

CARTERA DE SERVEIS D'ATENCIÓ INTERMÈDIA



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 6023

Índex

1.Introducció	4
1.1 Reordenació dels recursos específics d'atenció a les persones grans i aquelles amb malalties cròniques avançades	4
2.DISTRIBUCIÓ DISPOSITIUS SEGONS ÀMBIT D'ATENCIÓ I TIPOLOGIA DE CENTRE	6
3.SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA D'AGUTS - MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT	7
4. SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA D'AGUTS o D'ATENCIÓ INTERMÈDIA - MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT i AMBULATORIS.....	11
5.SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA INTERMÈDIA- MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT	17
6.SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA INTERMÈDIA – MODALITATS ASSISTENCIALS DOMICILIÀRIES	23
7.SERVEIS D'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA – MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT	26
8.Annex: Estàndards d'Estructura i Funcionals per la contractació de cadascuna de les unitats i dispositius.....	29

1. Introducció

Aquesta cartera de servei ve derivada del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i del Pla estratègic d'atenció pal·liativa especialitzada de Catalunya, com un dels elements de la transformació de l'atenció sociosanitària a l'atenció intermèdia.

1.1 Reordenació dels recursos específics d'atenció a les persones grans i aquelles amb malalties cròniques avançades

Alguns dels eixos que orienten aquesta reordenació són:

- La unificació de l'àmbit d'atenció hospitalària i sociosanitària en un únic àmbit d'atenció en hospitalització que inclou els hospitals d'aguts i els hospitals d'atenció intermèdia i els mixtos.
- Establiment d'una cartera pròpia específica o especialitzada orientada a donar resposta a les necessitats de les persones grans i aquelles amb malalties cròniques avançades (inclòs els infants i adolescents amb malaltia crònica greu o que limiten la seva vida) des dels equips interdisciplinaris especialitzats en geriatria i aquells amb formació específica de cures pal·liatives. Aquesta cartera no elimina, ni menysté aquella cartera que hagin de desenvolupar altres àmbits, com per exemple l'atenció primària de salut, en l'atenció pròpia que li pertoca al voltant de les persones grans o al final de la vida.
- Aquesta cartera es desenvolupa des de la perspectiva de l'experiència, l'expertesa i l'evidència científica que ha mostrat l'atenció especialitzada geriàtrica i pal·liativa arreu del món i específicament a Catalunya en el marc de la fins ara atenció sociosanitària i, a partir d'ara, atenció intermèdia.
- En l'espai d'atenció integrada vertical entre l'atenció primària de salut i l'atenció hospitalària, l'atenció intermèdia hi juga un paper clau en aportar serveis i prestacions orientades a connectar ambdós àmbits amb la finalitat d'evitar ingressos innecessaris o afavorir les altes precoces des de l'hospital d'aguts. Aquests serveis o prestacions inclourien: participar en l'hospitalització domiciliària, els PADES, els hospitals de dia geriàtrics i les consultes externes interdisciplinaris (a la cartera de serveis anterior, equips d'avaluació integral ambulatoris (EAIA)).

- Aquesta cartera transversal proposa treballar la seva implementació territorial al voltant de les unitats o serveis territorials de geriatria i cures pal·liatives que puguin desenvolupar la mateixa de forma integral, garantint que les persones grans i aquells afectes de malalties cròniques avançades -que tinguin les necessitats específiques que la cartera conté- puguin accedir a una atenció especialitzada de qualitat. En el cas dels infants i adolescents aquestes unitats territorials són els denominats Serveis d'Atenció Pal·liativa Pediàtrica Integral (SAPPI), en el context de la [Xarxa d'Atenció Pal·liativa Pediàtrica Integral \(XAPPI\)](#). Aquestes tenen l'objectiu de garantir l'atenció específica en aquest col·lectiu poblacional.
- Definició de tipus de centre:
 - Hospital d'aguts: Centre d'internament orientat a intervencions d'elevada intensitat, necessitats diagnòstic/terapèutiques complexes, patologia quirúrgica, amb episodis de molt curta durada (habitualment inferior a una setmana) i d'alta resolució.
 - Hospitals d'atenció intermèdia: Entenem com hospital d'atenció intermèdia a aquell centre hospitalari majoritàriament dedicat a atenció especialitzada geriàtrica i atenció pal·liativa que disposa d'una cartera majoritàriament associada a serveis o prestacions on l'objectiu és potenciar l'estabilització i l'autonomia de la persona que li permeti tornar al seu entorn habitual. Existeixen a Catalunya figures híbrides on un mateix centre disposa de cartera d'aguts i d'atenció intermèdia, en funció del pes relatiu de cada tipus de cartera l'hospital es denominarà d'aguts o d'atenció intermèdia, però ambdós estaran en el mateix àmbit (hospitalari) i subjectes a normatives similars (estàndards qualitius, sistemes d'informació per a notificació d'activitat...).
 - Centres d'atenció de llarga durada. Són centres amb llits sanitaris per atendre a persones que requereixen intervencions de cures mantingudes al llarg del temps de baixa intensitat i/o complexitat orientades a l'estabilització de les necessitats de la persona, retorn al seu entorn habitual si és possible o, en cas contrari, permetre una atenció de cures centrada en la persona i el seu entorn familiar. Corresponen entre altres als actuals centres monogràfics de llarga estada.

En funció de la població a atendre, en el cas de les unitats d'hospitalització, o dels episodis a realitzar, en el cas dels equips de suport, es podran establir unitats o equips mixtes, és a dir, geriàtrics i pal·liatius o, en el cas de les unitats de recuperació funcional i continuïtat de cures.

2. DISTRIBUCIÓ DISPOSITIUS SEGONS ÀMBIT D'ATENCIÓ I TIPOLOGIA DE CENTRE

		Atenció d'internament	Atenció ambulatoria/domiciliària	Unitat funcional de geriatría i cures pal·liatives
Àmbit Hospitalari	HOSPITAL D'AGUTS	Unitat de geriatría d'aguts (UGA) Equips de suport hospitalari (ESH)	Consulta externa interdisciplinària (CEI) Hospital de dia d'atenció intermèdia Hospitalització domiciliària intermèdia (HaD)	
		Unitat de cures pal·liatives (UCP)		
	HOSPITAL D'ATENCIÓ INTERMÈDIA	Subaguts Unitat de recuperació funcional Unitat de continuïtat de cures Unitat de psicogeriatría	PADES (Equip de Suport Domiciliari)	
Àmbit Comunitari	CENTRES D'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA	Unitat d'atenció de llarga durada Unitat de dany cerebral adquirit	-	

3. SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA D'AGUTS - MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
TIPUS D'ATENCIÓ	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVUACIÓ
	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
GERIATRIA D'AGUTS (Unitat de Geriatria d'Aguts)	<ul style="list-style-type: none"> Activitats diagnòstiques, terapèutiques i de seguiment durant l'internament fins a l'estabilització de la situació en el context de problema mèdic i/o quirúrgic agut o de reagudització de la seva patologia. Mantenir especificitat del model d'atenció geriàtrica. Treball en equip interdisciplinari i de forma compartida amb altres equips (per exemple COT), orientada a persones grans fràgils. Prevenió del deteriorament funcional durant el procés d'hospitalització. 	<p>Persones amb edat ≥ 85 anys i, en el cas dels menors de 85 anys que tinguin <u>2 o més dels criteris següents</u>, com a mínim una del primer i tercer grup:</p> <p>RELACIONATS AMB EL PROBLEMA AGUT DE LA PERSONA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descompensació de malaltia crònica causant d'ingrés hospitalari. Patologia osteo-articular aguda (Patologia ortopèdica aguda, politraumatisme amb fractures múltiples..) Patologia urològica o vascular que requereixi o no cirurgia. <p>RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ DE COMPLEXITAT / NECESSITATS BASALS DE LA PERSONA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Problemes funcionals (deteriorament o risc de pèrdua). Presència de síndromes geriàtriques (deteriorament cognitiu, síndrome confusional aguda, polifarmàcia, caigudes,...). Alt risc de complicacions en procés quirúrgic pel grau de fragilitat de la persona o l'agressivitat de la intervenció. Necessitats d'atenció socials (dèficit d'autosuficiència) associats al problema de salut que motiva l'ingrés hospitalari. Pacient identificat com a MACA o PCC <p>RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS O NECESSITATS A ATENDRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Necessitat de precisió diagnòstica. Necessitat d'intensitat terapèutica. Necessitat d'intervenció quirúrgica. 	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina. Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). Treball social (TS). Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST)i, terapeutes ocupacionals - TO-). <p><i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i></p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> La majoria dels metge/esses han de tenir l'especialitat de Geriatria i/o de Medicina Interna amb formació específica en geriatria. Com a mínim un 75% dels professionals de medicina seran especialistes en Geriatria. Com a mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per unitat i torn. Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge) i es recomana formació específica en Geriatria i Gerontologia. Es recomana que els professionals de RHB tinguin formació específica en Geriatria / Gerontologia. 	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Estada mitjana global inferior a 9,3 dies i mediana de 7 dies. El 80% dels ingressos tindran una estada d'entre 7 i 10 dies. Taxa de derivació a unitats d'atenció intermèdia inferior a 50% en casos mèdics i quirúrgics. Derivació a Hospitalització Domiciliària entre el 5-10% dels casos (global). Publicació dels informes d'alta abans de 24h a l'HC3. <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <ul style="list-style-type: none"> Mortalitat menor del 15% en els casos mèdics i polivalents i 4% en casos ortogeriàtrics. Taxes de reingrés inferiors al 15% durant els següents 30 dies posteriors a l'alta mèdics i quirúrgics. Fractura de maluc en descàrrega a <10% del total d'intervinguts. Institucionalització a l'alta menor del 14% Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris, abans de 5 dies posteriors a l'alta, a l'HC3.

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
TIPUS D'ATENCIÓ	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ
	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
SUPPORT HOSPITALARI DE GERIATRIA (Equip de suport hospitalari de geriatria)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenció compartida de suport en l'atenció diagnòstica, terapèutica i seguiment durant l'internament fins a l'estabilització o alta del pacient del centre hospitalari d'aguts. ▪ Seguiment proactiu conjunt amb el servei responsable de l'evolució del pacient. ▪ Participació en Unitats Funcionals Transversals per aquelles patologies/situacions més freqüents en el pacient d'edat avançada. ▪ Valoració i pla conjunt de d'adequació de recurs a l'alta segons els criteris definitoris establerts. ▪ Suport a la planificació de l'alta. ▪ Divulgació a l'hospital d'aguts de coneixement geriàtric, funcionament de circuits... ▪ Seguiment de les peticions de derivacions entre recursos. 	<p>Persones adultes (prioritàriament > de 75 anys) ingressades en un hospital d'aguts a càrrec d'un servei que no sigui el Servei de Geriatria o una de les unitats d'atenció compartida (ortogeriatria per exemple) que presenten 2 o més dels criteris següents:</p> <p>RELACIONATS AMB LES CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemes funcionals (deteriorament o risc de pèrdua). ▪ Fragilitat, multimorbiditat. ▪ Presència de síndromes geriàtriques. ▪ Atenció social complexa (dèficit d'autosuficiència) associats al problema de salut que motiva l'ingrés hospitalari. ▪ Pacient identificat com PCC o amb criteris tot i no estar identificat. <p>RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS O NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessitat de precisió diagnòstica. ▪ Necessitat d'intensitat terapèutica. ▪ Necessitat d'atenció geriàtrica i/o cures pal·liatives especialitzada per a la presa de decisions. <p>A més, i sense ser el motiu principal de consulta cal assegurar la continuitat assistencial a Unitats d'Atenció Intermèdia, de Llarga Durada o de suport domiciliari.</p>	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina ▪ Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). ▪ Treball social (TS) <p>* composició mínima de l'equip un de cadascuna d'aquestes disciplines. Número d'equips en funció del número d'episodis.</p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <p>Metge/esses i infermeres: amb formació específica en geriatria i/o avançada en cures pal·liatives acreditada.</p> <p>Es recomana metge/esses i infermeres amb l'especialitat de Geriatria. També Medicina Interna i/o Medicina Família amb formació específica en geriatria. Les treballadores socials han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge) i es recomana formació específica en Geriatria i Gerontologia.</p>	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <p>Nous casos anuals per equip: 300/400</p> <p>% de les persones majors de 75 anys ingressades a aguts ateses Valoració geriàtrica integral i pla d'atenció individualitzat en el 90% dels casos avaluat.</p> <p>Participació en unitats funcionals (ex. Cardiologia, oncologia, salut mental, etc.; procés assistencial i detecció precoç al malalt en risc (SCA, pèrdua funcional durant l'ingrés,...).</p> <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <p>Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris, abans de 5 dies posteriors a l'alta, a l'HC3.</p>

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
SUPORT HOSPITALARI DE CURES Pal·liatives (Equip de suport hospitalari de CP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenció compartida de suport en l'atenció diagnòstica, terapèutica i seguiment durant l'internament fins a l'estabilització o alta del pacient del centre hospitalari d'aguts. ▪ Seguiment proactiu conjunt amb el servei responsable de l'evolució del pacient. ▪ Valoració i pla conjunt de adequació de recurs a l'alta segons els criteris definitoris establerts. ▪ Suport a la planificació de l'alta. ▪ Divulgació a l'hospital d'aguts de coneixement de cures pal·liatives, funcionament de circuits... ▪ Seguiment de les peticions de derivacions entre recursos. 	<p>Habitualment persones amb malaltia crònica avançada (prioritàriament NECPAL II i III) que tinguin <u>2 o més dels criteris següents (1 grup A i 1 o més grup B)</u> (inclòs infants amb malaltia crònica greu que limita la seva vida):</p> <p>A. RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA PERSONA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultat de control de símptomes difícils ▪ Atenció psicosocials complexes de la persona i/o entorn associats al problema de salut que motiva l'ingrés ▪ Malestar Emocional intens <p>B. RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS O NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessitat de continuïtat de tractaments mèdics de control de símptomes ▪ Necessitat d'intensitat terapèutica (variable en funció de les característiques de la persona) ▪ Necessitat d'intervenció psicosocial complexa ▪ Situació d'últims dies ▪ Necessitats de maneig farmacològic complex per a control simptomàtic <p>C. RELACIONATS AMB ALGUNS DIAGNÒSTICS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oncològics ▪ No oncològics 	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina. ▪ Infermeria. ▪ Treball social (TS). ▪ Psicologia. <p>* composició mínima de l'equip un de cadascuna d'aquestes disciplines. Número d'equips en funció del número d'episodis.</p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metge/esses i infermeres: amb formació específica avançada en cures pal·liatives acreditada. ▪ Es recomana formació específica en cures pal·liatives per a la resta de membres de l'equip. ▪ Diploma acreditatiu a tots els professionals que hi treballin (o un nombre de professionals) ▪ Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge). 	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoració multidimensional i pla d'atenció individualitzat en el 90% dels casos avaluat. ▪ Participació en unitats funcionals (ex. Cardiologia, oncologia, etc.; procés assistencial) <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processos de PDA realitzats ▪ Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris, abans de 5 dies posteriors a l'alta, a l'HC3.

4. SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA D'AGUTS o D'ATENCIÓ INTERMÈDIA - MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT i AMBULATORIS

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
CURES PAL·LIATIVES (Unitat de Cures Pal·liatives)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenció de pacients complexos: avaluació multidimensional que requereix mesures diagnòstiques complexes o altres especialistes, pla terapèutic i intervenció multidimensional amb accés a serveis propis d'aguts, presa decisions, PDA. ▪ Mantenir especificitat del model d'atenció de cures pal·liatives ▪ Mesures terapèutiques invasives per al control del dolor o altres símptomes associats al final de la vida. 	Habitualment persones amb malaltia crònica avançada (prioritàriament NECPAL II i III) que tinguin 2 o més dels criteris següents (1 grup A i 1 o més grup B) (inclòs Infants amb malaltia crònica greu que limita la seva vida):	EQUIP INTERDISCIPLINARI amb dotació mínima de professionals* de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina. ▪ Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). ▪ Treball social (TS). ▪ Psicologia. ▪ Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) , terapeutes ocupacionals -TO- com a consultors. <i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i>	INDICADORS DE PROCÉS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estada mitjana global: de menys de 7 dies a hospital d'aguts i de menys de 20 dies a AI. ▪ No oncològics > 40%, excepte centres monogràfics. ▪ Destinació al domicili habitual (casa o residència) ≥ al 30%. ▪ Derivació al servei d'urgències des de hospitals d'AI inferior al 10% ▪ Derivació a hospitals d'atenció intermèdia des de hospitals d'aguts no superior al 40% ▪ Institucionalització a l'alta inferior al 15%.
		A. RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA PERSONA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Símptomes de difícils control no assumible a domicili i /o amb tractament o tècniques complexes ▪ Atenció psicosocials complexes de la persona i/o entorn associats al problema de salut que motiva l'ingrés. ▪ Complicacions intercurrents reversibles (infeccions, toxicitat medicació ...) que precisin de continuïtat de cures. ▪ Situació d'últims dies complexa o amb malestar emocional intens. B.RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS O NECESSITATS A ATENDRE: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessitat de continuïtat de tractaments mèdics de control de símptomes. ▪ Necessitat d'intensitat terapèutica (variable en funció de les característiques de la persona). ▪ Necessitat d'intervenció psicosocial complexa. ▪ Situació d'últims dies. ▪ Necessitats de maneig farmacològic complex per a control simptomàtic. C. RELACIONATS AMB ALGUNS DIAGNÒSTICS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oncològics. ▪ No oncològics. 		

QUÈ?	PER A QUI?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ		ON?	
		QUI?	COM?	RECURS ASSISTENCIAL (dispositiu/estructura)	
ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL (Organitzatiu)	INDICADORS D'AVALUACIÓ	RECURS ASSISTENCIAL (dispositiu/estructura)	
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	Lloc (dispositiu segons intensitat)/Modalitats assistencials	
CONSULTA EXTERNA INTERDISCIPLINÀRIA	ACTIVITAT DIAGNÒSTICA / DISSENY PLA ASSISTENCIAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnòstic i avaluació interdisciplinària i integral. ▪ Establiment de Pla individualitzat interdisciplinari i compartit amb la persona. ▪ Establiment d'un pla terapèutic conjunt i coordinat amb altres àmbits assistencials. ▪ Revisió del pla terapèutic i farmacològic amb l'atenció primària de salut. ▪ Informar i orientar persona i els seu entorn cuidador del seu diagnòstic i pla d'atenció. ▪ Seguiment planificat de forma coordinada amb atenció primària o altres especialistes (si s'escau). ▪ Atenció a l'entorn cuidador de la persona. ▪ En cas d'atenció a persona amb deteriorament cognitiu o demència, de forma específica, diagnòstic i seguiment dels símptomes psicològics i conductuals lligats a la demència. 	<p>Persones prioritàriament majors de 65 anys remeses des de l'Atenció primària i comunitària o altres especialitats hospitalàries, que presenten 2 o més dels criteris següents:</p> <p>RELACIONATS AMB LES CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemes funcionals (deteriorament de causa no filiada). ▪ Fragilitat / Multimorbiditat amb presència de síndromes geriàtriques: deteriorament cognitiu, sd. confusional aguda, polifarmàcia, caigudes,... i de símptomes difícils. ▪ Necessitats d'atenció social (déficit d'autosuficiència). ▪ Pacient afectat de malaltia crònica avançada (MACA) o amb condicions cròniques i necessitats complexes (PCC). ▪ Sospita de malaltia neurodegenerativa que cursa amb deteriorament cognitiu i es requereix d'una confirmació diagnòstica. ▪ Persones amb deteriorament cognitiu lleu en la que s'han descartat causes secundàries i que requereixen una avaluació i detecció primerenca de malaltia neurodegenerativa. ▪ Persones amb un deteriorament cognitiu ràpidament progressiu o alteracions conductuals rellevants i per seguiment. 	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina. ▪ Infermeria. ▪ Treball social (TS). ▪ Psicòleg/a clínic, en el cas d' CEI Trastorn Cognitiu/Demència. <p><i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i></p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metges/ses i infermeres: amb formació amb formació específica en geriatria i/o avançada en cures pal·liatives acreditada. ▪ Es recomana metge/essa amb l'especialitat de Geriatria. També Medicina Interna i/o Medicina Família amb formació específica en geriatria. ▪ Com a mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per CEI de geriatria. ▪ Els/les treballadors/es socials han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge) i es recomana formació específica en Geriatria i Gerontologia. ▪ Es recomana que el psicòleg/a clínic/a tingui formació avançada (mestratge) en neuropsicologia (CEI TC/DEM). 	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Índex de reiteració no superior a 3. ▪ Primera visita en cas de derivació. preferent en menys 8 dies des d'atenció primària de salut casos preferents. ▪ Primera visita ordinària en menys de 2 mesos en més del 75% dels casos. <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris abans de 5 dies posteriors a la visita a l'HC3. ▪ Informe d'avaluació interdisciplinari i pla d'atenció en el 100% dels casos en les primeres visites. 	<p>CEI de Cures Pal·liatives</p> <p>CEI de Trastorns Cognitius / Demència</p> <p>CEI de Geriatria</p> <p>Consulta d'Avaluació i seguiment</p>
		ACTIVITATS DE SEGUIMENT			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguiment del Pla individualitzat interdisciplinari i del pla terapèutic i farmacològic de forma coordinada amb atenció primària o altres especialistes (si s'escau) ▪ Seguiment dels símptomes: SCPD, dolor... ▪ Seguiment dels símptomes i necessitats psicològiques i emocionals associades a les malalties cròniques avançades i/o final de vida. ▪ Atenció a l'entorn cuidador de la persona, impacte familiar o risc de dol complicat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persones amb malalties avançades i símptomes de difícil control i/o problemàtica psicosocials molt complexa. <p>RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS o NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amb l'objectiu que son remesos des de l'Atenció primària de Salut o d'altres especialistes hospitalàries per: <ul style="list-style-type: none"> - Avaluació multidimensional de la persona gran o amb necessitats complexes. - Necessitat de presa de decisions i pla terapèutic individualitzat interdisciplinari compartit amb la persona i el seu entorn cuidador i l'equip de referència. ▪ Necessitat de revisar la presa de decisions i el pla terapèutic individualitzat interdisciplinari compartit amb la persona i el seu entorn cuidador i l'equip de referència 			
--	--	--	--	--	--

QUÈ?	PER A QUI?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ		ON?	
		QUI?	COM?	RECURS ASSISTENCIAL (dispositiu/estructura)	
ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL (Organitzatiu)	INDICADORS D'AVUACIÓ	RECURS ASSISTENCIAL (dispositiu/estructura)	
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	Lloc (dispositiu segons intensitat) /Modalitats assistencials	
HOSPITAL DE DIA D'ATENCIÓ INTERMÈDIA	<p>COMÚ A TOTS ELS PROCESSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Atenció terapèutica, de seguiment i de rehabilitació per assolir l'estat basal o la màxima recuperació possible. Fomentar la màxima autonomia de la persona des de la vessant rehabilitadora a la de cures. Establiment de plans d'atenció i seguiment individualitzats, interdisciplinaris i compartits amb la persona i l'equip referent del pacient, freqüentment l'equip d'atenció primària. Gestió del cas. Support a la planificació de l'alta. Protocols consensuats territorial amb H. aguts per tractaments programats. <p>PROCESSOS TERAPÈUTICS LIMITATS EN EL TEMPS</p> <p>Aquests processos tenen com objectiu la disminució o el retard de la pèrdua funcional, evitar urgències i ingressos inadequats a hospitals d'aguts o d'atenció intermèdia, i retardar la institucionalització en residències.</p>	<p>Persones de qualsevol edat, prioritàriament majors de 75 anys, que compleix 2 o més dels criteris següents:</p> <p>RELACIONATS AMB LES CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> Persona afectada de malalties o processos crònics complexos i/o situació de crisi. Presència de síndromes geriàtriques amb maneig ambulatori. Deteriorament funcional establert amb possibilitats de rehabilitació o manteniment. Sense necessitats d'atenció social (capacitat d'autosuficiència). <p>RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS O NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Necessitat de tractament rehabilitador de més d'una teràpia, d'intensitat adaptable a possibilitats funcionals de la persona. Necessitat de tractaments de control de símptomes difícils. Necessitat de cures complexes. Necessitat de mesures integrals de suport d'intensitat terapèutica variable per estabilització clínica en funció de les característiques de la persona. <p>Pot haver diferents grups diana receptors de programes limitats en el temps i definir per cadascun d'ells les característiques d'utilització de l'HD-AI.</p>	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina. Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). Treball social (TS). Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) i/o terapeutes ocupacionals (TO)). <p><i>* amb dotació i capacitació de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i></p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> Metge/esses i infermeres mínim 75% dels professionals de medicina especialistes en geriatría, idealment una infermera especialista però com a mínim amb formació específica en geriatría acreditada. Es recomana formació específica en Geriatría i Gerontologia per a la resta de membres de l'equip. En els processos de rehabilitació funcional es comptarà amb fisioterapeutes, logopedes i terapeutes ocupacionals amb formació en Geriatría i Gerontologia. En els processos amb rehabilitació cognitiva es comptarà amb un psicòleg/a clínic/a amb formació amb neuropsicologia. <p>Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge).</p>	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Publicació en l'HC3 es realitzi dins de les 24h posteriors a l'alta en un determinat percentatge mínim del informes mèdics d'alta dels hospitals de dia geriàtrics publicats. Millora funcional de la capacitat física en un determinat percentatge mínim d'episodis rehabilitadors de l'hospital de dia geriàtric. Eficiència i qualitat científicotècnica de l'Hospital de dia. Publicació dels plans terapèutics individualitzats interdisciplinaris abans de 5 dies posteriors a l'ingrés a Hospital de dia a l'HC3. 	<p>Hospital de dia d'Atenció Intermèdia</p> <p>PROCESSOS TERAPEUTICS:</p> <p>PREVENCIÓ DE CAIGUDES I PREVENCIÓ DE FRACTURES PER FRAGILITAT</p> <p>CURES COMPLEXES D'INFERMERIA</p> <p>REHABILITACIÓ FÍSICA</p> <p>MANEIG D'ORTESI</p> <p>PERSONES AMB DETERIORAMENT COGNITIU LLEU O MODERAT</p> <p>ATENCIÓ A LES CRISIS I TRACTAMENTS ESPECÍFICS</p> <p>PERSONES AMB MALALTIES NEURODEGENERATIVES CRÒNIQUES EN FASE LLEU O MODERADA.</p> <p>Document Propostes per a l'hospital de dia sociosanitari</p>

QUÈ?		PER A QUI?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ		ON?
			QUI?	COM?	RECURS ASSISTENCIAL (dispositiu/estructura)
	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL (Organitzatiu)	INDICADORS D'AVALUACIÓ	
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-	Lloc (dispositiu segons intensitat) /Modalitats assistencials
HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA ATENCIÓ INTERMÈDIA	<ul style="list-style-type: none"> Dispositiu d'atenció intermèdia especialitzat d'atenció al pacient fràgil i amb complexitat d'atenció en situació de crisi que pot ser atesa a domicili. Intervenció basada en complexitat i intensitat de maneig alternatiu a l'ingrés en AH o AI derivat des de urgències o AP. En funció del model del territori també derivats des d'equips de suport domiciliaris. Alta precoç AH o AI. Equips de resposta ràpida en pacients prèviament coneguts Establir nivell assistencial i planificació de decisions anticipades (PDA). Procediments diagnòstics propis de HaD Procediments terapèutics propis de HaD, inclou MHDA i transfusió / hemoderivats i cures complexes. Atenció telemàtica <p>Coordinació amb recursos socials si escau.</p>	<p>Persones amb fragilitat, multimorbiditat i en situacions de complexitat evolucionada (PCC) susceptible d'atenció a domicili o residència amb els següents criteris:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criteris clínics d'ingrés hospitalari a atenció intermèdia. Diagnòstic establert, absència de criteris de monitoratge intensiu i que no requereix un procediment diagnòstic o terapèutic hospitalari urgent o preferent. Especialment persona grans, pacients de residència, pacients amb dependència ja establerta, pacients amb perfil MACA de primera transició i persones amb demència avançada Amb perfil o criteris de PCC MACA que presenten 2 o més síndromes geriàtriques o bé amb aparició d'una síndrome nova del tipus: <ul style="list-style-type: none"> Deteriorament cognitiu Sd confusional agut Deteriorament funcional agut o subagut Caigudes de repetició Incontinència Ferides complexes (nafres per pressió, ferides vasculars, ...) Immobilitat o dependència establerta Desnutrició o disfàgia <p>REQUERIMENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> Acceptació explícita del pacient. Domicili amb telèfon i condicions higièniques Existència de cuidador/a principal i domicili adequats a les necessitats del pacient. Absència d'alteracions conductuals greus. Isòcrones < 40 minuts. 	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Territorial amb dotació mínima de professionals de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina. Infermeria. Professionals de suport: treball social, de Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) i/o terapeutes ocupacionals (TO). Suport del servei de farmàcia hospitalària. <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> Metge/esses i infermeres: amb formació específica en geriatria. Com a mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per equip. Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge). 	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Estada mitjana global inferior a 10 dies. El 80% dels episodis tindran una estada inferior a 13 dies. Procedència: <ul style="list-style-type: none"> Des d'atenció primària i/o CUAP > 40%. Des d'Urgències hospitalàries i Hospitals de dia d'aguts o d'Atenció Intermèdia. Accessibilitat des de urgències/comunitat, inferior a 12h >80%. <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <ul style="list-style-type: none"> Mortalitat inferior al 10% Percentatge estimat de derivació a: <ul style="list-style-type: none"> -H. aguts: <10% -Unitats de Recuperació funcional o de continuïtat de cures posteriors a l'alta < 10% Taxes de reingrés inferior al < 10% durant els següents 30 dies posteriors a l'alta. 	<p>HaD AI</p> <ul style="list-style-type: none"> Ha de seguir el Model Organitzatiu d'Hospitalització a Domicili de Catalunya. Integració funcional a plataforma HaD territorial única. Treball a l'àmbit comunitari amb objectiu d'establir abordatge d'atenció integrada vertical entre APiC i AI <p>Intensitat mitjana:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemodinàmicament estable. No necessitat de drogues vasoactives. No necessitat de tecnologia complexa per a diagnòstic. Nivell assistencial definit: no candidats a UCI.

5. SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA INTERMÈDIA- MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
ATENCIÓ SUBAGUDA (Unitat de subaguts)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activitats diagnòstiques i terapèutiques durant l'internament de pacients que presenten una descompensació de les seves malalties cròniques de base que requereix control continuat que no es factible fer a domicili, però no requereix d'internament a aguts. ▪ Mantenir les especificitats del model d'atenció geriàtric. ▪ Prevenició del deteriorament funcional durant el procés d'hospitalització i altres complicacions derivades de la hospitalització. 	<p>Prioritàriament persones amb edat superior als 75 anys (no excloent) que tinguin 2 o més dels criteris següents (1 grup A i 1 o més grup B):</p> <p>A. RELACIONATS AMB EL PROBLEMA AGUT DE LA PERSONA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descompensació de malaltia crònica causant d'ingrés hospitalari. ▪ Patologia aguda de baixa complexitat (urològica, digestiva...) <p>B. RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ DE COMPLEXITAT / NECESSITATS BASALS DE LA PERSONA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemes funcionals. ▪ Fragilitat / Multimorbiditat. ▪ Presència de síndromes geriàtriques. ▪ Necessitats d'atenció social associades al problema de salut que motiva l'ingrés hospitalari. ▪ Pacient amb necessitats complexes identificades com a MACA o PCC. 	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina ▪ Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). ▪ Treball social (TS) ▪ Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST), terapeutes ocupacionals (TO)). <p><i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i></p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metgesses i infermeres: mínim 75% dels professionals de medicina especialistes en geriatría, mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per unitat i la resta amb formació específica en geriatría acreditada. ▪ Es recomana formació específica en Geriatría i Gerontologia per a la resta de membres de l'equip. ▪ Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge). 	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estada mitjana global inferior a 10 dies. El 80% dels episodis tindran una estada inferior a 13 dies. ▪ Procedència: ▪ Des d'atenció primària i/o CUAP > 15%. ▪ Des d'Urgències hospitalàries i Hospitals de dia d'aguts o d'atenció intermèdia. ▪ Accessibilitat des d'urgències/comunitat inferior a 24h >80%. <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalitat inferior al 20%. ▪ Altes al domicili habitual (casa o residència): 70% ▪ Percentatge estimat de derivació a Unitats de Recuperació funcional o de continuïtat cures posteriors a l'alta < 10% ▪ Taxes de reingrés inferior al 15% durant els següents 30 dies posteriors a l'alta. ▪ Rehabilitació: inici abans de les 48h d'ingrés (no afegir tant els dies concrets) ▪ Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris abans de 5 dies posteriors a l'HC3.

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
ACTIVITAT		COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
RECUPERACIÓ FUNCIONAL (Unitat de recuperació funcional)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenció de rehabilitació per assolir l'estat basal o la màxima recuperació possible. ▪ Fomentar la màxima autonomia de la persona des de la vessant rehabilitadora a la de cures. ▪ Suport psicoemocional relacionat amb la pèrdua i adaptació a la nova situació. ▪ Mantenir les especificitats del model d'atenció geriàtric. 	Persones que independentment de l'edat tinguin 2 o més dels criteris següents (1 grup A i 1 o més grup B) :	EQUIP INTERDISCIPLINARI amb dotació mínima de professionals* de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina ▪ Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). ▪ Treball social (TS) ▪ Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) ,terapeutes ocupacionals (TO) <i>*amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i>	INDICADORS PROCÉS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estada mitjana global El 50% dels ingressos tindran una estada inferior a 30 dies. ▪ Destinació al domicili habitual (casa o residència) superior al 60-70%. ▪ Derivació al servei d'urgències inferior al 10%. ▪ Derivació a llarga estada inferior al 10%. INDICADORS RESULTATS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalitat inferior al 15%. ▪ Millora funcional en el 60-80% (veure procés). ▪ Eficiència rehabilitadora hauria de ser superior al 0.5 punts de Barthel per dia en més del 80% dels pacients. ▪ Monitoritzar reingressos i mortalitat a 90 dies. ▪ Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris abans de 5 dies posteriors a l'alta a l'HC3. PROCESSOS ORTOGERIÀTRICS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estada mitjana < 35 dies. El 30% dels ingressos tindran una estada <15 dies. ▪ Eficiència rehabilitadora d'1 punt de Barthel per dia en almenys el 80% dels pacients. PROCESSOS NEUROREHABILITADORS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estada mitjana global inferior a 65 dies. ▪ Institucionalització a l'alta inferior a 17% (baixa complexitat) o 35% (alta complexitat).
		A. RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA PERSONA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pèrdua funcional en les activitats de la vida diària (AVD). Assegurant que no requereix mesures pròpies d'una fase aguda i es coneix diagnòstic de la malaltia precipitant. ▪ Adaptació de la discapacitat ▪ Necessitats d'atenció social (dèficit d'auto-suficiència) associats al problema de salut que motiva l'ingrés. ▪ Contraindicació per a començar tractament rehabilitador per risc de descompensació o empitjorament clínic. B. RELACIONATS AMB ALGUNS DIAGNÒSTICS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologia ortogeriàtrica post-aguda. ▪ Patologia neurològica. ▪ Estabilització d'insuficiència d'òrgan amb pronòstic incert i/o necessitats de RHB integral. C. RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS o NECESSITATS A ATENDRE Necessitat d' intensitat rehabilitadora variable (en funció de les característiques de la persona).		

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
CONTINUÏTAT DE CURES (Unitat de continuïtat de cures)	<ul style="list-style-type: none"> Atenció terapèutica, de seguiment per assolir l'estabilització de la patologia mèdica o ferides. Atenció a les cures de ferides complexes, no assumibles al domicili o amb pèrdua funcional associada Estabilització de la patologia mèdica, un cop superat el procés agut. Suport psicoemocional relacionat amb la pèrdua i adaptació a la nova situació. Mantenir les especificitats del model d'atenció geriàtric. 	<p>Persones que independentment de l'edat tinguin 2 o més dels criteris següents (1 grup A i 1 o més grup B):</p> <p>A. RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA PERSONA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuïtat de tractament no assumible a domicili, un cop resolta fase aguda. Necessitats d'atenció social (dèficit d'auto-suficiència) associats al problema de salut que motiva l'ingrés. Complicacions clíniques derivades de l'atenció aguda o presència de síndromes geriàtrics que precisin de continuïtat de cures. Estabilització de les complicacions clíniques derivades de l'atenció aguda. <p>B. RELACIONATS AMB ALGUNS DIAGNÒSTICS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cures i seqüeles de patologies quirúrgiques. Patologies infeccioses. <p>C. RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS o NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Necessitat de continuïtat de tractaments mèdics. <p>Necessitat d'intensitat terapèutica (variable en funció de les característiques de la persona).</p>	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). Treball social (TS) Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) ,terapeutes ocupacionals (TO). <p><i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i></p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> Metge/esses i infermeres: mínim 75% dels professionals de medicina especialistes en geriatría, mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per unitat i la resta amb formació específica en geriatría acreditada. Es recomana formació específica en Geriatría i Gerontologia per a la resta de membres de l'equip. Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge). 	<p>INDICADORS PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Estada mitjana global El 50% dels ingressos tindran una estada inferior a 30 dies. Destinació al domicili habitual (casa o residència) superior al 60-70%. Derivació al servei d'urgències inferior al 10%. Derivació a llarga estada inferior al 10%. <p>INDICADORS RESULTATS</p> <ul style="list-style-type: none"> Mortalitat inferior al 15%. Monitoritzar reingressos i mortalitat a 90 dies. Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris abans de 5 dies posteriors a l'alta a l'HC3.

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ		
			QUI?	COM?	
ACTIVITAT		COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ	
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-	
ATENCIÓ PSICOGERIÀTRICA (Unitat psicogeriatrica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descompensació clínica de les seva malaltia de base simptomàtica per alteracions conductuals o per altres malalties intercurrents. ▪ Atenció terapèutica, de seguiment i de rehabilitació per assolir l'estat basal o la màxima recuperació possible. ▪ Fomentar la màxima autonomia de la persona des de la vessant rehabilitadora a la de cures. ▪ Suport psicoemocional relacionat amb la pèrdua i adaptació a la nova situació. 	Habitualment persones amb edat superior a 75 anys (no excloent) que tinguin 2 o més dels criteris següents (1 grup A i 1 o més grup B) : A. RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA PERSONA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pèrdua funcional en les activitats de la vida diària (AVD). Assegurant que no requereix mesures pròpies d'una fase aguda i es coneix diagnòstic de la malaltia precipitant. ▪ Necessitats d'atenció social (déficit d'auto-suficiència) associats al problema de salut que motiva l'ingrés. ▪ Presència de síndromes geriàtriques que ocasionin presència de SCPD i precisin de continuïtat de cures. Taula de Síntomes conductuals i psicològics en la demència (SCPD):	EQUIP INTERDISCIPLINARI Amb dotació mínima de professionals* de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina. ▪ Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). ▪ Treball social (TS). ▪ Psicòloga clínica expert en neuropsicologia. ▪ Suport a demanda especialista psiquiatria. ▪ Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) , terapeutes ocupacionals (TO). <i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i>	INDICADORS DE PROCÉS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estada mitjana global: el 50% dels ingressos tindran una estada inferior a 30 dies. ▪ Destinació al domicili habitual (casa o residència) superior al 60-70%. ▪ Derivació al servei d'urgències inferior al 10%. ▪ Derivació des d'AP/urgències/residència ▪ Accessibilitat a la unitat: 12h x 365 dies INDICADORS DE RESULTAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ No pèrdua funcional en >90% dels casos. ▪ Milloria objectivada (ex: NPI) dels SCPD en el 90% dels casos a l'alta. ▪ Mortalitat inferior al 15%. ▪ Monitoritzar reingressos i mortalitat a 90 dies ▪ Publicació dels plans individualitzats interdisciplinaris abans de 5 dies a l'alta a l'HC3. 	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Síntomes psicològics</th> <th>Síntomes conductuals</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idees delirants: robatori, abandó, infidelitat. ▪ Al·lucinacions (sobretot visuals). ▪ Falsos reconeixements i errors. ▪ Queixes d'identificació. ▪ Canvis de personalitat. ▪ Síntomes depressius. ▪ Apatia. ▪ Angoixa. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deambulació erràtica. ▪ Agitació (amb o sense agressivitat verbal o física). ▪ Reaccions catastròfiques. ▪ Queixes continuades. ▪ Negativisme. ▪ Intrusivitat. ▪ Desinhibició. ▪ Trastorn de l'alimentació. ▪ Trastorns del son. </td> </tr> </tbody> </table>	Síntomes psicològics	Síntomes conductuals	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idees delirants: robatori, abandó, infidelitat. ▪ Al·lucinacions (sobretot visuals). ▪ Falsos reconeixements i errors. ▪ Queixes d'identificació. ▪ Canvis de personalitat. ▪ Síntomes depressius. ▪ Apatia. ▪ Angoixa.
Síntomes psicològics	Síntomes conductuals				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idees delirants: robatori, abandó, infidelitat. ▪ Al·lucinacions (sobretot visuals). ▪ Falsos reconeixements i errors. ▪ Queixes d'identificació. ▪ Canvis de personalitat. ▪ Síntomes depressius. ▪ Apatia. ▪ Angoixa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deambulació erràtica. ▪ Agitació (amb o sense agressivitat verbal o física). ▪ Reaccions catastròfiques. ▪ Queixes continuades. ▪ Negativisme. ▪ Intrusivitat. ▪ Desinhibició. ▪ Trastorn de l'alimentació. ▪ Trastorns del son. 				

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contraindicació per a començar tractament rehabilitador per complicacions associades als SCPD o deteriorament cognitiu o empitjorament clínic. ▪ Complicacions clíniques derivades de l'atenció aguda o presència de síndromes geriàtriques que precisin de continuïtat de cures. <p>B. RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS o NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessitat d'intensitat terapèutica per estabilització clínica en funció de les característiques de la persona. ▪ Necessitats de maneig farmacològic i no farmacològic complex de les SCPD. ▪ Necessitats de cures complexes que no es poden subministrar a domicili i que no son exclusives de ser proporcionades a l'àmbit hospitalari d'aguts. <p>Necessitat d'intensitat rehabilitadora variable (en funció de les característiques de la persona).</p>		

6. SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA INTERMÈDIA – MODALITATS ASSISTENCIALS DOMICILIÀRIES

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
ACTIVITAT		COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	INDICADORS D'AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programes	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
PADES EQUIP DE SUPPORT DOMICILIARI	<ul style="list-style-type: none"> Dispositiu de treball a l'àmbit comunitari d'atenció pal·liativa, amb objectiu d'establir abordatges d'atenció integrada vertical amb APiC. Assessorament, intervenció i atenció de suport a l'APIC (a petició d'aquesta) per pacients en situació de malaltia crònica avançada ja sigui en primera o segona transició pal·liativa, que necessiten la interdisciplinarietat, l'expertesa i especialització pal·liativa. També de suport a professionals de residències Intervenció ràpida a petició específica de dispositius hospitalaris (necessària comunicació amb APIC) en persones en situació de necessitats pal·liatives urgents. Intervenció basada en complexitat (segons Hex-Com Red) i intensitat d'atenció (7x12) amb visió territorial (cobertura de suport i ingrés urgent 7x24). Assegurar el procés de presa de decisions promovent la planificació de decisions i voluntats anticipades que inclou el nivell assistencial (PDA i DVA). 	<p>El target serien bàsicament:</p> <ol style="list-style-type: none"> els pacients identificats o amb perfil MACA, tant de primera com de segona transició, amb complexitat. els pacients identificats o amb perfil PCC, amb multimorbiditat i fragilitat avançada susceptible d'atenció directa a domicili o a residència. <p>Atén a persones remeses des de l'APiC o altres especialitats hospitalàries, independentment de l'edat. Habitualment presenten 2 o més dels criteris següents:</p> <p>RELACIONATS AMB LES CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> Fragilitat i Multimorbiditat. Presència de síntomes difícils o de síndromes geriàtriques de difícil maneig. Necessitats psicosocials complexes. Presència de situació de crisi de salut que amenaça la permanència a la residència o al seu domicili. Estar identificat com a MACA o PCC. Criteris de complexitat relacionat amb les necessitats de la persona, el seu entorn o la seva atenció. <p>RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS o NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Necessitat de precisió del diagnòstic situacional. Necessitat de més intensitat terapèutica per descompensació en la situació basal. Necessitat de suport en la presa de decisions (nivell assistencial, planificació de decisions anticipades...). Evitar el trasllat de la persona a urgències i/o l'ingrés inadequat a hospital (aguts o d'atenció intermèdia). 	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Amb dotació com a mínim de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina. Infermeria. Treball social (TS) <i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i> Support psicològic. Support del servei de farmàcia hospitalària. Support de fisioteràpia. <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> Metge/esses i infermeres: amb formació avançada en cures pal·liatives acreditada i/o específica en geriatría. Com a mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per equip. Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge) i es recomana formació específica en cures pal·liatives. 	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivacions a urgències. Derivacions hospitalàries. Plans d'atenció conjunts. 90% contacte dintre de les primeres 24 h no presencial. 1er contacte presencial a les 48-72h per qualsevol professional de l'equip. <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <ul style="list-style-type: none"> % èxit a domicili no inferior a 40% Pacients no oncològics no inferior al 40% Episodis amb durada inferior a 7 dies no superior al 30-35%

7. SERVEIS D'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA – MODALITATS ASSISTENCIALS D'INTERNAMENT

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
ACTIVITAT		COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
ATENCIÓ DE LLARGA DURADA (Unitat de llarga durada)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenció terapèutica, de seguiment global de les necessitats de la persona amb elevada dependència i complexitat clínica que no pot ser assumida a domicili o en un entorn residencial. ▪ Mantenir especificitat del model d'atenció geriàtrica. ▪ Acompanyament i suport psicoemocional, especialment per a la família, relacionat amb la pèrdua i adaptació a la nova situació. ▪ Abordatge preventiu, diagnòstic precoç i tractament de complicacions relacionades amb la situació de gran discapacitat. 	<p>Persones de qualsevol edat (prioritàriament >65 anys) que compleixen a més 2 o més dels criteris següents:</p> <p>RELACIONATS AMB EL DIAGNÒSTIC DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Persones qualsevol edat tot i que prioritàriament <65 anys, amb fragilitat, i sovint multimorbiditat que han generat diferents nivells de dependència irreversibles i complexitat. <p>RELACIONATS AMB LES CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessitats de cures de salut continuades que no poden ser ateses al domicili de la persona (úlceres complexes, amputacions, descàrregues, etc.) . ▪ Presència d'inestabilitat clínica que precisa supervisió les 24 hores al dia. ▪ Presència de síndromes geriàtriques que impossibiliten maneig adequat a domicili ▪ Necessitats d'atenció social complexa (dèficit d'autosuficiència) associats al problema de salut que motiva l'ingrés hospitalari o no es factible el seu retorn a domicili. <p>RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS o NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sovint persones amb deteriorament cognitiu i problemes de comportament. ▪ Necessitat de tractament rehabilitador variable en funció de les capacitats de la persones o orientat a evitar complicacions derivades de la immobilitat de llarga durada <p>Necessitat de gestionar recurs social definitiu.</p>	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina. ▪ Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). ▪ Treball social (TS). ▪ Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) i/o terapeutes ocupacionals (TO). <p><i>* amb dotació i capacitat de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</i></p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metge/esses i infermeres: mínim 75% dels professionals de medicina especialistes en geriatría, mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per unitat i la resta amb formació específica en geriatría acreditada. ▪ Es recomana formació específica en Geriatría i Gerontologia per a la resta de membres de l'equip. ▪ Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge). 	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estada inferior a 4 mesos >60 % ▪ Destinació al domicili habitual (casa o residència) ≥ al 60%. ▪ Derivació al servei d'urgències inferior al 10% ▪ Destinació a residència, sense institucionalització prèvia <30% ▪ Origen des de AP i unitats de convalsència. ▪ % Ileis dependència realitzades <p>INDICADORS DE RESULTAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalitat < 15% ▪ Disposar de protocols específics de suport psicosocial a l'entorn cuidador i/o família. ▪ Disposar de protocols de prevenció i abordatge de les síndromes geriàtriques ▪ Reunió d'equip en forma de sessió interdisciplinària mínim una vegada a la setmana

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
ACTIVITAT		COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
ATENCIÓ AL DANY CEREBRAL ADQUIRIT (Unitat de dany cerebral adquirit)	<ul style="list-style-type: none"> Atenció terapèutica, de seguiment global de les necessitats de la persona amb elevada dependència i complexitat clínica que no pot ser assumida a domicili o en un entorn residencial. Mantenir especificitat del model d'atenció geriàtrica. Acompanyament i suport psicoemocional, especialment per a la família, relacionat amb la pèrdua i adaptació a la nova situació. Abordatge preventiu, diagnòstic precoç i tractament de complicacions relacionades amb la situació de dany cerebral adquirit (anquilosi, restrenyiment, HTA severa, quadres vasovagals,...). Cures perllongades complexes estomes. <p>Adequació progressiva de la intensitat terapèutica d'acord a l'evolució i pronòstic vital del pacient, d'acord amb entorn familiar en funció del pronòstic i evolució.</p>	<p>Persones de qualsevol edat que compleixen a més 2 o més dels criteris següents:</p> <p>RELACIONATS AMB EL DIAGNÒSTIC DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> Persones qualsevol edat tot i que prioritàriament <65 anys, principalment afectats de dany cerebral (hemorràgia cerebral, ictus, TCE, ...) sense possibilitats de recuperació cognitiva i funcional. Persones de qualsevol edat afectats per malalties de segona motoneurona (ELA, AMP, esclerosi lateral primària,...), evolucionada amb nivells de dependència irreversibles i/o complexitat en les cures. Persones afectes de malalties minoritàries amb nivells de dependència irreversibles i/o complexitat en les cures. <p>RELACIONATS AMB LES CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"> Necessitats de cures continuades que no poden ser ateses al domicili de la persona. Presència d'instabilitat clínica freqüent que precisa d'atenció continuada les 24 hores al dia. Presència de síndromes geriàtriques que impossibiliten maneig adequat a domicili. Sense possibilitat de recuperació, no tributaris de rehabilitació orientada a millora funcional, o en els que la rehabilitació no ha estat possible. En situació de mínima consciència o en coma permanent. Necessitats d'atenció social complexes (dèficit d'autosuficiència) associats al problema de salut que motiva l'ingrés 	<p>EQUIP INTERDISCIPLINARI</p> <p>Amb dotació mínima de professionals* de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina Infermeria (inclou infermeres i tècniques de cures auxiliars infermeria). Treball social (TS) Rehabilitació (inclou fisioterapeutes (FST) i/o terapeutes ocupacionals (TO). <p>* amb dotació i capacitació de personal necessària per atendre les càrregues assistencials derivades.</p> <p>PERFILS PROFESSIONALS</p> <ul style="list-style-type: none"> Metge/esses i infermeres: mínim 75% dels professionals de medicina especialistes en geriatría, mínim una infermera especialista en infermeria geriàtrica per unitat i la resta amb formació específica en geriatría acreditada. Es recomana formació específica en Geriatría i Gerontologia per a la resta de membres de l'equip. <p>Les TS han de tenir formació en treball social sanitari (mestratge).</p>	<p>INDICADORS DE PROCÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Destinació al domicili habitual (casa o residència) <20%. Derivació al servei d'urgències inferior al 10%. Disposar de protocols específics de suport psicossocial a l'entorn cuidador i/o família. Disposar de protocols de prevenció i abordatge de les síndromes geriàtriques. Reunió d'equip en forma de sessió interdisciplinària mínim una vegada a la setmana. Mortalitat estimada superior al 50%.

QUÈ?		PER A QUÈ?	PROVISIÓ DE LA PRESTACIÓ	
			QUI?	COM?
	ACTIVITAT	COBERTURA	RECURS ASSISTENCIAL	AVALUACIÓ
TIPUS D'ATENCIÓ	Descripció de l'activitat/programa	Població diana (perfil de pacient)	Organització/unitat funcional	-
		<p>hospitalari o no es factible el seu retorn a domicili.</p> <ul style="list-style-type: none"> Portadors d'ostomies per a l'alimentació (gastro, yeyunostomia), eliminació (ileostomia colostomia). Portadors de traqueotomia i/o ventilació mecànica associada. <p>RELACIONATS AMB ELS OBJECTIUS o NECESSITATS A ATENDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Necessitat de tractament rehabilitador variable en funció de les capacitats de la persones o orientat a evitar complicacions derivades de la immobilitat de llarga durada. <p>Necessitat de gestionar recurs social definitiu, si s'escau.</p>		

8. Annex: Estàndards d'Estructura i Funcionals per la contractació de cadascuna de les unitats i dispositius.

Unitat de Geriatria d'Aguts

ESTRUCTURAL

- **Metge/essa** de presència física a l'hospital durant les 24 hores.
- **Exploracions complementàries:** Disposar de laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioximetria, ECG, diagnòstic per la imatge urgent i programada.
- Accés a altres proves tecnològiques (gammagrafia, DIVAS, radioteràpia,...) urgents i programades.
- **Teràpies**, almenys: oxigenoteràpia, teràpia intravenosa, transfusions urgents i programades, VMNI, drogues vasoactives, accés a Unitat de cures Intensives.

FUNCIONAL

- **Accessibilitat** 24 h x 365 dies.
- Possibilitat d'**interconsultes** a altres especialitats en el mateix centre, incloent especialitats mèdiques i d'altres disciplines com logopedes o nutricionistes.
- **Circuits** d'ingrés i de derivació des dels serveis d'Urgències.
- **Notificació de l'activitat** al CMBD-AH com a Servei 10149 Unitat geriàtrics aguditzats.
- Disposar de **protocols de coordinació** amb altres àmbits assistencials.
- Disposar de **protocols** de prevenció i abordatge de les **síndromes geriàtriques**.
- Disposar de **connexió a IS3** i tenir desenvolupats els principals dominis.

Equips de suport hospitalari

ESTRUCTURAL

- Disponibilitat d'equip interdisciplinari **8 hores/5 dies a la setmana** de presència física a l'hospital.
- **Accés a història clínica** del centre d'aguts.
- **Ubicació** a l'hospital d'aguts.

FUNCIONAL

- **Adscripció** funcional al **servei de Geriatria** territorial.
- **Notificació de l'activitat** al CMBD-SS com a UFIAI o CMBD-AEA.
- Disposar de **criteris d'intervenció i protocols** de **coordinació** amb altres àmbits assistencials.
- Disposar de protocols de prevenció i abordatge de les **síndromes geriàtriques**.
- Reunió d'equip en forma de **sessió interdisciplinària** diària.
- Avaluació i seguiment del **quadre de comandament** amb llista unificada d'espera territorial per a recursos geriàtrics especialitzats d'atenció intermèdia, de llarga durada i de suport domiciliari.
- **Sessions formatives** a l'hospital de forma sistemàtica.
- Col·laboració en l'**informe** d'alta de l'atenció i seguiment interdisciplinari a HC3.

Unitat de Cures Pal·liatives

ESTRUCTURAL

- **Disponibilitat mèdica** 24 hores, **de presència** física al centre, 7 dies a la setmana.
- **Habitacions individuals** (>30%)
- **Exploracions complementàries**: laboratori (analítiques de sang i orina), pulsioximetria.
- **Teràpies**, almenys: Oxigenoteràpia i teràpia intravenosa.

FUNCIONAL

- **Accessibilitat** 24h x 365 dies
- **Accés a proves** tecnològiques (ecografia, TC, RM,...) programades i urgents (aquests últims en al cas d'unitat ubicada en un hospital d'aguts).
- **Circuïts** d'ingrés i criteris de derivació a altes dispositiu, com els equips PADES territorials.
- **Possibilitat d'interconsultes** a altres especialitats del centre hospitalari d'aguts, incloent especialitats mèdiques i d'altres disciplines com logopedes o nutricionistes.
- Disposar de **protocols de coordinació** i capacitat de suport (interconsulta) a altres serveis hospitalaris d'aguts.

Consulta externa interdisciplinària

ESTRUCTURAL

- **Despatx de consulta**, amb fonendoscopi i esfigmomanòmetre, una bàscula i tallímetre, un oftalmoscopi o otoscopi, pulsioxímetre, cronòmetre i dinamòmetre de força prensora de la mà. A l'espai de consultes ha d'haver-hi electrocardiògraf.
- Possibilitat d'interconsultes a altres especialitats: neurologia, psiquiatria.

FUNCIONAL

- **Accés a proves complementàries** laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), diagnòstic per la imatge proves tecnològiques (ecografia, TC, RM,...) programades (amb possibilitat de circuit àgil –preferent que assegurin una actuació el suficientment àgil per fer eficient el servei).
- Disposar de **protocols de coordinació** amb altres àmbits assistencials i professionals d'altres serveis. S'ha de visualitzar en rutes territorial de complexitat (geriatria i CP) i ruta de demències.
- Informar a CMBD atenció especialitzada ambulatoria.
- **Publicació dels plans individualitzats** interdisciplinaris abans de 5 dies posteriors a la visita a l'HC3.

Hospital de Dia d'atenció intermèdia

ESTRUCTURAL

- Disposar de **consultes/boxes individuals equipats** (fonendoscopi i esfigmomanòmetre, una bàscula o tallímetre , oftalmoscopi o otoscopi, pulsioxímetre, cronòmetre i dinamòmetre de força prensora de la mà,...).
- Disposar d'**espais de teràpies de grup** (rehabilitació, psicoestimulació,...).
- **Teràpies**, almenys: oxigenoteràpia i teràpia intravenosa.
- Ha de disposar d'**espai** identificat suficient per poder fer **test d'equilibri i de marxa** més habituals.
- Disponibilitat de l'equip de l'Hospital de dia com a mínim **8 hores/5 dies a la setmana** en presència física.

FUNCIONAL

- **Accessibilitat:** 8 hores x5 dies/set. A valorar 12x5, si atenció suficient.
- **Accés a proves complementàries:** laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioximetria, ECG, diagnòstic per la imatge (ecografia, TC, RM, ..) programades i (amb circuit àgil per al diagnòstic que assegurin una actuació el suficientment àgil per fer eficient el servei).
- Disposar de **protocols de coordinació** amb altres àmbits assistencials.
- Disponibilitat d'**accés a altres professionals** quan sigui necessari pel tipus de pacient a qui s'adreça l'activitat, atès el caràcter multidimensional d'aquesta.
- Disponibilitat de **circuits clars territorials** d'accés als diferents programes de l'HD-AI.

Hospitalització domiciliaria d'atenció intermèdia

ESTRUCTURAL

- **Propi de la plataforma territorial de HaD:** assegura cobertura 7x24 i estableix participació de l'AI en l'atenció continuada.
- **Equipaments i recursos propis de la plataforma HaD.** (recursos diagnòstics i terapèutics).

FUNCIONAL

- **Participació a la plataforma HaD:** aliança que estableix participació de l'atenció a les persones amb fragilitat i multimorbiditat i defineix criteris d'activació, accessibilitat, participació en l'atenció continuada, ús de recursos.
- Possibilitat d'**interconsultes** a altres especialitats.
- **Circuïts** d'ingrés i de derivació des dels serveis d'Urgències.

Unitat de subaguts

ESTRUCTURAL

- **Metge/ssa** de presència física a l'hospital durant les **24 hores**.
- **Exploracions complementàries**: Disposar de laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioximetria, ECG, radiologia portàtil, ecografia, accés a diagnòstic per la imatge urgent i programada.
Accés a altres proves tecnològiques urgents i programades.
- **Teràpies**, almenys: oxigenoteràpia, teràpia intravenosa, transfusions urgents i programades, VMNI.
- No drogues vasocatives, nivell assistencial definit.

FUNCIONAL

- **Accessibilitat** 24 h x 365 dies.
- Possibilitat d'**interconsultes** a altres especialitats hospitalàries, incloent especialitats mèdiques i d'altres disciplines com logopedes o nutricionistes.
- **Circuits** d'ingrés i de derivació des dels serveis d'Urgències (hospitalàries i d'atenció primària).

Unitat de recuperació funcional

ESTRUCTURA

- **Disponibilitat mèdica** 24 hores, amb **mínim 12 hores de presència** física al centre(aconsellable 24h) d'atenció intermèdia, 7 dies a la setmana.
- **Exploracions complementàries**: laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioximetria, ECG, RX programada.
- **Teràpies**, almenys: Oxigenoteràpia teràpia intravenosa i MHDA.

ESTRUCTURA

- **Accés a proves** tecnològiques (ecografia, TC, RM,...) programades.
- **Circuïts** d'ingrés i criteris de derivació des dels serveis hospitalaris i altres dispositius
- **Circuït ràpid** d'accés a l'**hospital d'aguts** de referència en cas d'urgència.
- **Possibilitat d'interconsultes** a altres especialitats al centre hospitalari d'aguts de referència, incloent especialitats mèdiques i d'altres disciplines com logopedes o nutricionistes.
- Disposar de **protocols de coordinació** amb altres àmbits assistencials.
- Disposar de **protocols** de prevenció i abordatge de les **síndromes geriàtriques**.

Unitat de continuïtat de cures

ESTRUCTURA

- **Disponibilitat mèdica** 24 hores, amb **mínim 12 hores de presència** física (aconsellable 24h) al centre d'atenció intermèdia, 7 dies a la setmana.
- **Exploracions complementàries:** laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioximetria, ECG, RX programada.
- **Teràpies**, almenys: Oxigenoteràpia teràpia intravenosa, teràpies VAC i MHDA.

ESTRUCTURA

- **Accés a proves** tecnològiques (ecografia, TC, RM,...) programades i urgents.
- **Circuïts** d'ingrés i criteris de derivació des dels serveis hospitalaris i altres dispositius
- **Circuït ràpid** d'accés a l'**hospital d'aguts** de referència en cas d'urgència.
- **Possibilitat d'interconsultes** a altres especialitats al centre hospitalari d'aguts de referència, incloent especialitats mèdiques i d'altres disciplines com logopedes o nutricionistes.
- Disposar de **protocols de coordinació** amb altres àmbits assistencials.
- Disposar de **protocols** de prevenció i abordatge de les **síndromes geriàtriques**.

Unitat de psicogeriatria

ESTRUCTURAL

- **Disponibilitat mèdica** 24 hores, amb **mínim 12 hores de presència** física al centre d'atenció intermèdia, 7 dies a la setmana.
- **Mesures estructurals específiques de seguretat** per aquest perfil de pacients (accés, espais deambulació, alarmes...).
- **Exploracions complementàries**: laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioximetria, ECG, RX programada.
- **Teràpies**, almenys: oxigenoteràpia i teràpia intravenosa.

FUNCIONAL

- **Accessibilitat** 12h x 365 dies.
- **Accés a proves** tecnològiques (ecografia, TC, RM,...) programades
- **Circuïts** d'ingrés i criteris de derivació des dels serveis hospitalaris i altres dispositius.
- **Circuït ràpid d'accés a l'hospital d'aguts** de referència en cas d'urgència.
- **Possibilitat d'interconsultes** a altres especialitats al centre hospitalari d'aguts de referència.
- Disponibilitat de **rehabilitació de diferents intensitats 300 dies/l'any**. Com a mínim cal disposar de professionals rehabilitadors 5 dies a la setmana en horari de matí i tarda.
- Disposar de **protocols de coordinació** amb altres àmbits assistencials.
- Disposar de **protocols de prevenció i abordatge de les síndromes geriàtriques** i de les SCPD.

PADES

ESTRUCTURAL

- Base operacions en hospital d'Al.
- Equipament propi i específic
- Recursos terapèutics que inclouen oxigenoteràpia, cures ferides complexes, maneig de nutrició enteral, via EV, sondatges, paracentesi, toracocentesi, bombes de perfusió...
- Accés a proves diagnòstiques de laboratori i per imatge programades.

FUNCIONAL

- **Cobertura** de 12 hores x 7 dies en presència.
- **Accessibilitat:** temps de resposta en presència inferior <48 hores de forma programada i <24h en casos de SUD i SUH
- Disposar de **circuits de derivació als serveis d'urgències**.
- Disposar de **protocols de coordinació amb hospitals d'aguts** (UGA), **hospitals d'Al** (subaguts, altre.) i si és el cas, plataformes territorials de HaD.
- Disposar de **protocols de prevenció i abordatge dels símptomes** més freqüents i de les **síndromes geriàtriques**
- Sistemes d'informació amb **connectivitat amb eCAP**.
- Disposar de **rutes de complexitat territorials** on es reflexen les seves funcions.

Unitat de llarga durada

ESTRUCTURAL

- **Disponibilitat mèdica** 24 hores, amb **mínim 8 hores de presència** física al centre (desitjable 12h)
- **Exploracions complementàries:** laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioxímetre, ECG, RX programada.
- **Teràpies:** oxigenoteràpia i teràpia intravenosa.

FUNCIONAL

- **Accessibilitat:** laborables 8h.
- **Accés a proves** tecnològiques (ecografia, TC, RM,...) programades.
- **Circuits** d'ingrés i criteris de derivació des dels serveis hospitalaris i altres dispositius.
- **Circuït ràpid** d'accés a l'**hospital d'aguts i/o d'AI** de referència en cas d'urgència.
- **Possibilitat d'interconsultes** a altres especialitats a l'**hospital d'aguts i/o d'AI** de referència.
- **Unitat específica** en determinats centres territorials amb capacitat i formació adequada.

Unitat de dany cerebral adquirit

ESTRUCTURAL

- **Disponibilitat mèdica** 24 hores, amb **mínim 8 hores de presència** física al centre.
- **Exploracions complementàries:** laboratori (analítiques de sang i orina, gasometria), pulsioxímetre, ECG, RX programada.
- **Teràpies:** oxigenoteràpia i teràpia intravenosa.

FUNCIONAL

- **Accessibilitat:** laborables 8h
- **Accés a proves** tecnològiques (ecografia, TC, RM,...) programades.
- **Circuits** d'ingrés i criteris de derivació des dels serveis hospitalaris i altres dispositius.
- **Circuït ràpid** d'accés a l'**hospital d'aguts i/o d'AI** de referència en cas d'urgència.
- **Possibilitat d'interconsultes** a altres especialitats a l'**hospital d'aguts i/o d'AI** de referència.
- **Unitat específica** en determinats centres territorials amb capacitat i formació adequada.