

Model del **Programa d'atenció domiciliària (ATDOM)** de l'atenció primària i comunitària (APiC)

Setembre de 2022



Direcció i Coordinació:

Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Redactors:

Esther Gil Sánchez, Oriol Garcia Codina, Belén Enfedaque Montes, Rafael Ruiz Riera.

Autors (per ordre alfabètic):

Judit Avellí Muñoz, Albert Boada Valmaseda, Joan Carles Contel Segura, Àngels Costa Menen, Jaume del Pozo Niubo, María Estela Díaz Álvarez, Belén Enfedaque Montes, Pilar Enseñat Grau, Oriol Garcia Codina, Sílvia Garcia Garcia, Oscar Garcia Gimeno, Maria José Garcia Serrano, Mercè Gil Rovira, Esther Gil Sánchez, Mireia Leal Negre, Esther Limón Ramírez, Manuel Medina Peralta, Sílvia Narejos Pérez, Helena Puig Acebal, Francisca Ramos Pérez, Purificación Robles Raya, Rafael Ruiz Riera, Eva Torra Escarrer.

Revisors:

Francisco Cegri Lombardo, Maria Carme Lisbona, Jordi Gost Rosquellas, Victòria Mir Labalsa, Olga Sabartés, Anna Fontquerni Gorchs, Alba Brugués Brugués.

Alguns drets reservats:

© 2022, 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.

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut.

1a edició:

Barcelona, setembre de 2022.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: salutweb.gencat.cat/apic

Registre editorial: 2712

Disseny de plantilla accessible 1.05:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

Resum executiu	4
Acrònims.....	5
1 Introducció	6
2 Objectius	8
3 L'evidència científica en atenció domiciliària.....	8
4 El programa ATDOM a Catalunya.....	12
4.1 Quines persones fan ús del programa?	12
4.2 Quins factors incideixen en l'augment de les necessitats d'atenció?	13
4.3 Com s'organitzen els equips per dur a terme l'ATDOM?.....	15
5 El model del programa ATDOM de l'APiC	17
5.1 Principis	17
5.2 Cartera de serveis del programa ATDOM.....	18
5.3 Elements clau del model del programa ATDOM de l'atenció primària i comunitària	21
6 Resultats esperats, seguiment i avaluació	25
7 Destinatari del document	28

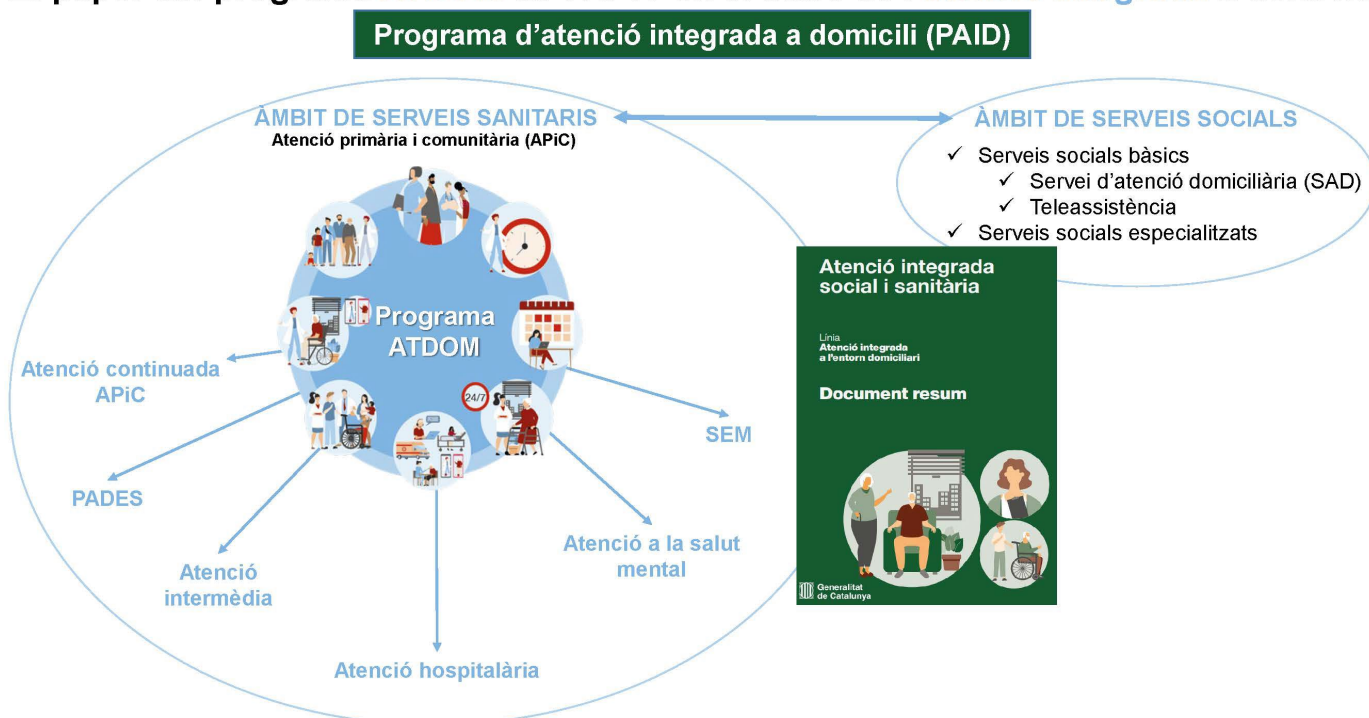
Resum executiu

Aquest document defineix les **bases del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM)** de l'atenció primària i comunitària a Catalunya: els principis en els quals s'inspira, la cartera de serveis, uns elements clau en la prestació i els resultats esperats, el seguiment i l'avaluació.

Els elements clau del programa ATDOM són:

1. L'**equip de professionals de referència estable**, per tal de dur a terme una atenció **longitudinal**.
2. La **reserva, de forma planificada, d'un espai de temps** a l'agenda per a l'atenció de les persones incloses en el programa.
3. La **capacitat d'adaptar les agendes** per atendre les necessitats assistencials sobrevingudes, en particular aquelles lligades als processos de final de vida o altres situacions específiques.
4. L'oferta d'una **atenció sanitària multidisciplinària**, en què l'APiC exerceix el lideratge a l'hora de coordinar-se amb els diferents serveis i activar recursos addicionals.
5. La **continuitat assistencial** de les persones incloses en el programa ATDOM, bàsica per a una **atenció integrada** de qualitat, que inclou serveis sanitaris i socials.
6. **L'orientació cap a resultats** en salut i **la millora contínua**.
7. La mirada d'**equitat de gènere**: els homes en ATDOM amb demència reben el doble de visites a l'any que les dones en la mateixa situació, la qual cosa reclama més proactivitat a l'hora de detectar les necessitats i oferir atenció a les dones.
8. La **perspectiva familiar i de l'entorn**: el programa inclou el conjunt del domicili, és a dir, convivents, familiars i cuidadors, tant formals com informals.

El paper del programa **ATDOM** de l'APiC en el marc de l'**atenció integrada a domicili**



Acrònims

AD: atenció domiciliària

AP: atenció primària de salut

APiC: atenció primària i comunitària (a Catalunya)

ATDOM i programa ATDOM: Programa d'atenció domiciliària de l'APiC a Catalunya

CAP: centre d'atenció primària

EAP: equip d'atenció primària

HAD: hospitalització a domicili

LET: acords de limitació d'esforç terapèutic

MACA: malaltia crònica avançada

PADES: Programa d'atenció domiciliària i equips de suport

PCC: pacient crònic complex

SAD: servei d'atenció domiciliària de serveis socials

SISAP: sistemes d'informació dels serveis d'atenció primària

TIRS: taula d'indicadors de risc social

UBA: unitat bàsica assistencial

XAPPI: xarxa d'atenció pal·liativa pediàtrica integral

1 Introducció

Una de les prioritats de transformació sistèmica del Pla de salut de Catalunya 2021-2025¹ és la necessitat de prestar una atenció centrada en la persona, que en respecti l'autonomia i que tingui en compte tant les necessitats pròpies com les del seu entorn. A Catalunya, el grup de població que s'espera que creixi més d'aquí al 2030 és el de les persones de 65 anys i més, el nombre de les quals es preveu que sigui un 20% superior al del 2021, amb un creixement més elevat en els homes que en les dones². El col·lectiu de persones de 65 anys i més es preveu que inclogui gairebé 1.750.000 persones el 2030: les dones hi continuaran sent majoritàries, particularment en el grup d'edat més avançada. En la gent gran es concentren la multimorbiditat, la discapacitat i les situacions de dependència, factors que sovint impedeixen que puguin desplaçar-se als centres d'atenció primària (CAP), per la qual cosa requereixen un programa específic, en què la majoria de serveis es rebin al domicili.

Des del prisma de l'atenció integrada de les necessitats socials i sanitàries de les persones, el domicili³ esdevé un espai prioritari d'intervenció. D'una banda, la majoria de persones grans manifesten una preferència per viure-hi, fins i tot si hi estan soles.⁴ I, d'altra banda, una bona integració dels serveis sanitaris i socials d'atenció domiciliària podria contribuir a reduir ingressos hospitalaris evitables i visites als serveis d'urgències d'aquestes persones. D'acord amb això, esdevé necessari fer explícit quin és el model d'atenció a les persones incloses en el Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) de l'APiC. El programa ATDOM és actualment una de les prestacions més específiques de la cartera de serveis de l'APiC, i es preveu que la seva rellevància augmenti els pròxims anys. L'any 2020, en plena pandèmia, les visites a domicili van incrementar-se un 7,4% respecte de l'any anterior. El gener de 2022, la prevalença de persones incloses en el programa ATDOM de l'APiC és del 5,13% en la població de 65 anys i més.

El programa ATDOM s'adreça a aquelles persones que no poden desplaçar-se habitualment al CAP i que són ateses majoritàriament al seu domicili*, sigui en visites de seguiment programades o sigui en visites espontànies per descompensacions. Aquest programa engloba el conjunt d'activitats de la cartera de serveis d'APiC adaptades a la situació d'aquestes persones i del seu entorn i, en conseqüència, l'objectiu del programa ATDOM pot ser preventiu, curatiu, rehabilitador o pal·liatiu. El conjunt de serveis de salut i de serveis socials d'atenció domiciliària es despleguen amb la finalitat que la persona pugui romandre en el seu domicili amb una bona qualitat de vida tant de temps com sigui possible, la qual cosa implica apoderar i donar suport a aquestes persones, a les seves famílies i a les persones cuidadores en el si de la comunitat en què viuen. El rol de l'APiC és molt rellevant en l'atenció a les persones en el domicili, ja que molt sovint es tracta de persones fràgils, amb discapacitat, múltiples afeccions cròniques, dèficits

* Aquest document se centra en l'atenció a les persones no institucionalitzades en domicilis col·lectius, ja que el nucli familiar i de cura és un element distintiu en el procés d'atenció. El model d'atenció a les persones que viuen en residències de gent gran s'aborda en un document específic, ateses les característiques d'aquest col·lectiu, així com les implicacions de la mateixa institucionalització.

funcionals i en situació de complexitat social, per a les quals disposar d'una atenció longitudinal, propera i coneguda són valors essencials.

L'objectiu d'aquest document, fruit de la col·laboració de la Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària del Departament de Salut amb l'Àrea Assistencial del CatSalut, és definir les bases comunes per a la prestació del programa ATDOM a Catalunya. En la definició del model del programa ATDOM hi han participat professionals[†] amb expertesa en aquest àmbit, que alhora reflecteixen la diversitat de perfils professionals implicats, de models organitzatius i d'entorns territorials, tenint en compte la perspectiva de gènere i interseccional en el seu disseny⁵.

A partir de l'evidència científica en l'àmbit de l'atenció domiciliària i de l'estat de la situació actual del programa ATDOM a Catalunya, des de l'APiC s'han acordat els principis i les accions clau per garantir el valor i la qualitat del programa ATDOM, i un model d'atenció comú que sigui adaptable a les particularitats pròpies de cada territori. El model del programa ATDOM recull les orientacions del [Decàleg de l'atenció primària i comunitària](#), i en destaca les que advoquen per oferir una atenció integral i longitudinal de la salut des de l'àmbit d'atenció més adequat.

Gràfic 1. Decàleg de l'atenció primària i comunitària



[†] En aquest document s'empra el masculí com a gènere no marcat, llevat del cas de les infermeres, d'acord amb el criteri del Consell Internacional d'Infermeres.

2 Objectius

L'objectiu d'aquest document és definir les bases del programa ATDOM de l'APiC a Catalunya per tal de crear un model d'atenció en el domicili que millori els resultats en salut amb perspectiva de gènere; l'equitat en l'accés i en els resultats en salut; l'experiència de la persona atesa, dels professionals i de l'entorn familiar i de cura, i la sostenibilitat i l'eficiència del sistema.

Els objectius específics d'aquest document són:

1. Revisar l'evidència en atenció domiciliària.
2. Conèixer l'estat de la situació de la prestació del programa ATDOM a Catalunya.
3. Identificar els principis en què cal fonamentar el model de prestació del programa ATDOM.
4. Definir accions clau per al desplegament de la cartera de serveis de l'APiC del programa ATDOM.
5. Definir els resultats esperats, el seguiment i l'avaluació per a la millora contínua de la qualitat del procés.
6. Definir el pla de difusió del model del programa ATDOM.

3 L'evidència científica en atenció domiciliària

La manera com es presta l'atenció domiciliària (AD) és molt variable en funció del sistema sanitari i, especialment, de l'estructura de l'atenció primària de salut (AP) de cada país. En alguns països del sud d'Europa i en els països nòrdics és més comú que l'atenció domiciliària sigui proveïda per equips d'AP amb una composició multidisciplinària. L'atenció sanitària es pot complementar amb la provisió d'una atenció domiciliària social que ofereix suport en les activitats de la vida diària i que, normalment, és responsabilitat dels serveis socials de les administracions locals. En altres països europeus, com és el cas dels Països Baixos, Bèlgica, Alemanya o França, la prestació d'AD constitueix un sector més amb entitat pròpia, que col·labora amb grups de pràctica d'AP amb una estructura diferenciada.⁶

La revisió de l'evidència i de bones pràctiques en l'àmbit de l'AD proveïda per l'AP permet identificar els aspectes següents:

- **L'impacte de la visita a domicili amb component preventiu de la qualitat de vida**

Durant la primera dècada del segle XXI va aparèixer un bon nombre d'articles en països nòrdics relacionats amb el concepte de «visita domiciliària preventiva». Alguns d'aquests estudis sobre programes de visites preventives a domicili mostren un impacte favorable en qualitat de vida sense incórrer en costos addicionals: les visites domiciliàries preventives fan que la qualitat de vida relacionada amb la salut entre els adults grans no empitjori, tot i que aquest efecte disminueix quan aquestes visites acaben. D'altra banda, no hi ha diferències significatives en l'ús inicial dels serveis ni en l'ús total i els costos de

l'atenció sanitària i dels serveis socials durant el seguiment de dos anys entre el grup que rep la visita preventiva i el que no.^{7 8}

- **La longitudinalitat des de l'AP i els seus resultats**

En un estudi observacional amb un seguiment de dos anys en pacients de 62 a 82 anys a Anglaterra⁹ es va avaluar en quina mesura la continuïtat assistencial amb un mateix professional mèdic d'AP —és a dir, la longitudinalitat— s'associava amb el nombre d'ingressos hospitalaris per malalties susceptibles de ser abordades des de l'AP. Es va detectar una associació entre la longitudinalitat de l'atenció i la reducció d'ingressos evitables en pacients amb més multimorbiditat.

Els resultats d'un segon estudi fet a Anglaterra en pacients de més de 65 anys¹⁰ suggereixen que els adults grans que no tenen un professional de referència de l'AP que els atengui al llarg del temps tenen més risc que acabin a urgències de l'hospital. D'altra banda, també augmenta el risc que vagin a urgències com més professionals diferents del professional de referència atenen una mateixa persona.

En l'estudi amb base poblacional realitzat a Taiwan¹¹ es va observar que una continuïtat assistencial més elevada en relació amb el professional i el lloc d'atenció s'associa a una reducció en el nombre d'interaccions farmacològiques, que és més forta a mesura que augmenta la comorbiditat dels pacients.

Finalment, en la revisió sistemàtica d'estudis publicats en els últims 10 anys sobre continuïtat assistencial i hospitalitzacions evitables s'observa que la continuïtat assistencial a càrrec d'un mateix professional responsable en atenció primària s'associa a menys hospitalitzacions evitables.¹²

- **La necessitat de reforçar els programes d'exercici físic adaptat a persones ateses en un entorn domiciliari i el suport de la teràpia ocupacional als programes d'atenció domiciliària**

Els programes que tenen com a objectiu la prevenció de caigudes milloren el resultat del component físic mesurat amb el qüestionari de qualitat de vida relacionada amb la salut SF-36, amb una millora significativa de l'equilibri físic en adults grans que rebien atenció domiciliària.¹³ Tot i que la revisió sistemàtica Cochrane determina que no hi ha prou evidència per determinar que el model d'atenció comunitària sigui millor que la institucionalització, hi ha estudis que relacionen l'atenció domiciliària amb una millor qualitat de vida i funcionalitat en comparació a la institucionalització.¹⁴ La intervenció de teràpia ocupacional millora el funcionament de la gent gran fràgil que viu a la comunitat.¹⁵ També mereix atenció l'impacte que tenen els projectes de teràpia ocupacional de suport a l'AD, com el programa Capable als Estats Units, que mostra millores consistentes en activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, disminució de caigudes, un estalvi en el cost mitjà per persona i millora dels símptomes de depressió i dolor dels participants.¹⁶

- **Noves aportacions d'evidència des del context nord-americà: els programes d'atenció primària intensiva**

La incorporació d'equips d'atenció primària als Estats Units està generant un conjunt important d'estudis i evidència. Encara que en molts d'aquests estudis predominin els dissenys experimentals o quasi experimentals, tenen com a grup control contextos de «no atenció» amb persones que no disposaven de cobertura sanitària o amb poca presència de l'AP. Per això és important contextualitzar bé aquesta evidència i no generalitzar-la. En una revisió sistemàtica sobre el concepte de programes d'atenció primària intensiva interdisciplinària multicomponent dirigits a pacients complexos amb alt risc d'hospitalització o mort, comparada amb l'atenció primària habitual, es van identificar divuit estudis. La majoria d'aquests estudis no van mostrar cap impacte de l'atenció primària intensiva quant a la mortalitat ni en l'ús del servei d'urgències. Les intervencions intensives d'AP van demostrar una efectivitat variable en la reducció de les hospitalitzacions.¹⁷

- **Estudis que aporten elements per a la identificació de persones usuàries potencials de programa ATDOM**

En un estudi fet a Barcelona es van identificar sis perfils de fragilitat diferents entre la gent gran inclosa en el servei ATDOM de l'APiC: tres perfils corresponien a un nivell moderat de fragilitat, dos a un nivell greu i un a un nivell lleu. Gairebé el 75% dels participants en l'estudi van ser classificats en perfils de fragilitat no greus. El coneixement d'aquests perfils pot ser útil a l'hora de desenvolupar estratègies adaptades a necessitats de cura diferenciades.¹⁸

Un estudi en 23 CAP a Catalunya, amb un seguiment de vuit anys (2005-2013) d'una cohort de 616 persones que recollia una avaluació multidimensional basal realitzada per professionals d'APiC va mostrar que el risc d'inclusió en el programa ATDOM s'associava a una edat més avançada, la dependència a l'hora de fer les activitats instrumentals de la vida diària i a la marxa lenta mesurada mitjançant la prova Timed Up and Go. D'altra banda, un risc més elevat d'ingressar en una residència estava associat a l'edat, la dependència de les activitats instrumentals de la vida diària, el nombre de fàrmacs i la presència de risc social.¹⁹ Els models pronòstics basats en avaluacions geriàtriques completes, amb mesura de capacitat funcional, mobilitat, nombre de fàrmacs i perfil de risc social de les persones ateses a l'APiC poden predir la necessitat d'inclusió en programes d'ATDOM o bé l'ingrés en una residència de la gent gran que viu a la comunitat, i a la vegada establir accions preventives per mantenir una vida independent en la comunitat tant temps com sigui possible.

- **Telemonitoratge en atenció domiciliària**

L'estudi quasi experimental ValCronic fet a la Comunitat Valenciana amb 521 pacients aporta evidències sobre els resultats del telemonitoratge en persones incloses en programes d'atenció domiciliària de l'AP. En comparació amb l'any anterior, a la intervenció es van produir reduccions significatives en el pes i en dades clíniques com la tensió arterial i l'hemoglobina A1c. La proporció de participants que van utilitzar els serveis d'urgències de l'atenció primària i de

l'hospitalària va disminuir, així com els ingressos hospitalaris a causa d'una emergència o exacerbació de la malaltia.²⁰

- **Ús de serveis per part dels cuidadors de persones incloses en programes d'atenció domiciliària**

Les característiques de la persona cuidadora s'associen a la prestació d'atenció informal i l'ús de serveis de salut. En un estudi analític transversal a la zona de Màlaga es van identificar tres característiques de la persona cuidadora que predisposen que facin més ús dels serveis de salut: tenir més nivell educatiu, no conviure amb el beneficiari de l'atenció domiciliària i tenir una qualitat de vida física millor.²¹

Un estudi qualitatiu va analitzar la naturalesa multidimensional de la relació entre les creences d'obligació i de pressió de les persones cuidadores amb l'ansietat i la depressió. La combinació d'una alta pressió i unes creences baixes d'obligació es relacionen amb els nivells més elevats d'ansietat i depressió; i la combinació de pressions baixes i altes creences d'obligació es relacionen amb nivells més baixos d'ansietat i depressió.²²

- **Dimensions avaluatives que cal considerar en el programa d'atenció domiciliària**

En sintonia amb l'evidència referenciada, destaquen els estàndards que es tenen en compte al Regne Unit a l'hora d'avaluar els programes d'AD, relacionats amb la seguretat, l'experiència del pacient i l'efectivitat de l'atenció²³:

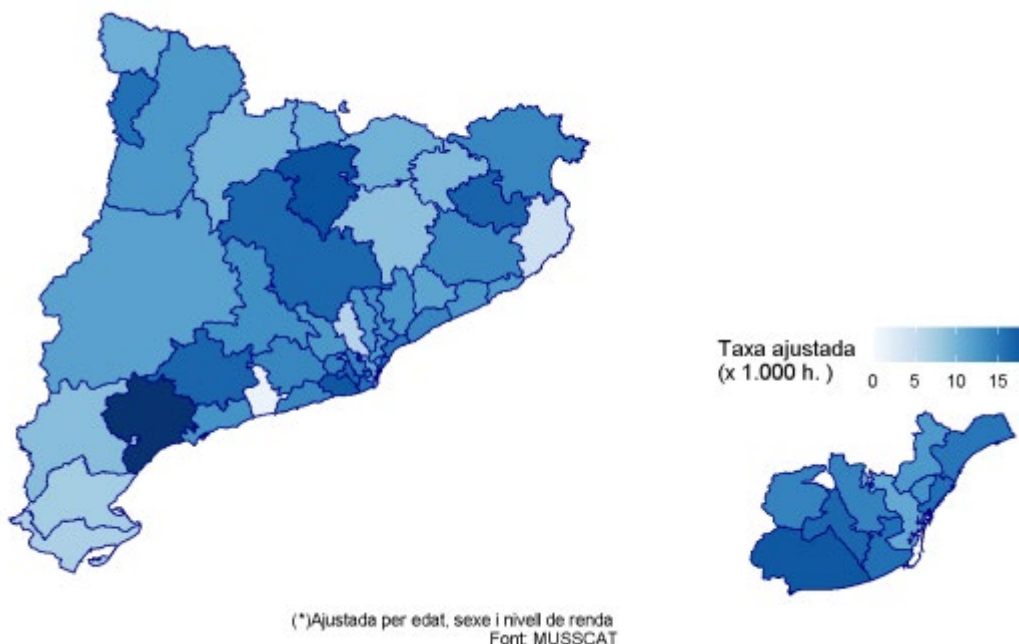
1. Les persones ateses han de disposar d'un pla d'atenció que inclogui les seves preferències.
2. Les persones ateses tenen un pla d'atenció que preveu què fa el proveïdor quan una visita programada no s'acaba produint.
3. Les persones ateses reben l'atenció per part d'un equip de professionals que coneix les seves necessitats.
4. Les visites domiciliàries han de tenir una durada mínima de 30 minuts.
5. Els resultats del pla d'atenció es revisen sis setmanes després d'haver iniciat el programa d'atenció i, com a mínim, anualment.
6. Els proveïdors tenen reunions de supervisió basades en la pràctica amb els professionals cada tres mesos.

4 El programa ATDOM a Catalunya

4.1 Quines persones fan ús del programa?

L'any 2020, l'1,57% de la població assegurada estava inclosa en el programa ATDOM de l'APiC[‡] i la tendència dels darrers anys és creixent, si bé s'observa variabilitat territorial (mapa 1) i heterogeneïtat entre professionals.

Mapa 1. Taxa ajustada de persones incloses en el programa ATDOM de l'APiC, per àrea de gestió assistencial. Catalunya, 2019



Les dones són les usuàries majoritàries del programa ATDOM (2 de cada 3 persones ateses). El 92,3% de persones incloses en el programa ATDOM té més de 64 anys, amb una proporció elevada de persones per sobre dels 84 anys (el 62,4%). Les dones incloses en el programa ATDOM tenen una mitjana d'edat més elevada (87 anys) que la dels homes en la mateixa situació (84 anys). Les persones amb nivells d'ingressos baixos —inferiors a 18.000 euros l'any— o molt baixos —pensions no contributives i programes socials— estan incloses en el programa en més proporció que les que tenen ingressos més elevats. Atenent a la seva situació de salut, el 53% de persones que reben ATDOM tenen la consideració de pacient crònic complex (PCC) i un 11% són identificades com a persones amb malaltia crònica avançada (MACA). L'any 2019, el 42% de les persones que rebien el servei d'atenció domiciliària (SAD) de serveis socials també estaven incloses en el programa ATDOM de l'APiC.[§]

Les persones incloses en el programa ATDOM són usuàries freqüents dels serveis sanitaris, de manera congruent amb una edat i una morbiditat elevades. Segons les

[‡] Font: Registre de morbiditat i ús de serveis sanitaris de Catalunya del CatSalut (MUSSCAT).

[§] Font: Departament d'Afers Socials i MUSSCAT.

dades dels sistemes d'informació dels serveis d'atenció primària (SISAP), l'any 2020 les persones en ATDOM van fer de mitjana 26,7 contactes l'any amb l'APiC, en el context de la pandèmia de la COVID-19. D'aquests contactes, 12,8 van ser amb un professional d'infermeria, 12,1 amb un de medicina i 1,8 amb un de treball social sanitari. Atenent a la localització, 10,4 contactes es van produir al CAP, 6,6 al domicili i 9,9 van ser contactes no presencials (telemàtics). El 69% dels contactes en el domicili els va fer un professional de referència, que sol ser la infermera, que és el perfil professional que més temps de la seva tasca assistencial dedica als domicilis (36%), seguit dels metges (10% del temps). El desembre de 2020, els professionals de treball social sanitari van fer un 4,3% del total de visites a domicili. El 2020 es van produir 42,7 hospitalitzacions d'urgències per cada 100 persones incloses en el programa ATDOM, 24,8 ingressos en centres sociosanitaris per cada 100 persones i 24,6 contactes amb serveis de salut mental comunitària per cada 100 persones. El 2020 els serveis del Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES) va atendre el 3,3% de la població inclosa en el programa ATDOM.

Segons dades del Registre de mortalitat de Catalunya, l'any 2019 el 16,7% de les defuncions en dones es van produir al domicili i el 15,5% en els homes. Per demarcacions, Barcelona té la proporció més baixa de defuncions en el domicili (16% en dones i 14% en homes) i Lleida en té la proporció més alta (22% en dones i 24% en homes). Les causes de mort més freqüents de les persones que van morir a casa van ser les malalties de l'aparell circulatori i els tumors. Segons l'anàlisi de l'Observatori de la mort,²⁴ el perfil de persones que van morir a casa l'any 2017 va ser el següent: persones de menys de 70 anys, que no viuen soles, amb un nivell socioeconòmic mitjà o alt, sense consideració PCC o MACA ni codi d'atenció pal·liativa i incloses en el programa ATDOM.

4.2 Quins factors incideixen en l'augment de les necessitats d'atenció?

Segons les dades de 2019, tenir nafres és la característica de les persones incloses en el programa ATDOM que s'associa a rebre més visites presencials per persona (ja sigui al CAP o al domicili) durant el darrer any. La resta de característiques tenen un pes diferent en homes i en dones. En les dones les característiques associades a rebre més visites presencials són, de més a menys importància:

1. Tenir un diagnòstic de nafra.
2. Estar identificada com a MACA.
3. Tenir un resultat superior o igual a 2 en la taula d'indicadors de risc social (TIRS), són especialment importants les que viuen soles i en habitatges amb barreres arquitectòniques.
4. Estar identificada com a PCC.
5. Tenir un diagnòstic de neoplàsia maligna.

En els homes les característiques que s'associen a rebre més visites són, de més a menys:

1. Tenir un diagnòstic de nafra.

2. Tenir un diagnòstic de demència.
3. Estar identificat com a MACA.
4. Tenir un resultat superior o igual a 2 en la TIRS, són especialment importants els que viuen sols i en habitatges amb barreres arquitectòniques.
5. Tenir un diagnòstic de neoplàsia maligna.
6. Estar identificat com a PCC.

En tots els casos, els homes en ATDOM reben més visites anuals presencials que les dones. La diferència per sexe més marcada és en persones amb demència, amb el doble de visites presencials en homes que en dones.

Taula 1. Característiques de les persones que reben el programa ATDOM segons el nombre de visites presencials per persona els darrers dotze mesos, desagregat per sexe. Catalunya, 2019

Característiques de les dones*	Dones	%	Visites presencials per dona	Total de visites presencials anuals
Diagnòstic de nafra	7.105	15,6%	30,2	214.571
MACA	3.285	7,2%	23,1	75.884
PCC	25.251	55,3%	19,4	489.869
Risc social (TIRS≥2)	8.279	18,1%	20,6	170.547
Neoplàsies	8.834	19,4%	19,4	171.380
Demència	9.878	21,6%	15,2	150.146
Psicosi	1.783	3,9%	17,4	31.024
Dones en ATDOM	45.653	100%	17,8	811.710

Característiques dels homes*	Homes	%	Visites presencials per home	Total de visites presencials anuals
Diagnòstic de nafra	3.127	16,1%	33,9	106.005
MACA	1.900	9,8%	27,2	51.680
PCC	11.603	59,6%	21,4	248.304
Risc social (TIRS≥2)	3.665	18,8%	23,4	85.761
Neoplàsies	6.383	32,8%	21,8	139.149
Demència	3.582	18,4%	31,2	111.758
Psicosi	786	4,0%	19,5	15.327
Homes en ATDOM	19.456	100%	20,2	392.817

*Les característiques no són mútuament excloents, una persona pot complir-ne alhora més d'una.

Font: sistemes d'informació dels serveis d'atenció primària, desembre de 2019.

En ajustar el nombre de visites per edat, sexe, grau de morbiditat i nivell de privació econòmica del lloc de residència, els factors que s'associen a més necessitats d'atenció són tenir nafres, estar identificat com a MACA, amb una valoració social i

validació del treballador o treballadora social sanitari (TSS) com a situació de risc social i tenir un tumor maligne.

4.3 Com s'organitzen els equips per dur a terme l'ATDOM?

Els EAP tradicionalment s'han organitzat de diferents maneres per respondre les necessitats de les persones incloses en el programa ATDOM. Les diverses opcions organitzatives es diferencien bàsicament pels horaris destinats a realitzar les activitats programades —les urgents sempre es responen a demanda— i pels professionals que són de referència per a aquestes persones i duen a terme aquesta atenció.

A partir dels resultats de l'estudi de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya de l'any 2019²⁵ sobre l'organització del programa ATDOM i de la població amb cronicitat complexa (PCC i MACA), ampliat l'any 2021 amb una consulta *ad hoc* a diversos proveïdors de serveis sanitaris, es van identificar quatre tipus diferents d'organització a l'hora d'atendre les persones incloses en el programa ATDOM:

1. Tipus organitzatiu unitat bàsica assistencial (UBA) a diari. La UBA de referència (formada per un professional de medicina i un d'infermeria) es manté quan la persona entra en el programa ATDOM i ho és també per a la família. La visita a les persones incloses en el programa ATDOM es fa en trams diaris d'agenda reservats per fer domicilis. El 43,4% dels EAP consultats s'organitzen d'aquesta manera.
2. Tipus organitzatiu UBA amb un dia setmanal d'ATDOM. La UBA de referència (formada per un professional de medicina i un d'infermeria) es manté quan la persona entra en el programa ATDOM i ho és també per a la família. La UBA de referència té un dia o mig dia reservats a la setmana per fer domicilis i visitar els pacients ATDOM. Les urgències que sorgeixen en dies diferents del reservat són generalment ateses per altres professionals de l'EAP. El 33,3% dels EAP s'organitzen d'aquesta manera.
3. Tipus organitzatiu d'unitat d'ATDOM formada per un professional de medicina i un o més d'un d'infermeria amb dedicació completa (3). Els professionals d'infermeria i de medicina de l'EAP que no formen part de la unitat ATDOM deixen de tenir població assignada ATDOM, ja que és la unitat ATDOM la que assumeix l'atenció de tota la població ATDOM de l'EAP mentre el CAP està obert. En conseqüència, les persones en ATDOM deixen de tenir el seu equip de referència habitual i són assignades als professionals d'aquesta unitat específica de manera temporal o permanent. El 13,9% dels EAP consultats segueixen aquest tipus d'organització.
4. Tipus organitzatiu d'unitat d'infermeria ATDOM amb dedicació completa (4). Un equip format per una o més infermeres assumeix l'atenció de tota la població ATDOM de l'EAP mentre el CAP està obert. Les infermeres ATDOM passen a ser les infermeres de referència d'aquestes persones, que segueixen mantenint el metge de referència. El 9,4% dels EAP consultats s'organitzen d'aquesta manera.

Segons dades de l'estudi de 2019, el primer tipus organitzatiu (UBA a diari) predomina a les regions sanitàries de Terres de l'Ebre, Tarragona, Catalunya Central, Girona, Lleida i Alt Pirineu i Aran. La resta de tipus d'organització són més freqüents a les regions sanitàries de Barcelona Ciutat, Àmbit Metropolità Sud i Àmbit Metropolità Nord.

Els professionals de treball social sanitari estan presents en tots quatre tipus organitzatius, de tal manera que totes les persones ateses en ATDOM tenen aquest professional com a referent, que participa en la valoració i el seguiment dels processos, així com la coordinació amb els serveis socials i altres agents de la comunitat. A més, cal tenir en compte la incorporació progressiva de l'administratiu sanitari com a professional de referència de les persones incloses en el programa ATDOM, les seves famílies i el seu entorn cuidador. Entre les competències d'aquest perfil professional, que treballa en equip amb la resta de professionals de referència, cal destacar la gestió de la demanda burocràtica, facilitar l'organització de proves i visites, informar de forma personalitzada sobre els recursos i prestacions a l'abast i la resolució de dubtes i consultes de les persones ateses i famílies.

Pel que fa a l'atenció a la cronicitat complexa de persones que són PCC o MACA, estiguin o no incloses en ATDOM, es van identificar tres tipus d'organització addicionals tenint en compte l'abast territorial i la presència de professionals de suport:

1. Tipus UBA tradicional. El professional de medicina i el d'infermeria tenen assignats les persones PCC i MACA, i les atenen tal com ho fan amb la resta de persones assignades.
2. Tipus UBA amb suport de gestores de casos. El professional de medicina i el d'infermeria tenen assignats els pacients PCC i MACA i reben el suport assistencial d'una gestora de casos, que pot ser del mateix EAP o d'un altre recurs.
3. Tipus UBA amb una unitat de suport assistencial formada per professionals que es dediquen en exclusiva a l'atenció de persones que són PCC o MACA. Aquesta unitat pot ser del mateix EAP o bé estar composta per professionals externs.

L'any 2019, el tipus d'organització més freqüent era el model UBA amb suport assistencial de professionals de gestió de cas (49% d'EAP). El 38% dels EAP tenien unitats multidisciplinàries específiques, internes o territorials, que donaven suport a l'hora d'atendre les persones PCC i MACA. Aquests models predominaven a les regions sanitàries més densament poblades, com ara Barcelona Ciutat, Àmbit Metropolità Nord, Àmbit Metropolità Sud i Camp de Tarragona. Finalment, el 13% d'EAP seguien el tipus UBA tradicional, que era més freqüent en regions sanitàries més rurals, com ara l'Alt Pirineu i Aran, Lleida, Catalunya Central i Terres de l'Ebre.

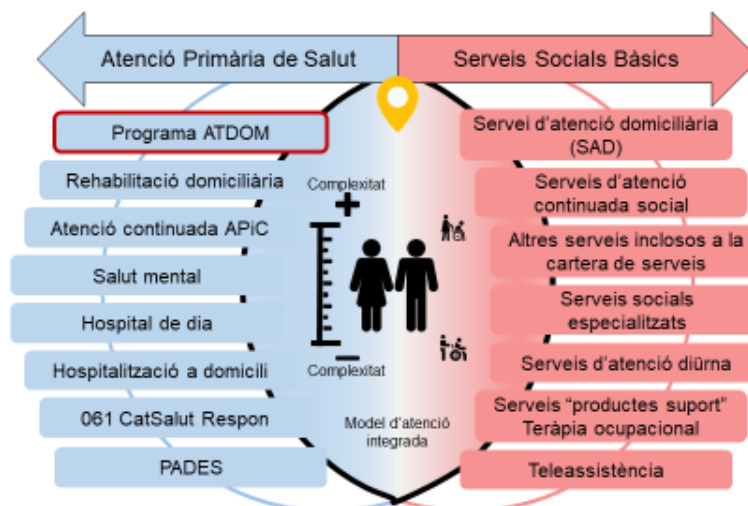
5 El model del programa ATDOM de l'APiC

5.1 Principis

Els principis consensuats que han inspirat la creació d'aquest model i que, per tant, fonamenten les decisions que s'hi han adoptat són els següents:

1. El model d'atenció a les persones incloses en el programa ATDOM **posa la persona en el centre** —té en compte les seves necessitats, valors i preferències, les de les seves famílies i les de les persones que en tenen cura— i **promou l'autonomia** de la persona i del seu entorn quant a la cura de la seva salut. La **presa de decisions** es fa de forma **compartida** i participada amb les persones ateses i amb el seu entorn familiar i de cures.
2. L'atenció és **proactiva**, anticipa necessitats i situacions de més risc i **planificada**, per tal de garantir l'atenció en situacions de crisi amb una mirada **7x24**.
3. L'atenció és **longitudinal**, i inclou també el procés de **final de la vida**. Disposar de professionals referents que tinguin una visió de conjunt de la persona atesa i del seu entorn és un valor per garantir una bona atenció. D'acord amb això, els professionals de l'APiC adopten un rol de **lideratge** a l'hora de facilitar la coordinació dels diferents dispositius.
4. L'atenció és **integral**, aplica un abordatge biopsicosocial de les necessitats de la persona i del seu entorn de cura, i és **integrada**, treballa de forma conjunta amb els diversos recursos sanitaris, socials i comunitaris, per tal de promoure un lideratge sistèmic. Atenent al balanç de necessitats socials i sanitàries de cada persona, l'APiC adopta un rol de **lideratge compartit** amb els serveis socials.
5. El model cerca l'**equitat** —tant en termes d'accés **universal** com d'**accessibilitat territorial** i de **resultats** amb perspectiva de gènere i interseccional, és a dir, tenint en compte altres eixos de desigualtat—, l'eficiència i la sostenibilitat del sistema.
6. L'atenció es basa en l'**evidència científica** i s'orienta a l'assoliment de **resultats**, a la **qualitat** i a la **millora contínua**. A tal fi, cal promoure la recerca en aquest àmbit.

Gràfic 2. Els recursos socials i sanitaris que atenen les persones en el seu domicili des d'una visió integrada



Font: adaptació del Pla d'atenció integral domiciliària (2022).

5.2 Cartera de serveis del programa ATDOM

El programa ATDOM comprèn el conjunt d'activitats i serveis que presta l'APiC a les persones que no es poden desplaçar al CAP amb independència de la seva edat. Les característiques i les necessitats d'aquestes persones deriven de la seva situació sanitària i social (fragilitat, complexitat i nivell de dependència) i determinen la necessitat que l'APiC s'organitzi de forma adient per poder garantir una atenció —majoritàriament en el domicili— òptima i adaptada.

El programa ATDOM té dos trets diferencials que determinen la necessitat d'una manera d'organitzar-se particular:

- Les visites es realitzen en el domicili de la persona atesa. L'atenció a persones en ATDOM requereix que els professionals sanitaris es traslladin al domicili, la qual cosa comporta més dedicació de temps dels professionals, que han de conciliar aquestes visites amb l'atenció de les persones al CAP. La visita a domicili, a més, aporta un valor diferencial en el procés d'atenció i en la valoració de la persona i del seu entorn cuidador. El coneixement, per part dels professionals de referència d'APiC, de l'habitatge (barreres arquitectòniques, riscos a la llar, etc.) i dels recursos disponibles de la persona atesa, així com del seu suport familiar i la disponibilitat i voluntarietat de les persones cuidadores, són clau per vetllar per la seva seguretat i millorar-ne la qualitat de vida.
- Cal planificar el seguiment regular protocol·litzat de les patologies cròniques i els factors de risc, sigui amb visites presencials o sigui telemàtiques (incloent-hi modalitats de telemedicina), la qual cosa requereix adaptar les agendes de treball, així com els mitjans tecnològics disponibles. A més, determinats factors de risc condicionen la realització d'actuacions prioritzades, com ara la vacunació

de la grip o de la COVID-19, o el Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut (POCS), entre d'altres.

Les activitats pròpies de la cartera de serveis de l'APiC, adreçades a les persones incloses en el programa ATDOM, inclouen:

Activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, i en especial:

- La promoció de l'alimentació saludable i l'exercici físic.
- La identificació i l'abordatge de conductes i factors de risc per a la salut.
- La identificació de risc social i psicosocial del pacient i de l'entorn cuidador.
- L'administració de vacunes.
- La prevenció de caigudes i altres lesions no intencionades.
- La valoració social de factors de risc i factors protectors relacionats amb l'habitatge: tipologia d'habitatge, adequació de la llar, ubicació i règim de tinença.²⁶
- La detecció precoç del deteriorament cognitiu i funcional.
- La detecció precoç del deteriorament físic, amb èmfasi especial en el cribratge de l'hipoacúsia, dèficit visual i incontinència urinària.
- La valoració de la integritat cutània.
- El consell i seguiment de la polimedicació i de la multimorbiditat.
- El cribratge de salut bucodental i problemes de nutrició i de deglució.

Activitats de valoració i seguiment a les persones amb malalties cròniques i gent gran de risc, des de la prevenció de les descompensacions, de forma proactiva, fins a l'estabilització i seguiment i la conciliació dels plans de tractament.

- Identificació de la fragilitat i complexitat (MACA/PCC). En cas de complexitat, elaboració del PIIC. És important l'elaboració d'un pla integrat, així com la coordinació amb l'atenció especialitzada i els serveis socials, amb la finalitat de prevenir i atendre les situacions de discapacitat i la comorbiditat associada.
- Valoració clínica, sociofamiliar i del grau de dependència per a les activitats de la vida diària.
- Establiment d'un pla d'atenció individualitzat, que inclogui mesures preventives, atenció a les síndromes geriàtriques, instruccions per al seguiment correcte del tractament, recomanacions higienicodietètiques, control dels signes i símptomes i atencions generals, així com la coordinació amb els serveis socials.
- Prevenció proactiva, atenció directa, revisió i actualització periòdica de les situacions clíniques i dels plans de tractament, rehabilitació i nutrició.
- Intensificació de l'atenció sanitària en cas de descompensació de les seves patologies cròniques, en el seguiment postalta hospitalària i en qualsevol altra situació en què es necessiti una cura especial.

- Informació i assessorament a les persones ateses i a les persones vinculades, especialment a la persona cuidadora principal i els familiars, per tal de dur a terme processos de presa de decisions compartides, com ara el pla de decisions anticipades o el document de voluntats anticipades.
- Elaboració de l'estratègia final de vida i acompanyament de les persones i la família. Aplicació d'acords de limitació d'esforç terapèutic (LET) inclosos en el pla de decisions anticipades o el document de voluntats anticipades. Acompanyament en el procés d'eutanàsia quan la persona atesa ho sol·licita.

Activitats de coordinació amb:

La coordinació amb la resta de dispositius es planteja des d'un rol de lideratge de l'APiC²⁷.

- El Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).
- El Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES). L'equip de l'APiC de referència de la persona atesa, amb una valoració prèvia de la necessitat, activa l'equip PADES²⁸.
- El servei d'hospitalització a domicili (HAD). El servei s'activa des de l'atenció hospitalària, si bé els professionals de referència de l'APiC cal que estiguin assabentats de l'evolució i en facin el seguiment oportú.
- La xarxa d'atenció pal·liativa pediàtrica integral (XAPPI). La xarxa està constituïda per serveis hospitalaris de pediatria, que fan un abordatge integral i integrat de casos concrets de població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida. És convenient intensificar la relació de coordinació de l'EAP amb les XAPPI amb l'objectiu de facilitar el procés assistencial, incloent-hi el conjunt del nucli familiar.
- Els centres i equips de salut mental.
- Els professionals de rehabilitació, fisioteràpia, logopèdia i teràpia ocupacional.
- Els serveis socials i ens locals, per exemple, la coordinació amb el servei de teleassistència i el servei d'atenció a domicili (SAD) i d'altres gestionats per ens privats, de forma consensuada amb la persona i el seu entorn.

Activitats d'informació, assessorament i acompanyament

- Informació i formació en educació sanitària a les persones vinculades a la que rep l'atenció, especialment la persona cuidadora principal o referent.

5.3 Elements clau del model del programa ATDOM de l'atenció primària i comunitària

Els elements essencials que conformen el model del programa ATDOM són els següents:

1. **La informació sobre les característiques del programa ATDOM quan la persona hi accedeix per primer cop.** Entre d'altres, s'informa del nom dels professionals que l'atendran, els telèfons i els horaris de contacte, les diferents modalitats de visita (presencial, virtual, al CAP) i les indicacions sobre com actuar en cas de qualsevol incidència fora de l'horari habitual del CAP. Així mateix, quan hi ha diversos dispositius assistencials, s'informa de quin és l'equip responsable de desenvolupar el seu pla terapèutic. La informació s'adreça a la persona atesa i al seu nucli de convivència (família o persones cuidadores).
2. **Un equip estable de professionals de referència (de medicina, d'infermeria, de treball social sanitari i d'administració sanitària).** Aquests professionals han de conèixer les característiques de la persona atesa i del seu entorn familiar. Aquest aspecte és d'especial importància per a les persones més vulnerables, ja que facilita la comunicació efectiva dels diversos professionals implicats i es relaciona amb millors resultats de salut. Els serveis d'APiC cal que tinguin en compte, com a valor fonamental, el **principi de longitudinalitat** i la **perspectiva d'atenció familiar i comunitària**. Així doncs, cal que els professionals de referència habituals facin l'abordatge i el seguiment de les persones al llarg del seu cicle de vida, ja sigui al CAP o al domicili. Quan el programa d'atenció domiciliària el desenvolupen professionals que no havien estat els de referència fins al moment, és important que la persona pugui conservar un dels professionals de referència del nucli familiar, per tal que aquest es pugui coordinar amb la resta de professionals implicats.
3. **La reserva d'un espai de temps a l'agenda per a l'atenció a les persones incloses en el programa ATDOM,** ajustat al nombre de pacients inclosos en el programa i les seves necessitats i complexitat.
 - a. Es recomana reservar un espai de temps regular per realitzar les activitats de la cartera de serveis adreçades a les persones incloses en el programa ATDOM. D'aquesta manera es pot prestar un servei proactiu i planificat en el temps i, a més, tant el nucli familiar com els professionals poden organitzar millor les visites. El temps reservat ha de tenir en compte l'optimització dels desplaçaments.
 - b. Cal tenir en compte l'estacionalitat a l'hora de dissenyar les agendes i distribuir les tasques, atenent a la major prevalença de problemes

El NHS estableix la durada mínima d'una visita a domicili en 30 minuts.

aguts a l'hivern i a la possibilitat de planificar activitats en èpoques de menor demanda aguda, per exemple, durant la primavera i l'estiu.

4. **La capacitat d'adaptar les agendes per atendre les necessitats assistencials sobrevingudes de les persones incloses en ATDOM.** Es recomana reservar espais diaris de l'agenda per atendre qüestions no programades, a fi que siguin els professionals de referència qui les puguin abordar. Sovint les demandes espontànies es poden atendre en primera instància per via telefònica o telemàtica i acordar, si escau, una visita domiciliària posterior. La valoració de la demanda d'atenció al domicili per part dels professionals de referència sovint és molt més eficient, de cara a la seva resolució, que si la fan altres companys de l'EAP. Aquesta adaptabilitat de l'agenda és especialment rellevant en les situacions de final de vida: en aquests casos possiblement el període de temps que caldrà destinar serà més llarg i caldrà oferir més accessibilitat telemàtica per resoldre consultes.
5. **L'oferta d'una atenció sanitària multidisciplinària**, en què hi participen els professionals idonis d'acord amb les necessitats puntuals, tot comptant amb la gestora de casos i amb altres professionals del sistema (TCAI, pediatria, odontòleg, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psiquiatre, etc.). Els professionals d'APiC adopten un rol de lideratge a l'hora de coordinar-se amb els altres professionals del sistema i cal que activin els recursos addicionals oportuns per atendre situacions d'especial complexitat, com ara determinades situacions de final de vida o per necessitat d'una intensitat de cures extraordinària. Alguns d'aquests recursos es troben, en ocasions, fora de l'àmbit de l'APiC —per exemple, el PADES, dins de l'atenció intermèdia, o l'hospitalització domiciliària—, per la qual cosa l'equip de referència caldrà que faci la sol·licitud corresponent i que vetlli per una adequada coordinació. Un exemple d'aquesta coordinació és la gestió directa dels fluxos entre aquests dispositius. Per tal de dur a terme aquesta coordinació, esdevé tan necessari compartir la història clínica de la persona com treballar de forma consensuada i conjunta.

L'APiC lidera la coordinació amb els altres professionals del sistema.
6. **La continuïtat assistencial de les persones incloses en el programa ATDOM és bàsica per a una atenció integrada de qualitat.** Els pactes territorials entre proveïdors sanitaris i professionals de diversos àmbits (atenció primària, atenció intermèdia i atenció hospitalària d'aguts) donen resposta pràctica al diagnòstic i tractament de persones amb malalties cròniques i necessitats complexes. Pel que fa al col·lectiu ATDOM, és prioritari garantir la resposta 7x24 (els set dies de la setmana, 24 hores al dia) a les necessitats agudes d'aquestes persones, la qual cosa implica un treball amb diferents actors, com ara els serveis d'emergències mèdiques, l'atenció continuada de l'APiC i altres serveis territorials. El treball en xarxa d'aquests actors, formalitzat en els pactes, és un punt clau per assegurar que les transicions entre serveis es fan de forma segura i amb qualitat. La coordinació entre els serveis sanitaris i socials i la comunitat és

indispensable també per a una gestió eficient dels recursos. Alhora, per garantir la continuïtat assistencial són imprescindibles tant la interoperabilitat dels sistemes d'informació sanitària i de serveis socials com l'establiment de canals de comunicació bidireccionals entre els dos àmbits, on es comparteixi informació d'interès comú. Cal potenciar eines que faciliten la coordinació, com ara:

- a. **El Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC).** EL PIIC recull les dades sanitàries i socials més importants de les persones identificades com a PCC o MACA i està dipositat en un entorn compartit d'informació (HC3).²⁹ Aquest document conté el resum del pla d'atenció, que recull de forma dinàmica i situacional les dades més importants. Com a eina de comunicació entre professionals de diferents àmbits assistencials, garanteix la informació clínica rellevant que cal prendre en consideració en casos de descompensació, transició assistencial (ingressos, reingressos tant hospitalaris com en centres socio-sanitaris) o final de vida, de manera congruent amb les necessitats, els valors i les preferències dels les persones amb necessitats d'atenció complexes.
 - b. **El Programa de preparació de l'alta hospitalària (PREALT).** És el document que recull la informació rellevant en la planificació de l'alta del pacient des de l'hospital o des del centre socio-sanitari cap als serveis, dispositius i professionals que han de continuar donant assistència a la persona, amb l'objectiu que puguin organitzar el suport adient als pacients després de l'alta i garantir les cures que siguin necessàries. La interoperabilitat facilita la comunicació electrònica del PREALT entre els diferents actors implicats.
 - c. **Conferència de cas.** És una reunió formal, estructurada i planificada en què tots els proveïdors de serveis implicats en l'atenció a una persona o que, a partir d'una valoració inicial de les seves necessitats, s'identifiquen com a potencials proveïdors de nous serveis, treballen conjuntament amb l'objectiu de definir un pla individualitzat d'atenció integrada, que és únic per a aquesta persona tenint en compte les seves necessitats i singularitats, i compartit entre ella i tots els proveïdors de serveis. El pla busca corresponsabilitzar els professionals pel que fa a la cura i l'atenció continuada de la persona i garantir-ne el compliment.
 - d. **Taules de treball** amb els diversos actors implicats en l'atenció a les necessitats socials i sanitàries de les persones ateses en el domicili, (administracions locals, serveis socials territorials, serveis sanitaris, entorn familiar i de cures) que donen lloc a colideratges.
7. **L'orientació cap als resultats en salut i la millora contínua.** El programa ATDOM vetlla per l'assoliment del millor estat de salut possible d'acord amb les preferències i necessitats de les persones ateses, un ús eficient dels serveis sanitaris, i un acompanyament al llarg del procés de vida. La

prevenció de nafres i de caigudes en aquest col·lectiu, així com la preocupació pel benestar emocional de les persones ateses, la prevenció de la claudicació del cuidador i el conjunt del nucli familiar, són alguns dels resultats plausibles que cerca el programa. L'aplicació d'escalles de valoració clínica i social i de resultats reportats per la persona atesa, així com el seu registre a la història clínica compartida, és un element indispensable per poder avançar en aquesta direcció. Així mateix, s'ha elaborat un quadre de comandament específic amb aquesta finalitat que es detalla a l'apartat 6.

8. **La mirada d'equitat de gènere.** Cal prendre en consideració les diferències i desigualtats entre homes i dones, també en l'ATDOM, que ens mostren les dades. Les dones incloses en el programa ATDOM tenen de mitjana tres anys més que els homes. Tanmateix, per a una mateixa necessitat d'atenció les dones reben menys visites que els homes. Cal, per tant, personalitzar l'atenció no només segons el problema de salut, sinó també d'acord amb les circumstàncies de cada persona, les seves condicions de vida i l'entorn familiar i de cura, així com la intersecció d'aquestes dimensions amb el gènere. D'acord amb el que s'ha observat, cal ser especialment proactius a l'hora de detectar les necessitats i oferir atenció a les dones, particularment quan hi intervenen altres eixos de desigualtat.
9. **La perspectiva familiar.** L'atenció ATDOM inclou el conjunt del domicili, és a dir, convivents, familiars i persones cuidadores, tant formals com informals. És per això que cal valorar l'entorn de la persona atesa a l'hora d'establir i consensuar intervencions i objectius, els quals abasten el conjunt del nucli familiar, per exemple amb els programes d'autocura adreçats a cuidadors com el Programa Cuidador Expert Catalunya®, que en milloren tant la qualitat de vida de la persona que cuida com les habilitats i capacitats. Tot i que les darreres dècades s'observa una implicació més gran dels homes en les tasques de la llar i de cura, la distribució d'aquestes tasques recau encara en més proporció en les dones que en els homes i es considera com una funió adscrita a les dones com a part del rol de gènere.

Els homes en ATDOM amb demència reben 31 visites a l'any, mentre que les dones en la mateixa situació en reben 15.

6 Resultats esperats, seguiment i avaluació

Per tal de fer el seguiment de les activitats incloses en el model, s'ha definit un quadre de comandament comú a l'estació clínica d'atenció primària, amb indicadors de procés i resultat recollits a partir de les històries clíniques de totes les persones incloses en el programa ATDOM.

Els indicadors s'agrupen en les categories següents:

- a) Perfil de la persona atesa.
- b) Escales de valoració de l'estat de salut, de la qualitat de vida i valoració social.
- c) Valoració geriàtrica integral.
- d) En el cas que tingui persona cuidadora no formal, valoració de la sobrecàrrega pel fet de cuidar.
- e) Activitat realitzada: visites fetes per professionals d'infermeria, de medicina i de treball social sanitari, segons diferents modalitats.
- f) Prescripció de medicaments: polifarmàcia, revisió de duplicitats, ús inadequat de fàrmacs, etc.
- g) Longitudinalitat de les visites: persona que fa la visita, persona de referència.
- h) Gestió del personal d'infermeria de la demanda en els pacients inclosos en ATDOM.
- i) Dades de recursos externs: persones incloses en el SAD de serveis socials, utilització de centres de dia, ús de teleassistència, grau de dependència, grau de discapacitat, diferents recursos de suport a domicili, etc.
- j) Ingressos i reingressos, visites a urgències i a consultes externes.
- k) Gestions realitzades per l'administratiu sanitari. Contactes de la persona atesa o el seu entorn familiar o de la persona cuidadora amb aquest professional.
- l) Valoració de l'experiència d'atenció de les persones, a través d'eines qualitatives o quantitatives, tant de les persones com del seu entorn familiar i de cura, amb relació a l'ús del programa ATDOM.

Imatge. Quadre de comandament del programa ATDOM de l'atenció primària i comunitària. Desembre de 2021

Indicador	Resultat	Numerador	Denominador
QCATD - Quadre de comandament ATDOM			
QCATD01 - Longitudinalitat			
CONT002ATD - Índex del proveïdor assistencial principal (Usual provider of care index) en població ATDOM	63,64	74.448	116.991
CONT002PATD - Índex del proveïdor assistencial principal (Usual provider of care index) PCC o MACA de pobl. ATDOM	62,91	45.398	72.164
QCATD02 - Activitat			
ATD001AD - Visites realitzades en els últims 12 mesos per infermeria (visites a domicili)	8,64	514.380	59.536
ATD003AD - Percentatge de pacients visitats en els últims 12 mesos per infermeria (visites a domicili)	90,49	53.874	59.536
ATD005AD - Visites realitzades en els últims 12 mesos per MFIC (visites a domicili)	2,30	137.111	59.536
ATD007AD - Percentatge de pacients visitats en els últims 12 mesos per MFIC (visites a domicili)	65,85	39.202	59.536
QCATD03 - Perfil ATDOM			
ATD019A - Percentatge pacients MACA	6,32	3.762	59.536
ATD016A - Percentatge pacients PCC	54,76	32.601	59.536
ATD012A - Mitjana de complexitat (GMA) dels pacients ATDOM	17,71	1.054.413	59.536
ATD017A - % de pacients amb Grau dependència II i III dels pacients ATDOM	30,75	18.309	59.536
ATD011A - Mitjana d'edat dels pacients ATDOM	85,32	5.079.430	59.536
QCATD04 - Gestió infermera de la Demanda			
GESTINF01ATD - Percentatge de protocols GID implementats a l'EAP (població ATDOM)	24,21	2.514	10.383
GESTINF04ATD - Percentatge visites GID no derivades sobre el total de visites (població ATDOM)	0,80	8.052	1.001.248
QCATD05 - Cronicitat			
ATD029A - Prevalença d'UPP	7,89	4.695	59.536
ATD031A - Prevalença de nafres venoses	2,40	1.427	59.536
ATD033A - Prevalença d'ulcera vascular isquèmica	0,29	175	59.536
ATD033A1 - Prevalença d'úlceres de peu diabètic	0,66	392	59.536
ATD023A - Percentatge PCC amb PIIC	84,34	27.496	32.601
ATD024A - Percentatge pacients MACA amb PIIC	88,49	3.329	3.762
ATD026A1 - % de pacients que tenen una dependència total (barthel < 20)	6,39	3.803	59.536
ATD026A2 - % de pacients que tenen una dependència moderada-greu (20-59)	29,91	17.806	59.536
ATD027A1 - % de pacients que tenen un deteriorament greu (pleiffer 8-10)	13,30	7.917	59.536
ATD036A - Percentatge de pacients amb pèrdua pes > 10% o IMC<18,5 en 6 mesos	1,95	1.158	59.536
QCATD07 - Prescripció			
ATD050A - Prescripció d'estatines en MACA	21,89	820	3.781
ATD043A1 - Polifarmàcia >10 fàrmacs	11,45	6.817	59.536
ATD043A2 - Polifarmàcia >8 fàrmacs	22,85	13.606	59.536

Font: sistemes d'informació dels serveis d'atenció primària (SISAP).

En un altre ordre de coses, s'identifiquen els **resultats esperats** següents de la implementació del model del programa ATDOM, els quals seran objecte de seguiment i, si escau, d'avaluació:

1. El grau d'implantació del programa ATDOM a escala territorial, a partir de la taxa ajustada de persones incloses en el programa i la seva evolució temporal.
2. La desagregació dels indicadors per sexe, per tal d'analitzar amb perspectiva de gènere i prendre les decisions oportunes.
3. La millora de la longitudinalitat de l'atenció, a partir del percentatge de visites presencials fetes per la infermera o professional de referència.
4. La millora de la qualitat de l'atenció, a partir de la proporció de persones incloses en ATDOM amb una valoració integral de les seves necessitats, amb la identificació, si escau, com a PCC o MACA, i del nombre d'ingressos i reingressos i visites a urgències evitables.
5. El temps que passen les persones incloses en ATDOM al domicili habitual i no hospitalitzades en els darrers dotze mesos.
6. La millora de la seguretat de les persones incloses en ATDOM, a partir de la taxa de caigudes i de fractures òssies en aquest col·lectiu.

7. La millora de la qualitat de vida de les persones incloses en ATDOM, a partir de la prevenció de l'aparició de nafres i les infeccions d'orina en aquest col·lectiu.
8. La identificació de les preferències de les persones incloses en ATDOM i resultats en relació amb el lloc on moren.

7 Destinataris del document

Amb l'objectiu de fer conèixer el model, facilitar-ne l'aplicació i d'aquesta manera contribuir a produir una transformació efectiva en la manera en què es fa aquesta prestació, es preveuen diverses accions de difusió. A títol orientatiu, aquestes accions inclouen l'edició d'infografies, formació i presentacions a les xarxes socials. El públic objectiu a qui s'adreçaran són:

- els responsables de les administracions implicades, gestors del SISCAT i directius sanitaris,
- els professionals que treballen en l'atenció directa en el domicili de les persones,
- els professionals d'altres àmbits assistencials relacionats i altres sectors d'activitat, singularment els serveis socials,
- les persones que reben l'atenció, així com el seu entorn familiar i de cura, i
- la població general.

Els materials de suport a la difusió es poden consultar a la pàgina web: salutweb.gencat.cat/apic.

Elements clau del model APiC



Referències bibliogràfiques

- ¹ Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Departament de Salut, 2021. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf.
- ² Idescat. Projeccions de població. Població projectada a 1 de gener de 2030 segons el sexe i grans grups d'edat. Escenari mitjà (base 2021). Disponible a : <http://www.idescat.cat/pub/?id=proj&n=14566&t=202100>.
- ³ Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari. Departament de Salut i Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, 2022. Disponible a: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/domiciliaria/model-aiss-entorn-domiciliari.pdf>.
- ⁴ Encuesta sobre personas mayores. 2010. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible a: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf.
- ⁵ Medina-Bustos A, Mompert-Penina A, Rosean-Arumí X, Rubio-Cillán A, Vergara-Garcia F, Zaragoza-Cosin S. Guia per introduir la perspectiva de gènere en la planificació en salut. 4a ed. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021.
- ⁶ Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman R, G. Home Care across Europe. Copenhagen: WHO, 2013
- ⁷ Liimatta H, Lampela P, Laitinen-Parkkonen P, Pitkala KH. Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. *Scand J Prim Health Care*. 2019 Mar; 37(1):90-97.
- ⁸ Liimatta HA, Lampela P, Kautiainen H, Laitinen-Parkkonen P, Pitkala KH. The Effects of Preventive Home Visits on Older People's Use of Health Care and Social Services and Related Costs. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020 Jul 13; 75(8):1586-1593.
- ⁹ Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2017 Feb 1; 356:j84.
- ¹⁰ Tammes P, Purdy S, Salisbury C, MacKichan F, Lasserson D, Morris RW. Continuity of Primary Care and Emergency Hospital Admissions Among Older Patients in England. *Ann Fam Med*. 2017 Nov 15(6):515-522. doi: 10.1370/afm.2136.
- ¹¹ Guo JY, Chou YJ, Pu C. Effect of Continuity of Care on Drug-Drug Interactions. *Med Care*. 2017 Aug;55(8):744-751. doi: 10.1370/afm.
- ¹² Kao YH, Lin WT, Chen WH, Wu SC, Tseng TS. Continuity of outpatient care and avoidable hospitalization: a systematic review. *Am J Manag Care*. 2019 Apr 1;25(4):e126-e134.

- ¹³ Bjerck M, Brovold T, Skelton DA, Liu-Ambrose T, Bergland A. Effects of a falls prevention exercise programme on health-related quality of life in older home care recipients: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2019 Mar 1;48(2):213-219
- ¹⁴ Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley DC, Quinn TJ, Hooft L, van Munster BC, Stott DJ. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 3;4(4):CD009844.
- ¹⁵ De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Aug;65(8):1863-1869.
- ¹⁶ Szanton SL, Leff B, Li Q, Breyse J, Spoelstra S, Kell J, Purvis J et al. CAPABLE Program improves disability in multiple randomized trials. *J Am Geriatr Soc*. 2021 Jul.
- ¹⁷ Edwards ST, Peterson K, Chan B, Anderson J, Helfand M. Effectiveness of Intensive Primary Care Interventions: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2017 Dec;32(12):1377-1386. doi: 10.1007/s11606-017-4174-z. Epub 2017 Sep 18. Review.
- ¹⁸ Zamora-Sánchez JJ, Zabaleta-Del-Olmo E, Fernández-Bertolín S, Gea-Caballero V, Julián-Rochina I, Pérez-Tortajada G, Amblàs-Novellas J. Profiles of Frailty among Older People Users of a Home-Based Primary Care Service in an Urban Area of Barcelona (Spain): An Observational Study and Cluster Analysis. *J Clin Med*. 2021 May 13;10(10):2106.
- ¹⁹ Cegri F, Orfila F, Abellana RM, Pastor-Valero M. The impact of frailty on admission to home care services and nursing homes: eight-year follow-up of a community-dwelling, older adult, Spanish cohort. *BMC Geriatr*. 2020 Aug 6;20(1):281.
- ²⁰ Orozco-Beltran D, Sánchez-Molla M, Sanchez JJ, Mira JJ; ValCrònic Research Group. Telemedicine in Primary Care for Patients With Chronic Conditions: The ValCronic Quasi-Experimental Study. *J Med Internet Res*. 2017 Dec 15;19(12):e400.
- ²¹ Canca-Sánchez JC, García-Mayor S, Morales-Asencio JM, Gómez-González AJ, Kaknani-Uttumchandani S, Cuevas Fernández-Gallego M. et al. Predictors of health service use by family caregivers of persons with multimorbidity. *J Clin Nurs*. 2021 Apr 25. doi: 10.1111/jocn.15814.
- ²² Del-Pino-Casado R, López-Martínez C, Serrano-Ortega N, Pastor-Bravo MDM, Parra-Anguita L. Obligation and negative consequences in primary caregivers of dependent older relatives. *PLoS One*. 2018 Sep 7;13(9):e0203790.
- ²³ NICE. Home care for older people. Quality standard [QS123]. London: NICE, 2016. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs123>.
- ²⁴ Observatori de la mort. La mort a Catalunya. Dades 2017. Infografia. Barcelona, 2019. Disponible a: https://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/observatori_mort/documents/infografia_mortalitat_2017.pdf.
- ²⁵ Avaluació econòmica dels models organitzatius d'atenció a la cronicitat a l'atenció primària, protocol de l'estudi. Barcelona: Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (Direcció Assistencial i Comunitària, Institut Català de la Salut) i Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2020 [Document d'ús intern].

²⁶ Coordinació de Treball Social de l'ICS. Conceptualització de la valoració social. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2021.

²⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003. Referència: BOE-A-2003-10715. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>.

²⁸ Instrument per a la valoració del nivell de complexitat d'atenció de persones amb cronicitat avançada i necessitats pal·liatives (MACA): HexCom-Red. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11351/7001>.

²⁹ El procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/enapisc/enapisc-cronicitat-complexa.pdf.