a l'alta i una reducció de la necessitat d'internament en unitats de llarga estada; però aquests efectes poden estar associats a una considerable prolongació de l'estada mitjana global i un increment de la mortalitat precoç dels pacients.⁵⁶ Aquests resultats també són corroborats per altres estudis,^{57,58} en què, a més, consta un increment significatiu del cost total de l'atenció.

7.3.5 Hospital de dia geriàtric

L'hospital de dia geriàtric (HDG) es defineix com un centre diürn interdisciplinari integrat en un hospital al qual acudeix la persona gran fràgil o el pacient geriàtric, habitualment amb incapacitat física, per rebre un tractament integral i/o una valoració geriàtrica i retornar posteriorment al seu domicili.

Una revisió sistemàtica⁶⁷ que incloïa tretze estudis amb 3.007 pacients ha demostrat una tendència positiva a la **reducció del nombre de dies d'utilització de llits hospitalaris** i de necessitats de rebre cures, així com **de la institucionalització**. El mateix estudi va trobar diferències significatives sobre la capacitat funcional només en aquells estudis en què es comparaven l'atenció geriàtrica en un hospital de dia (HD) amb una atenció convencional. No va trobar diferències en aquells estudis que comparaven l'HD amb altres intervencions geriàtriques multidisciplinàries o amb un programa de rehabilitació domiciliària.

En una revisió més recent⁶⁸ s'ha objectivat (grau d'evidència 1A) que els pacients sotmesos a una avaluació geriàtrica integral en hospitals de dia geriàtrics tenen **millors resultats de salut** que els pacients a qui no se sotmet a cap valoració geriàtrica. S'evidencia que hi havia una absència de model clar sobre la configuració i les activitats a desenvolupar en els hospitals de dia que atenien pacients de perfils molt diferents. Així mateix, es va objectivar que aquests dispositius eren eficaços (nivell d'evidència 1A) per a **pacients seleccionats** atesos per malalties determinades (ictus, insuficiència cardíaca, patologia psiquiàtrica). Alguns autors objectiven així mateix que les anàlisis cost-efectivitat són favorables per als hospitals de dia si es comparen amb unitats d'internament de patologia psiquiàtrica.^{69,70}

7.3.6 Hospitalització domiciliària

Hi ha tres revisions recents Cochrane que avaluen els resultats d'aquests models, els de més implantació en el NHS: la revisió de Shepperd *et al.*⁷¹ sobre hospitalització a domicili en situació d'atenció al **final de vida**, que inclou quatre RCT (un dels quals al Regne Unit), conclou que els pacients atesos per aquests dispositius moren amb més probabilitat en el seu

domicili (RR 1,33, IC 95%: 1,14-1,55) de forma estadísticament significativa respecte dels que reben atenció estàndard. Així mateix, objectiva un major grau de satisfacció per part de l'usuari i un menor impacte sobre el cuidador principal. No es van trobar diferències estadísticament significatives en estat funcional, benestar psicològic, o estat cognitiu i no es va poder analitzar l'impacte en les admissions hospitalàries per l'heterogeneïtat dels estudis inclosos.

Una altra revisió Cochrane sobre aquest tipus de dispositius⁷² remarca models d'hospitalització domiciliària sota esquemes de **drenatge precoç** (*early discharge hospital at home*). En aquesta revisió es van incloure 26 RCT, dels quals només set examinaven l'eficàcia d'aquest model d'hospitalització domiciliària en persones grans. Els resultats van mostrar que no hi havia diferència en mortalitat (RR 1,12, IC 95% : 0,77-1,63), en taxa de reingressos (RR 1,35, IC 95% : 1,03-1,76), o respecte a la sobrecàrrega del cuidador. Sí que es va objectivar una **reducció** estadísticament significativa de l'estada mitjana a l'hospital (sense poder fer una estimació agrupada) i hi va haver una reducció estadísticament significativa de la necessitat d'utilització de dispositius d'internament de llarga durada (RR 0,69, IC 95%: 0,48 – 0,99). Malgrat això, el total de dies d'atenció (hospitalaris més hospitalització domiciliària) va ser significativament superior, cosa que explicaria per què només un dels estudis va objectivar que els costos eren inferiors a l'atenció estàndard. Cal, a partir d'aquests resultats, fer nous estudis que aclareixin o aportin evidència sobre el benefici econòmic d'aquesta alternativa o sobre els resultats de salut.

I una tercera revisió es basa en esquemes d'**evitació d'ingrés hospitalari** (*admission avoidance strategies*).⁷³ En aquesta revisió s'hi van incloure 10 RCT, dels quals solament tres atenien pacients ancians. Els resultats d'aquesta revisió van mostrar que aquesta hospitalització domiciliària anava associada a una disminució estadísticament significativa de la mortalitat a sis mesos (OR 0,62, IC 95%: 0,45-0,87), amb un increment no estadísticament significatiu de reingressos hospitalaris durant el seguiment a tres mesos (HR 1,49, IC 95%: 0,96-2,33), i no va demostrar cap diferència en resultats de salut (capacitat funcional, qualitat de vida, funció cognitiva). No van poder demostrar si tenia un cost inferior a l'admissió hospitalària d'aguts en aquells moments. Aquests resultats van ser corroborats en una revisió posterior,¹²⁷ i es va confirmar que els costos eren inferiors en el model d'hospitalització domiciliària respecte a l'atenció hospitalària si es limitaven al tractament aplicat, sense tenir en compte els costos derivats del cuidador informal.

S'han publicat diverses revisions sobre la utilitat dels esquemes d'hospitalització domiciliària en les malalties més comunes:

- Recentment, Jepesen *et al.*⁷⁴ n'ha dut a terme una revisió que inclou 8 RCT, on s'objectiva que l'hospitalització domiciliària utilitzada en pacients amb **reagudització d'una MPOC** redueix de forma significativa la taxa de readmissions hospitalàries (RR 0,76, IC 95%: 0,59-0,99), amb una certa tendència a una menor mortalitat en el grup de pacients atesos al domicili respecte als hospitalitzats, encara que no estadísticament significativa (RR 0,65, IC 95%: 0,40-1,04). En aquesta revisió no es poden analitzar costos directes, qualitat de vida, o funció pulmonar.
- Respecte a la utilitat de l'hospitalització domiciliària en pacients amb **ictus**, Langhorne va objectivar en una metanàlisi basada en 11 RCT⁷⁵ una reducció estadísticament significativa del risc de mort o de dependència funcional respecte als pacients amb atenció estàndard, una reducció de l'estada mitjana hospitalària de vuit dies i millores estadísticament significatives en activitats de la vida diària i satisfacció de l'usuari. Una revisió més recent de Mas *et al.*⁷⁶ mostra que els pacients atesos amb models d'hospitalització domiciliària tenen més probabilitat de tornar a viure de forma independent en el seu domicili, que disminueix el risc d'institucionalització, augmenta el grau de satisfacció i disminueix l'estada hospitalària. Aquests resultats han animat a la creació d'un consens en l'atenció dels pacients afectats d'ictus, i s'ha recomanat que l'atenció estàndard d'aquests pacients s'ha de basar en l'atenció en unitats hospitalàries d'ictus, seguides d'atenció sota esquemes d'hospitalització domiciliària.⁷⁷
- Tummers *et al.*⁷⁸ mostren, a més, que aquesta conjunció d'equips a mode d'atenció integrada en pacients amb ictus redueix els costos d'atenció.

Recentment, al Regne Unit s'han implantat els **equips de resposta ràpida** (*rapid response teams*). Es basen en dispositius que ofereixen una resposta a curt termini a les necessitats socials i sanitàries de les persones per intentar reduir la pressió sobre el sistema sanitari. El servei proporciona suport precoç (fins a 72 hores) a les llars de les persones, principalment per evitar l'ingrés hospitalari (60% dels casos) o per facilitar una alta hospitalària més primerenca (40%). Hi ha pocs estudis publicats al voltant d'aquest tipus d'atenció. Sanderson i Wright⁷⁹ arribaren a la conclusió, en el seu estudi, que el servei era eficaç en permetre allunyar la població del risc dels hospitals. La rendibilitat del servei de resposta ràpida és difícil de determinar. Malgrat això, en aquell estudi, en comparar de forma directa els costos sobre la base del diagnòstic, concretament a partir dels *Groups Related to Diagnosis* (DRG), el resultat era, sense dubte, més rendible.

7.3.6 Altres dispositius, models i unitats d'atenció domiciliària

Els professionals de gestió de cas són persones que ajuden a coordinar i gestionar l'atenció a persones amb malalties cròniques. L'experiència de l'EVERCARE als Estats Units,⁸⁰ que es basava en **gestores de cas** per a pacients ingressats en unitats de llarga estada i centres residencials, havia mostrat una reducció significativa de reingressos hospitalaris, era cost-efectiva i, en un estudi posterior del mateix autor, es va demostrar que tenia menor mortalitat.⁸¹ L'any 2004, el NHS va proposar implantar aquest model de gestores de cas i es va generar la nova figura amb capacitat per diagnosticar i tractar condicions clíniques determinades; l'objectiu era que l'any 2008, 3.000 gestores de cas fessin seguiment de més de 250.000 pacients crònics, amb la finalitat que es reduís un 5% l'ús diari de llits a urgències. L'any 2007 es van publicar els resultats de l'EVERCARE britànic,⁸² que no van mostrar diferències en taxes de reingrés respecte a l'atenció estàndard. Aquest resultat es va atribuir a una selecció no correcta del pacient tributari d'aquest tipus d'intervenció.

Les **care homes** són utilitzades com a unitats de transició per a pacients que surten de l'hospital i estan en espera d'una plaça residencial definitiva. Sovint en aquestes unitats fan rehabilitació de baixa intensitat i alguns d'aquests pacients aconseguen retornar al seu domicili. Fleming *et al.*⁸³ van objectivar en un RCT que la utilització de les **care homes** no redueix la taxa d'institucionalització, i van obtenir només resultats positius en relació amb la disminució de l'estada mitjana hospitalària. Sembla que aquest tipus d'estratègia no és útil, incrementa el temps total d'atenció sanitària, i focalitza teràpies de rehabilitació en pacients als quals no

reporten cap benefici des del punt de vista de millora funcional. Segons alguns autors,⁶⁹ podria ser més eficient prioritzar el drenatge directe des dels hospitals a centres residencials per a aquest perfil de pacients.

7.4 Camps d'acció i principals actuacions en l'atenció geriàtrica sobre la base de la capacitat intrínseca

CAPACITAT INTRÍNSECA	OBJECTIUS	INTERVENCIÓ
CAPACITAT INTRÍNSECA ALTA I ESTABLE	Fomentar i mantenir la capacitat intrínseca	
	Diagnòstic i optimització del tractament/maneig de condicions cròniques de salut (malalties cròniques i síndromes geriàtriques)	Seguiment prioritari per APiC Seguiment ambulatori en coordinació amb APiC
DETERIORAMENT DE LA CAPACITAT INTRÍNSECA	Revertir, parar o moderar la pèrdua de capacitat intrínseca	
	Recuperació funcional després de processos aguts greus	Internament hospitalari i/o atenció en hospital de dia
	Garantia de transicions després d'hospitalització	Coordinació amb APiC Suport a domicili
	Diagnòstic i optimització del tractament/maneig de condicions cròniques de salut (malalties cròniques i síndromes geriàtriques)	Visita i seguiment ambulatori Coordinació amb APiC Rutes específiques Demències
	Diagnòstic multidisciplinari en situacions de prefragilitat i fragilitat inicial	VGI multidisciplinària
	Intervencions en persones en situacions de prefragilitat o fragilitat inicial	Intervencions multidisciplinàries i multicomponent -en entorn comunitari i/o hospital de dia
	Tractament i diagnòstic de processos aguts greus	Internament hospitalari i/o visites ambulatòries
	Diagnòstic i optimització del tractament/maneig de condicions cròniques de salut en persones PCC/MACA	Visita i seguiment ambulatori i/o en línia Coordinació amb atenció primària i comunitària. Actuar segons indicacions del Model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)
	Garantia de transicions després de l'hospitalització	Coordinació amb APiC, hospitalització a domicili

PÈRDUA CONSIDERABLE DE CAPACITAT INTRÍNSECA	Compensar la pèrdua de capacitat intrínseca	
	Recuperació funcional / manteniment de capacitats residuals o compensació de les pèrdues	VGI multidisciplinària Rehabilitació Internament hospitalari Hospital de dia
	Tractament de reaguditzacions	Internament hospitalari i/o atenció en hospital de dia i/o atenció domiciliària
	Garantia de transicions després de l'hospitalització	Coordinació amb APiC Suport a domicili
	Suport a APiC	Suport a domicili
	Tractament i diagnòstic de processos aguts/reaguditzacions que no es poden atendre en atenció intermèdia	Internament hospitalari Hospitalització a domicili
	Garantia de transicions després de l'hospitalització	Coordinació amb APiC, atenció intermèdia i hospitalització a domicili

Font: Elaboració pròpia.