

02 Projectes transformadors

Informe de recomanacions per als ens locals cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat

Fòrum de Persones Expertes en Cures



**Diputació
Barcelona**

www.diba.cat

Direcció i coordinació dels continguts:

Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona

Edició i producció:

Subdirecció d'Imatge Corporativa i Promoció Institucional

1a edició: abril de 2022

© de l'edició: Diputació de Barcelona

© dels textos: Sara Moreno Colom

Crèdits imatges:

Pàg.1. vadimguzhva / iStockphoto - 873015278

Pàg.5. Susie Hedberg / iStockphoto - 1213878173

Pàg.7. YurolaitsAlbert / iStockphoto - 1293756800

Pàg.9. dima_sidelnikov / iStockphoto - 1146475545

Pàg.11. towfiqu ahamed / iStockphoto - 1351397925

Pàg.12. megaflopp / iStockphoto - 1299055072

Pàg.22. eggeeggjiew / iStockphoto - 814604818

Pàg.28. TanawatPontchour / iStockphoto - 476099972

Pàg.29. fizkes / iStockphoto - 1127397405

Sumari

PRESENTACIÓ	4
1. INTRODUCCIÓ	5
2. METODOLOGIA	7
3. COMPOSICIÓ	9
4. DIAGNOSI DELS ESCENARIS DE LA CURA A LA PROVÍNCIA DE BARCELONA: NECESSITATS, REPTES I DEMANDES	11
4.1. El repte del model sociodemogràfic	13
4.2. El repte del model d'atenció a la cura	15
4.3. El repte del model de gestió i la prestació dels serveis	17
4.4. El repte de la feminització i familiarització	19
5. L'ESTRATÈGIA DE REVERTIR LA CURA DE LLARGA DURADA CAP A L'ENTORN DOMICILIARI I COMUNITARI	22
5.1. Els Serveis d'Atenció Domiciliària	23
5.2. L'assistència personal	25
5.3. Acció contra la soledat	27
6. LÍNIES D'ACTUACIÓ	28
6.1. La prevenció i la garantia del servei	30
6.2. Planificar l'atenció des de la coordinació informativa	31
6.3. Fomentar l'entorn comunitari	32
6.4. Projectes experimentals d'integració de serveis	33

Presentació

Des de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social impulsem el projecte transformador «Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat», que pretén repensar el model de cures en els municipis i ens locals de la província de Barcelona i contribuir a promoure un canvi en la mirada i en l'acció vers les cures, des del reconeixement de la necessitat i la responsabilitat que tenim totes les persones al llarg de la vida de rebre'n i proporcionar-ne.

Per això, hem volgut impulsar un procés per repensar l'organització social de la cura des de l'acció de les polítiques públiques locals, amb la participació dels municipis, els ens locals, les entitats socials, la ciutadania i especialment les persones cuidadores i les que en reben l'atenció.

En el marc d'aquest procés, hem volgut impulsar també la reflexió i el coneixement a través de la creació del Fòrum de Persones Expertes en Cures, un espai estable de trobada i debat entre persones de l'àmbit acadèmic i social amb expertesa en les cures des de diferents disciplines: la sociologia, l'economia, el dret, la filosofia, el treball social, la gerontologia, la demografia, la comunicació, l'enginyeria i l'arquitectura.

A través d'aquestes mirades diferents hem volgut construir coneixement i, sobretot, elaborar recomanacions per a la millora de les polítiques locals de cures des d'una aposta pel reconeixement, la corresponsabilitat, la qualitat i la dimensió comunitària, contribuint a fer possibles projectes de vida més dignes i amb més benestar per a les persones que necessiten cures i per a les persones que cuiden.

Volem agrair les aportacions i reflexions de les persones expertes que han participat en aquest procés, i a la doctora Sara Moreno el treball de dinamització, recopilació i estructuració d'idees per donar lloc a aquest document.

Esperem, doncs, que aquest treball ajudi a inspirar i a promoure la innovació i la transformació socials cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat, del qual els ens locals en siguin impulsors o promotors per situar la sostenibilitat de la vida al centre de les nostres comunitats i dels nostres municipis.

Lluïsa Moret i Sabidó

Presidenta de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social
de la Diputació de Barcelona



Introducció

01.

El document que presentem és l'informe final de recomanacions del Fòrum de Persones Expertes en Cures realitzat pel Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball (QUIT) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Es tracta d'un encàrrec que sorgeix emmarcat en el projecte «Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat» impulsat per l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona que té com a objectiu repensar l'organització social de la cura per reforçar l'entorn comunitari i erradicar les desigualtats. Una fita que parteix de la perspectiva de gènere a fi de fer visible la realitat del treball en aquest àmbit, així com avançar en el reconeixement i la corresponsabilitat social que hi pertoquen.

El Fòrum de Persones Expertes en Cures es crea en el marc d'aquest projecte com un espai de reflexió que actua com a grup de contrast, assessorament, identificació de reptes i formulació de recomanacions per a la millora del sistema de cures dels ens locals amb una atenció especial a tres àmbits:

- Atenció al domicili i en l'entorn comunitari: Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), assistència personal, tecnologies de suport a les cures.
- Suport a persones cuidadores no professionals.
- Acció comunitària en l'àmbit de cures i atenció a la soledat no volguda.

A partir de les reflexions i les propostes plantejades pels experts i les expertes, s'elabora aquest informe de recomanacions per a la millora del sistema de cures als ens locals, sense oblidar les dinàmiques territorials. El document reproduceix la lògica de la planificació estratègica amb l'objectiu de recollir el procés de debat desenvolupat en el si del Fòrum. D'una banda, es presenta la diagnosi consensuada i la identificació de les experiències que han tingut èxit a partir de les quals, d'altra banda, es formulen els reptes i les recomanacions que es concreten amb la definició de les línies estratègiques i les propostes d'actuació. En concret, l'informe s'estructura en quatre apartats. En primer lloc, es presenta de manera breu la metodologia seguida en les diferents sessions. En segon lloc, s'aporten les idees clau de la diagnosi sobre els escenaris de la cura a la província de Barcelona. En tercer lloc, es defineixen les línies estratègiques a partir de les experiències analitzades. Finalment, es presenten les propostes d'actuació amb un recull de projectes.

Metodologia



02.

El Fòrum de Persones Expertes en Cures funciona com un grup estable que genera un espai de reflexió conjunta a partir de la dinamització d'una especialista en l'àmbit de la cura. En concret, es van fer tres sessions de treball durant el període comprès entre els mesos de juliol i novembre del 2021. Des de la lògica de la planificació estratègica, es defineixen els objectius de cada sessió, així com la metodologia proposada per a la seva dinamització. La primera sessió s'orienta a la diagnosi conjunta per tal d'identificar els reptes de futur segons les necessitats de cura detectades als municipis de la

província de Barcelona; la segona sessió es dedica a la definició de recomanacions per a la intervenció a partir de la innovació social i l'anàlisi d'experiències d'èxit; la tercera sessió es focalitza en la concreció de les línies estratègiques i d'actuació específiques per als serveis d'atenció en l'entorn domiciliari i comunitari. Cada sessió compta amb documentació sobre la temàtica elaborada per especialistes en el marc del projecte «Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat». A continuació, es resumeix breument el plantejament de les tres trobades.

Sessió I del Fòrum de Persones Expertes en Cures

Objectiu	→ Contrastar i consensuar la diagnosi sobre les necessitats i les demandes al voltant de l'organització social de la cura en l'entorn comunitari a la província de Barcelona.
Metodologia	A partir dels informes sociodemogràfic i de diagnosi de serveis de cures en l'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona es proposen un conjunt de reptes i demandes a les persones expertes que en valoren la idoneïtat i el contingut. El debat es dinamitza amb una bateria de preguntes dicotòmiques orientades a la discussió.

Sessió II del Fòrum de Persones Expertes en Cures

Objectiu	→ Identificar experiències amb èxit des de la innovació social, l'acció comunitària i la tecnologia al voltant de l'organització social del treball de cura. → Analitzar el potencial de les experiències identificades per a la transformació de la realitat social i l'orientació cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat a la província de Barcelona.
Metodologia	Es desenvolupa la tècnica del mètode Delphi adaptada segons els objectius del Fòrum per identificar els elements de controvèrsia i assolir el consens final en la priorització de les recomanacions estratègiques en tres àmbits concrets: Servei d'Atenció Domiciliària, Assistència Personal i Acció contra la soledat.

Sessió III del Fòrum de Persones Expertes en Cures

Objectiu	→ Consensuar els reptes i les recomanacions per a l'organització social de la cura en l'entorn comunitari a la província de Barcelona. → Definir línies estratègiques i d'actuació per a la intervenció des de l'àmbit local. En concret, per a la millora del sistema de cures a la província de Barcelona, en base a la innovació social i tecnològica en els àmbits de l'atenció al domicili i en l'entorn comunitari.
Metodologia	A partir dels reptes i les recomanacions consensuades en les sessions anteriors, les persones expertes defineixen una línia d'acció en termes estratègics, de programa o projecte. S'organitza la presentació en blocs que, al seu torn, permeten consensuar i concretar les línies d'actuació generals.

Composició

03.

Les persones que componen el Fòrum de Persones Expertes en Cures són especialistes en l'àmbit de les cures des de diferents disciplines i trajectòries professionals i acadèmiques.

L'objectiu ha estat generar un debat interdisciplinari i alhora afavorir l'intercanvi de coneixement i d'experiències des de diferents enfocaments.

El Fòrum està format per les persones següents:

- **Victor Bayarri.** Consultor social. Graduat en Direcció econòmica i financera i expert en l'àmbit de la discapacitat i la dependència.
- **Victòria Camps.** Catedràtica de Filosofia moral i política de la Universitat Autònoma de Barcelona, presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas i consellera permanent d'Estat.
- **Raquel Calatayud.** Llicenciada en dret i en ciències econòmiques i empresarials, i membre de Camon Consulting, amb especialització en l'àmbit de la dependència.
- **Mercè Civit.** Vicedegana de la junta de govern del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- **Blanca Deusdad.** Doctora en Sociologia, membre del Grup d'Antropologia Social de la Universitat Rovira i Virgili.
- **Sandra Ezquerro.** Professora de Sociologia i directora de la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la Universitat de Vic.
- **Xavier Garcia-Milà.** Arquitecte expert en accessibilitat i director d'Arquitectura i Accessibilitat SLP.
- **Daniel Guasch.** Enginyer en electrònica i enginyer tècnic de telecomunicacions i director de la Càtedra d'Accessibilitat de la Universitat Politècnica de Catalunya.
- **Pilar Hilarión.** Subdirectora de l'Institut Universitari Avedis Donabedian i docent del màster i postgrau en gestió i metodologia de la qualitat i seguretat de l'atenció en salut de la Universitat Oberta de Catalunya.
- **Elba Mansilla.** Periodista i investigadora especialitzada en l'àmbit de les cures i membre de la Cooperativa La Ciutat Invisible.
- **Júlia Montserrat.** Doctora en Economia i investigadora en l'àmbit de l'economia de les polítiques socials. Professora associada de la Universitat Ramon Llull.
- **Pilar Rodríguez.** Filòsofa, sociòloga i gerontòloga. Presidenta de la Fundació Pilares para la Autonomía Personal.
- **Mayte Sancho.** Gerontòloga i experta en planificació, membre del patronat de la Fundació Instituto Gerontológico Matia.
- **Joseba Zalakain.** Llicenciat en Ciències Socials i de la Informació i director del SIIS-Servei d'Informació i Investigació Social de la Fundació Eguía-Careaga Fundazioa.
- **Pilar Zuera.** Doctora en Demografia i investigadora del Centre d'Estudis Demogràfics (CED) de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- **Antoni Salvà.** Doctor en Medicina i director de la Fundació Salut i Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona.

El Fòrum està dinamitzat per Sara Moreno, doctora en Sociologia, professora de la Universitat Autònoma de Barcelona i investigadora del Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball.

Diagnosi dels escenaris de la cura a la província de Barcelona: necessitats, reptes i demandes



04.

El punt de partida de les recomanacions i les línies d'actuació que es recullen i formulen en aquest informe és la diagnosi de l'actual organització social de la cura a la província de Barcelona. Aquesta diagnosi parteix de l'anàlisi duta a terme sobre les necessitats sociodemogràfiques i el mapa de recursos que serveix de base empírica per apuntar els reptes i les demandes per a un nou sistema públic d'atenció a la cura en comunitat. El disseny de la política pública ha de considerar, entre altres factors, la realitat social i l'estructura de serveis del territori per tal de poder identificar els reptes que cal afrontar en forma de necessitats i demandes, com a pas previ per definir les recomanacions i les línies d'actuació.

Els factors estructurals que es consideren són: les tendències demogràfiques, les dinàmiques territorials i la perspectiva de gènere.

Les tendències demogràfiques, les dinàmiques territorials i la perspectiva de gènere són els factors estructurals que cal considerar juntament amb la voluntat d'impulsar un model que reforci la dimensió comunitària en l'organització social de la cura. A més, transversalment, cal valorar la idoneïtat del subjecte territorial

La finalitat és impulsar un model que reforci la dimensió comunitària en l'organització social de la cura.

en la mesura que, sovint, es detecten inèrcies contràries entre la dimensió municipal i comarcal. En aquest sentit, la planificació dels serveis ha de combinar el criteri del nombre d'habitants amb la xarxa pública distribuïda en l'àmbit comarcal, tot prioritant la proximitat amb l'entorn residencial i comunitari de les persones receptores del servei.

En concret, s'identifiquen quatre reptes:

- Repte del model sociodemogràfic
- Repte del model d'atenció a la cura
- Repte del model de gestió i prestació dels serveis
- Repte de la feminització i familiarització

A continuació es detalla cada un d'aquests reptes amb l'explicació del dibuix de les necessitats que el justifiquen i les demandes que es formulen des del Fòrum per tal de donar-hi resposta.



4.1. EL REpte DEL MODEL SOCIODEMOGRÀFIC

El dibuix de les necessitats de cura ha de respondre a una tendència demogràfica caracteritzada per la disminució dels components de creixement demogràfic amb el descens de la natalitat i la fecunditat, així com l'envelliment de la població i l'augment dels índexs de dependència. Les conseqüències d'aquesta tendència es manifesten en tres sentits.¹

¹ Vegeu més informació a Diputació de Barcelona (2021). *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari. Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona.*

En primer lloc, s'observa un procés de regressió de l'estructura poblacional amb una pèrdua del nombre de persones en edats infantils i juvenils, amb el conseqüent increment dels trams adults. En segon lloc, es dona un envelliment de les llars amb l'augment de persones de més de 65 anys, sobretot en el cas de les unipersonals. Finalment, en tercer lloc, disminueixen les llars amb criatures, sobretot les monoparentals. Si bé aquestes tendències s'observen arreu del territori, es manifesten amb més intensitat als municipis petits, que es visibilitzen com els més envellits, i als municipis més grans on l'augment de l'envelliment es compensa amb una menor davallada de la natalitat. Factors socioeconòmics com el preu de l'habitatge o les oportunitats laborals expliquen per què els municipis mitjans que coronen la metròpoli són els menys envellits pel fet que concentren més població en edat laboral i reproductiva.

El dibuix de les necessitats de cura

Tendències de natalitat	→ Davallada generalitzada de la natalitat i la fecunditat els últims anys. → La taxa de fecunditat és més elevada en els municipis grans que en els petits, amb un comportament diferencial per comarques. → Els canvis en els components demogràfics tendeixen a equiparar territorialment la taxa de natalitat i fecunditat.
Estructura de la població	→ Envelliment general, amb un rostre majoritàriament femení. → Els municipis més grans i els més petits són els més envellits, però el sobreenvelliment femení és més accentuat en el segon cas. → Als municipis grans, l'envelliment de la població no implica més dependència juvenil i global, a diferència del que passa en els municipis més petits, excepte pel que fa a la dependència global de les dones. → En termes generals, especialment en els municipis més petits, la tendència demogràfica es caracteritza per un menor creixement demogràfic, pel descens de la natalitat i per l'envelliment de la població.
Tipologia de les llars	→ Les llars es tornen més envellides. → L'increment de llars envellides unipersonals comporta un augment del risc de soledat no desitjada. → Disminueixen les llars monoparentals amb criatures i en perdura la feminització.
Piràmide de població	→ Estructura poblacional regressiva amb pèrdua del nombre d'efectius poblacionals d'edats infantils i joves amb el conseqüent increment dels trams adults.
Discapacitat	→ La població amb discapacitat presenta un equilibri per sexes, majoritàriament es troba en edat laboral i, pel que fa a la tipologia, la meitat de la població té discapacitat de caràcter físic.

El conjunt d'aquestes tendències permet apuntar els reptes que cal afrontar: l'augment de necessitats de cura de llarga durada i la disminució de necessitats de cura de criatures segons l'estructura territorial, com també el risc de soledat no volguda amb l'augment de les llars unipersonals de persones amb més de 65 anys i la feminització de les llars monoparentals amb criatures.

4.1.1. Les demandes del Fòrum

El conjunt de les tendències descrites apunta al repte sociodemogràfic que cal abordar per definir un nou model públic d'atenció a les necessitats de cura en comunitat que tingui en compte les particularitats territorials. Les demandes que s'articulen parteixen de la premissa que la piràmide demogràfica no és exclusivament donada per naturalesa, sinó que en part respon al model sociopolític vigent. Des d'aquesta perspectiva, s'entén que la realitat sociodemogràfica no és la causa sinó la conseqüència de l'organització social de la cura. És a dir, el disseny i la implementació de les polítiques públiques condiciona la natalitat, la fecunditat o la dependència, entre altres aspectes. A més, cal tenir present que les dinàmiques demogràfiques impliquen la modificació constant de les necessitats.

D'una banda, el retard en la maternitat explica la davallada de la fecunditat amb menys criatures però, també, la reducció del temps entre el fet de ser mare i el rol de cuidadora de persones adultes dependents.

D'altra banda, l'allargament de l'esperança de vida comporta un canvi en la composició sociològica i el perfil dels grups d'edat i, en conseqüència, també canvien els referents culturals, les preferències i les demandes. En aquesta tessitura, augmenta el volum i la intensitat de les necessitats de cura i alhora sorgeixen noves necessitats. Per exemple, les tendències demogràfiques canviant inclouen la modificació de la composició de les llars de persones grans en la mesura que els homes cada vegada també viuen més anys i s'allarga la convivència en parella, fet que obliga a repensar la manera d'atendre la cura de llarga durada més enllà de les llars unipersonals.

Per tot plegat, cal planificar el model d'atenció a la cura prenent com a punt de partida i, alhora, horitzó, la realitat sociodemogràfica. S'apunta la dependència com el principal repte però s'entén l'envelliment des d'una

connotació positiva posant en valor l'agència de les persones grans. Respecte d'aquest plantejament, es posa de manifest la necessitat de canviar l'imaginari de la dependència tot incorporant la mirada de la interdependència i la sostenibilitat social a fi de no posar la càrrega en les persones grans que, sovint, també són proveïdores de cures.

El conjunt d'aquestes reflexions es concreta en les següents demandes orientades a la millora del sistema de cura dels ens locals a partir de la revisió del model sociodemogràfic:

- Adaptar la resposta a les necessitats de cura homogènia en l'àmbit provincial als desequilibris demogràfics de la realitat territorial comarcal i local.
- Incorporar la perspectiva del cicle vital en la definició del sistema públic d'atenció a les necessitats de cura per tal d'introduir flexibilitat i capacitat d'adaptació als contextos sociodemogràfics canviant.
- Construir un sistema d'indicadors que serveixi de base empírica per al disseny i l'avaluació de les polítiques a partir d'una revisió dels conceptes clau com ara són la dependència o l'envelliment.
- Ampliar els col·lectius beneficiaris del model de cura per garantir l'atenció universal tot considerant les necessitats de la primera infància, les persones amb discapacitat, les persones amb demències o les dones que es troben atrapades entre la cura de dues generacions.
- Planificar l'atenció a la infància i a la dependència de manera simultània des de la lògica de la inversió social i no de la despesa, així com des de la perspectiva de la prevenció i no exclusivament de l'atenció.
- Abordar de manera específica la soledat no volguda, especialment entre les persones de més de 65 anys, en relació amb la crisi del model residencial i les dinàmiques urbanes.

4.2. EL REpte DEL MODEL D'ATENCIÓ A LA CURA

La distribució del conjunt de recursos que integra el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) posa de manifest el caràcter familiarista de l'organització social de la cura amb el pes d'un ideal de cura socialment compartit que prioritza la responsabilitat familiar i el domicili particular en un context marcat pels límits de la cobertura i la intensitat de la xarxa pública de serveis.

D'una banda, la prestació econòmica per cura en l'entorn familiar (PECEF) és el recurs majoritari a tot el

territori.² Es tracta d'un recurs que reforça la responsabilitat de la família i l'àmbit domiciliari per atendre les necessitats d'atenció de les persones amb dependència reconeguda.

D'altra banda, la distribució del conjunt de recursos del SAAD difereix segons la naturalesa del contingut dels serveis de cura i segons les característiques del territori. Les prestacions econòmiques i residencials són més freqüents

² Vegeu més informació a Diputació de Barcelona (2021). *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari. Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona.*

El dibuix del mapa de serveis

Prestacions Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència – Mirada territorial	→	El recurs SAAD més habitual dins la província de Barcelona és la PECEF.
	→	En els municipis petits destaquen les prestacions econòmiques i els serveis residencials, mentre que en els grans ho fan les prestacions de serveis i els serveis de comunitat, especialment el Servei d'Ajuda a Domicili.
	→	Les comarques del Vallès Oriental, Alt Penedès, Bages i Anoia són les que reben més proporció de prestacions econòmiques, així com les comarques del Moianès, el Maresme, el Berguedà i Osona reben més prestacions residencials que comunitàries.
Prestacions SAAD – Mirada poblacional	→	El perfil majoritari de les persones amb PIA és: dona de més de 85 anys amb grau II de dependència.
	→	Tendència a l'augment de persones amb PIA, especialment de grau I i II.
	→	Hi ha una ràtio d'1,27 prestacions per persona: 1,22 en el cas dels homes i 1,30 en el cas de les dones.
Perfil de les persones cuidadores no professionals	→	Fre a la davallada de les persones cuidadores no professionals vinculades a la PECEF.
	→	Feminització de les cuidadores no professionals, importància del grup més gran de 50 anys tot i l'increment del tram de 35 a 49 anys.
	→	Límit dels serveis de respir tant pel que fa a la cobertura com pel que fa a la intensitat.
Escoles bressol	→	La dimensió del municipi condiciona l'oferta i la cobertura de les escoles bressol: els municipis petits tenen menys places, però més bona cobertura i menys llista d'espera.
	→	Canvi en la tendència demogràfica, no en la demanda social del servei.
	→	Els municipis més grans tenen un volum significatiu de sol·licituds que provoca que es quedin sense plaça, mentre que els petits tenen places que queden sense cobrir.
	→	En termes generals, l'oferta pública representa quasi el 50 %, però aquesta té més pes en els municipis petits, mentre que l'oferta privada és majoritària en els municipis més grans.
	→	Augmenta l'escolarització de la població 0-3 anys per la disminució del nombre d'infants i el manteniment del nombre de places ocupades.

als municipis petits, mentre que les prestacions de serveis i comunitàries tenen més presència a les grans ciutats. Tot i alguna excepció a nivell comarcal, aquesta tendència assenyala un repte que cal considerar en el disseny del sistema públic de cura en comunitat: a les grans ciutats, on resulta més difícil teixir xarxes comunitàries per atendre la cura, les prestacions de comunitat tenen una més gran presència en comparació als municipis més petits, on la dinàmica de les relacions socials facilita les xarxes comunitàries.

4.2.1. Les demandes del Fòrum

El mapa de la prestació de recursos que integra el SAAD amb el perfil de les persones que en són beneficiàries i usuàries apunta a la definició del model d'atenció a la cura com un repte. És a dir, sorgeix la necessitat de concretar què ha d'incloure la planificació del sistema públic de cures en termes de subjectes, objectius i orientacions. En aquest sentit, les demandes que es formulen parteixen del paradigma de l'atenció centrada en la persona sota el lema «una persona, un pla» i apunten aspectes relacionats amb la naturalesa, l'enfocament, l'accés i el finançament dels serveis.

El principal objectiu és **personalitzar el servei** per tal de garantir el màxim d'autonomia a l'hora de desenvolupar les activitats quotidianes de la vida diària. S'assenyala la importància d'organitzar el model en funció de les persones, i no de les institucions, per tenir capacitat d'atendre les necessitats canviants segons el context i adaptades al territori. Per això, resulta imprescindible plantejar una **atenció integral social i sanitària**, que en el cas de la infància, joventut i adolescència ha d'incorporar la dimensió educativa. A més, la promoció de l'autonomia personal implica un abordatge integral que incorpori la **prevenció** a la dependència com la primera línia d'actuació d'un model que es fonamenti en uns **serveis socials més proactius i menys reactius**. El model també ha de contemplar l'**avaluació** del que es fa en termes de qualitat del servei i eficiència econòmica. Una qüestió, aquesta darrera, que introdueix el repte del model de **finançament** orientat a valorar la viabilitat dels escenaris que poden garantir serveis universals. En aquest sentit, s'apunta al fet que la **capacitat d'universalitat** depèn de com es defineixi l'accés als recursos, **prestació directa de servei o prestació econòmica**, i la possibilitat de **copagament**. Es tracta d'una discussió que, al seu torn, n'inclou d'altres: models de col·laboració **públic i privat** per a la prestació i provisió de serveis o mecanismes de control sobre l'ús de les prestacions econòmiques.

En qualsevol cas, se subratlla la necessitat de **promocionar i reforçar la dimensió comunitària i la coproducció (pública i comunitària) de serveis** en la definició del model. D'una banda, es posa en valor la potencialitat de l'entorn comunitari per arribar allà on no arriba l'Administració pública en relació a la generació de vincles amb les persones. D'altra banda, es planteja la coproducció de serveis entre la comunitat, l'Administració pública i les famílies per millorar la diagnosi dels problemes, així com per fomentar models ecosistèmics, territorials i de base comunitària. Amb tot, però, també s'alerta del perill de reforçar les desigualtats socials en la mesura que l'entorn comunitari no és horitzontal: té més força on hi ha més participació i, per tant, reproduceix el desequilibri social i territorial.

El conjunt d'aquestes reflexions es concreta en les següents demandes orientades a la millora del sistema de cura dels ens locals a partir de la revisió del model d'atenció:

- Incloure la participació de les persones usuàries en el procés orientat a repensar el model d'atenció a les necessitats de cura des d'una mirada integral orientada a la prevenció, la detecció, l'accés i la provisió.
- Promoure l'autonomia personal des de la lògica de la prevenció i l'autocura amb l'objectiu de repensar el model actual: desplaçar l'enfocament assistencial i reactiu dels serveis socials cap a un enfocament preventiu i proactiu.
- Fomentar el plantejament integral sociosanitari amb la inclusió de la dimensió social i sanitària de la cura.
- Reforçar els serveis d'atenció domiciliària per reduir les prestacions econòmiques de cura en l'entorn familiar sempre que sigui possible.
- Potenciar la dimensió comunitària del territori en la prestació dels serveis tot compensant els desequilibris socials i territorials.
- Afavorir la coproducció dels serveis d'atenció a les necessitats de cura des de la dimensió comunitària per tal de promoure la socialització de les responsabilitats i la flexibilitat del model.

4.3. EL REpte DEL MODEL DE GESTIÓ I LA PRESTACIÓ DELS SERVEIS

Per tal de completar el mapa de serveis i la distribució de recursos, les taxes de cobertura permeten formular els reptes relacionats amb el model de gestió, provisió i prestació dels serveis. Des d'una perspectiva territorial, s'observen tendències contràries segons la dimensió dels municipis i la naturalesa de la cura: més bona cobertura en la cura de criatures en els municipis petits i millor cobertura de serveis comunitaris per a la cura de llarga durada en els municipis grans.³ Mentre que el

primer cas s'explica per un canvi demogràfic (davallada de la natalitat) amb el manteniment de la demanda, el segon cas té a veure amb un canvi demogràfic (envelliment de la població) que implica un augment de la demanda.

Des de la perspectiva dels serveis socials d'atenció domiciliària d'àmbit local, la teleassistència és el servei amb més abast territorial, mentre que la cobertura i la intensitat del Servei d'Ajuda a Domicili apareixen relacionades amb les característiques territorials: més cobertura i intensitat en els municipis més grans, menor cobertura i intensitat en els municipis mitjans i petits, per bé que aquests darrers tenen un índex d'envelliment superior. Aquestes diferències territorials esdevenen un repte en la mesura que impliquen distàncies diferents entre les necessitats i les disponibilitats del servei malgrat un mateix nivell de cobertura i d'intensitat.

³ Vegeu més informació a Diputació de Barcelona (2021). *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari. Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona.*

Cobertura de les prestacions a la província de Barcelona 2019-2020

Teleassistència	→ 90.591 persones usuàries (exceptuant Barcelona ciutat), un 74,2% dones
	→ 12,8, taxa de cobertura de la població de més de 65 anys (exceptuant Barcelona ciutat)
	→ Servei d'atenció domiciliària amb més abast territorial i més cobertura
Servei d'ajuda domiciliària (SAD)	→ 58.359 persones usuàries
	→ 2,7% taxa de cobertura de SAD dependència de la població de més de 65 anys (9,4 dones i 3,8 homes per cada 1.000 habitants)
	→ 4,2 persones usuàries de 65 anys i més [de SAD dependència i social] per cada 100 habitants de 65 anys i més
	→ Intensitat mitjana del SAD dependència: 21,4 hores mensuals per persona
	Diferències territorials:
	→ Comarques amb més cobertura del SAD dependència: Barcelonès, Baix Llobregat, Berguedà i Vallès Occidental
	→ Comarques amb més intensitat del SAD dependència: Barcelonès, Garraf, Maresme, Osona i Vallès Oriental
	→ Els municipis més petits tenen cobertures més baixes
	→ Els municipis mitjans incrementen la cobertura
	→ La intensitat del servei augmenta als municipis amb més població
Centre de dia per a persones grans	→ 3.929 persones beneficiàries
	→ 0,36 % de les persones de més de 65 anys
	→ 3,3 % de les persones beneficiàries de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència amb Programa Individual d'Atenció (PIA)

4.3.1. Les demandes del Fòrum

L'anàlisi de la cobertura dels serveis apunta a la definició del model de gestió, prestació i provisió de serveis com a repte. A partir del repte del model d'atenció, és obligat replantejar com s'organitzen els recursos per tal de respondre a l'atenció centrada en la persona des d'una perspectiva integral i sociosanitària. En concret, el «com» implica repensar el format, el tipus i la intensitat dels recursos que s'ofereixen conjuntament amb el model de gestió respectiu.

D'una banda, es reclama una **cartera de serveis més àmplia, flexible i complementària** que permeti revisar serveis com els centres de dia o els habitatges col·laboratius, alhora que faciliti l'enfocament comunitari. La composició de la cartera de serveis es vincula al seu accés. Per tant, d'altra banda, s'assenyala que cal replantejar els **circuits d'accés i assignació dels serveis** a través de la **figura de gestió dels casos**, especialment per a casos d'alta complexitat. Es tracta d'una persona professional encarregada d'acompanyar, orientar, assessorar, fer seguiment, coordinar i donar suport pel que fa al ventall de serveis disponibles.

Ambdós aspectes de format, contingut i accés, es demanen des d'un model de gestió dels serveis que prioritza l'**entorn domiciliari i comunitari**. Més enllà del debat dicotòmic entre «estar a casa o en una institució», es formula la necessitat de possibilitar una atenció centrada en la persona tot considerant el potencial de la dimensió comunitària i territorial, així com el risc dels desequilibris socials. Per tal que les persones puguin romandre al seu domicili sense reproduir les desigualtats existents, s'apunta al canvi de paradigma en la prestació de serveis considerant, també, la perspectiva de gènere.

En primer lloc, cal tenir present les necessitats de les persones des d'un model rehabilitador per replantejar i ajustar la **intensitat i la cobertura** de la cura al llarg del cicle de vida. En aquest punt, cal evitar la sobreoferta fragmentada de serveis perquè pot anar en detriment de l'entorn familiar i comunitari. A fi de donar resposta a aquesta demanda, en sorgeix una altra respecte de la necessitat de millorar la comunicació entre les administracions i **reduir la complexitat administrativa**. En aquest sentit, la figura de gestió de casos pot contribuir a superar les dificultats administratives i, a la llarga, a reduir les demandes de més intensitat.

En segon lloc, s'argumenta que l'**oferta de serveis a domicili ha de ser holística**, no es pot concebre el SAD, la teleassistència, els centres de dia o els àpats a domicili com a recursos separats i independents. Contràriament, s'han d'entendre com a recursos que integren la dimensió comunitària facilitant que la persona pugui romandre en l'entorn domiciliari i prevenint la institucionalització no desitjada. Tanmateix, la gestió d'aquests recursos sense una mirada complementària comporta **el risc de la institucionalització al domicili**, entès com una atenció assistencial que no té en compte les necessitats de socialització de la persona. Per aquesta raó, es recorda que la tendència a portar els serveis a domicili pot anar en contra de l'entorn comunitari. Com a demanda, s'apunta la necessitat de potenciar l'oferta integrada de serveis, així com els serveis comunitaris, per fomentar que les persones surtin del seu domicili sempre que els sigui possible.

En tercer lloc, per tal que les persones puguin romandre a la llar cal **adaptar el domicili funcionalment** a banda de fer-lo accessible. Respecte d'aquesta qüestió, sorgeix la demanda de l'adaptació funcional entesa com una qualitat de la cura que s'ha de contextualitzar en un entorn urbà i habitacional determinat. Sobretot, si es té en compte que en els contextos on predomina un parc d'habitatges poc accessible la infraestructura condiciona l'atenció i la política de cures.

En quart lloc, apareix la **tecnologia** com un altre recurs necessari per facilitar l'atenció de la cura des del domicili particular. En aquest sentit, es fa referència a la teleassistència, així com a altres recursos tecnològics que poden millorar la quotidianitat. Alhora, es plantegen debats sobre la conveniència d'universalitzar la teleassistència atesa la seva eficàcia així com sobre els límits socials i ètics d'altres recursos tecnològics.

Finalment, es planteja la necessitat de tenir en compte la **configuració de les comunitats** per millorar la definició dels plans individuals que han d'orientar la gestió dels serveis. La caracterització de l'entorn comunitari de la persona esdevé cabdal per poder crear xarxes informals i socialitzar la cura. En aquest sentit, cal no oblidar les tendències territorials per definir el paper que hi ha de tenir l'Administració pública: als municipis petits apareixen serveis comunitaris naturals i xarxes informals, mentre que en els municipis grans hi ha més serveis comunitaris formals i menys informals.

El conjunt d'aquestes reflexions es concreta en les següents demandes orientades a la millora del sistema de cura dels ens locals a partir de la revisió del model de gestió i prestació dels serveis:

- Fomentar l'entorn domiciliari i comunitari per atendre les necessitats de cura de llarga durada.
- Definir un model de gestió de serveis ampli, flexible, integrat i complementari que faciliti l'adaptació a les situacions de cada llar.
- Adaptar les llars de les persones per tal que siguin funcionals a les seves necessitats de cura.
- Incorporar figures amb una funció capacitadora, com la de terapeuta ocupacional, en coordinació amb els altres professionals que intervenen al domicili.
- Incentivar la realització d'activitats fora del domicili particular a fi de promoure la socialització i la participació comunitària.
- Adaptar la intensitat del servei a les necessitats de cura de les persones des d'un enfocament comunitari per evitar la institucionalització domiciliària.
- Adaptar la cobertura del servei a les necessitats de cura del territori segons les característiques de la comunitat.
- Generar mecanismes de control d'adequació i de qualitat de la cura en el cas de prestacions econòmiques.
- Impulsar les tecnologies de suport a la cura de llarga durada per donar resposta a les necessitats.

4.4. EL REpte DE LA FEMINITZACIÓ I FAMILIARITZACIÓ

La distribució dels recursos del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) des de la perspectiva poblacional permet identificar les dones com les principals receptores de les prestacions, mentre que les dades disponibles de la Seguretat Social evidencien que elles també són, majoritàriament, les cuidadores no professionals. Amb tot, el perfil de les persones

usuàries de les prestacions SAAD posa de manifest el pes del gènere en la definició de les estratègies de cura de llarga durada dins de les llars.

D'una banda, l'elevat percentatge d'homes que rep la prestació econòmica de cures en l'entorn familiar (PE-CEF) respecte a la resta de recursos, evidencia que tenen més possibilitats, en comparació a les dones, de rebre atenció i cura dins de la família. D'altra banda, la feminització de les cuidadores no professionals assenyala que, en la majoria dels casos, les dones són les que assumeixen la responsabilitat de cura en l'àmbit familiar i domiciliari. Ambdós aspectes expliquen per què, proporcionalment, elles són menys receptores d'aquesta prestació econòmica (absència de persones dins la família que puguin assumir la seva cura) i que al mateix temps són les principals facilitadores d'aquesta prestació en el cas dels homes.

En canvi, la resta de prestacions orientades a la cura de llarga durada es distribueixen en consonància amb el rostre femení de l'envelliment, que explica per què hi ha més dones amb dependència reconeguda. En aquest sentit, les dones són les principals receptores de la resta de serveis, especialment dels que permeten seguir vivint al domicili particular en situació de dependència lleu.

En el cas de les prestacions vinculades a la discapacitat i la salut mental, els homes en són més beneficiaris malgrat que es tracta de col·lectius equilibrats entre sexes; un fet que pot apuntar al menor reconeixement de la discapacitat i els problemes de salut mental entre les dones, i per tant a veure que es dificulta el seu accés als recursos i s'accentuen les desigualtats de gènere.

Amb tot, s'observa que la distribució de les prestacions reforça, en bona part, l'ideal de cura socialment compartit «a casa i amb la família». Aquest reforçament s'observa, sobretot, en el cas dels homes, mentre que en el cas de les dones es dibuixa una altra realitat en termes de «a casa amb serveis de proximitat». Ambdós casos emfatitzen la feminització de la cura en la mesura que impliquen dones cuidadores i receptores tot assenyalant el tercer repte a considerar: reforçar el SAD, la teleassistència i el suport a les persones cuidadores no professionals sense emfatitzar la feminització del treball de cura.

Perfils dels usuaris segons el tipus de prestacions SAAD

Dona/Home +85 anys Grau II	→ Prestació Econòmica de Cures en l'Entorn Familiar i per a persones cuidadores no professionals (PECEF)
Dona +85 anys Grau II	→ Prestació econòmica vinculada a residència
	→ Centre de dia per a persones grans
	→ Prestació econòmica vinculada a centre de dia
	→ Residència per a persones grans
Dona +85 anys Grau I	→ Servei d'Ajuda a Domicili (SAD)
	→ Prestació econòmica vinculada a SAD
	→ Teleassistència
	→ Sociosanitari
Home 18-65 anys Grau I	→ Residència per a persones amb malaltia mental
Home 18-65 anys Grau II	→ Centre de dia per a persones amb discapacitat
	→ Residència per a persones amb discapacitat
Home 18-65 anys Grau III	→ Prestació econòmica vinculada a assistència personal

4.4.1. Les demandes del Fòrum

Les dades sobre el perfil de les persones cuidadores i usuàries posen de manifest el repte de la feminització i la familiarització de la cura. Es tracta d'una realitat que emergeix a conseqüència del sistema de serveis socials i el model de cura construïts al llarg de les darreres dècades. Ambdós, sistema i model, es fonamenten i recolzen sobre la responsabilitat familiar que, a la pràctica, esdevé un eufemisme de la responsabilitat femenina: la major part de les necessitats de cura en el si de les famílies són assumides per les dones des de la invisibilitat del treball que fan, sovint percebut com una qualitat femenina. La manca de reconeixement social i econòmic del treball dedicat a l'atenció i la cura de les persones dependents explica la precarietat que caracteritza les condicions laborals de les professionals del sector, com també les dificultats de professionalització de les dones que hi treballen des de la formalitat, i la invisibilitat de les que ho fan des de la informalitat. Alhora, s'as-

senyalen els problemes de reclutament i de formació de personal com un dels reptes dels serveis de cures.

En aquest punt, es plantegen quatre reptes en forma de demanda. En primer lloc, la necessitat de **millorar la valoració social i econòmica de la cura** per tal de dignificar laboralment el treball que implica. Els requeriments inclouen formació, capacitació i valoració de les competències de les dones que exerceixen com a cuidadores, formals o informals. A més, s'apunta la necessitat de potenciar les possibilitats d'ocupabilitat entre els homes. En segon lloc, quan la cura s'assumeix des de l'entorn familiar, es planteja el **dret de les dones a decidir no assumir** la responsabilitat. En aquest sentit, es proposa que cal valorar qui està preparat per cuidar les persones, qui té les competències professionals i qui té les condicions per fer-ho. En tercer lloc, se subratlla que la familiarització que acompanya la feminització comporta el risc de pensar que totes les persones comptem amb un **entorn familiar disponible** per garantir l'acom-

panyament social i emocional de la cura. Una mirada que dificulta captar les necessitats que es deriven de les llars unipersonals on no existeix una xarxa familiar. Finalment, es planteja que la feminització informal de la cura acostuma a presentar-se vinculada amb la manca de cobertura, intensitat i coordinació dels serveis. Situacions on, sovint, la dona cuidadora assumeix la **difícil tasca que implica la gestió del cas** sense comptar amb els recursos i la informació necessaris.

El conjunt d'aquestes reflexions es concreta en les demandes següents, orientades a la millora del sistema de cura dels ens locals a partir de la revisió del model familiar:

- Potenciar la socialització de la responsabilitat de cura per evitar-ne la feminització.
- Potenciar perfils masculins com a persones cuidadores no professionals.
- Reconèixer el treball de cura per evitar la seva invisibilització.
- Més reconeixement de la discapacitat i la salut mental entre les dones.
- Potenciar la formació professional i social per a l'exercici del treball de cura professional i no professional a fi de millorar-ne la visibilitat, el reconeixement i la qualitat.
- Millorar les condicions laborals de les professionals de la cura.
- Reforçar els serveis de suport a les persones cuidadores no professionals, amb recursos com el respir a domicili, i facilitar que puguin accedir a activitats formatives i relacionals, per a l'autocura o l'oci.

L'estratègia de revertir la cura de llarga durada cap a l'entorn domiciliari i comunitari

05.

A partir dels quatre reptes identificats i la seva concreció en demandes, es posa de manifest que una de les línies estratègiques del procés de transformació cap a un nou sistema públic de cura és revertir la cura de llarga duració cap a l'entorn domiciliari i comunitari. En aquest sentit, el Fòrum de Persones Expertes en Cures proposa prioritzar els projectes vitals més enllà de les estructures institucionals, la qual cosa implica revisar la cartera de serveis segons les necessitats i les preferències de les persones i no a l'inrevés. En última instància, es planteja que cal evitar tant la institucionalització no desitjada com la institucionalització domiciliària. Ambdues comporten el risc de reproduir les desigualtats socials, especialment les de gènere.

Des d'aquest plantejament estratègic, el conjunt de serveis domiciliaris apareix com el focus de les recomanacions que es formulen des de la perspectiva de la innovació social i segons els aprenentatges acumulats a través de les experiències amb èxit desenvolupades en altres territoris.

A continuació, es concreten les recomanacions formulades pel Fòrum de Persones Expertes en Cures en relació amb el Servei d'Atenció Domiciliària, l'Assistència Personal i l'Acció contra la Soledat. Addicionalment, també s'apunten altres línies estratègiques com la revisió del model de centres de dia o el suport a les persones cuidadores no professionals, que no es desenvolupen en aquest informe per manca de temps de desenvolupament en els debats del Fòrum, tot i ser elements importants en el marc d'un sistema públic de cures en la comunitat. Així mateix, tampoc ha estat objecte d'aquest informe l'abordatge d'altres elements de política social que incideixen en l'organització social de la cura com les polítiques d'usos del temps i de foment de la corresponsabilitat i les prestacions econòmiques.

5.1. ELS SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

El conjunt de recomanacions consensuades entre les persones expertes pel que fa al Servei d'Atenció Domiciliària inclouen qüestions de diversa naturalesa que, en cap cas, s'entenen com a excloents. En termes genèrics, s'aposta per donar suport als projectes de vida individualitzats i personalitzats tot millorant l'estratificació, la cobertura i la intensitat a partir de la territorialització i la complicitat de la comunitat. Per això es

considera imprescindible la integració flexible de serveis, la millora del finançament, el compromís amb avaluacions homogènies i el foment de les tecnologies de la cura. Aquest plantejament global inclou recomanacions que fan referència a la planificació dels serveis, és a dir el què, i d'altres que fan referència a la provisió corresponent, és a dir el com. Cal entendre, doncs, que es tracta de propostes complementàries que, a continuació, es presenten tot seguint la prioritització consensuada pel Fòrum.

→ **Incrementar la cobertura i, sobretot, la intensitat del servei.** Des de la perspectiva de la planificació de les intervencions, augmentar la cobertura i la intensitat del SAD apareix com un objectiu fonamental que, a la vegada, està estretament relacionat amb la millora de l'estratificació, el sistema de finançament i la territorialització. D'una banda, cal comptar amb plans personalitzats que captin les necessitats específiques de cada cas. De l'altra, cal considerar la realitat territorial per conèixer les possibilitats de cobertura i agilitzar l'accés al servei. A més, l'increment de la cobertura hauria de passar per poder oferir un servei més preventiu i també per atendre la població infantil i adolescent al domicili.

→ **Impulsar les fórmules d'organització del servei basades en l'autogestió en àmbits territorials reduïts, en la línia de les superilles socials de l'Ajuntament de Barcelona.** La territorialització dels serveis ofereix l'oportunitat d'incorporar la dimensió comunitària. Una de les formes que s'apunta, atès el potencial transformador que ha mostrat en altres experiències, és flexibilitzar la prestació de serveis. A més, se suggereix la importància d'obrir-la a formes d'organització basades en l'autogestió d'equips en àmbits territorials que permetin conèixer millor les necessitats i els recursos, i avançar en la creació d'un entramat de complicitats entre el que és públic i el que és comunitari.

→ **Estendre les funcions i els objectius vinculats a la prevenció a altres serveis i prestacions, i reforçar les visites preventives a domicili.** La implicació de l'entorn comunitari permet cobrir alguns dels límits que s'han detectat des de la intervenció pública i les dificultats per vincular-se amb les persones usuàries potencials dels serveis socials. Un cas paradigmàtic es dona en el terreny de la prevenció, ateses les facilitats que la xarxa comunitària vinculada al

territori i a la quotidianitat té per accedir al domicili o establir contacte amb les persones susceptibles de necessitar algun tipus d'ajut. En aquest sentit, cal tenir present que el suport a projectes de vida comença per les estratègies preventives. Per això, també es planteja la necessitat de reforçar el rol dels serveis socials i els seus equips professionals en la prevenció tot reconeixent-ne el potencial, així com generant condicions laborals adequades que permetin exercir-lo.

- **Avançar en el desenvolupament de serveis i recursos complementaris al SAD, i permetre una més gran compatibilització dels diferents serveis i prestacions.** Per tal de garantir que les persones puguin romandre al seu domicili resulta imprescindible que els diferents serveis d'atenció domiciliària siguin compatibles i es puguin combinar segons les necessitats que es desprenen de cada situació. A més, es posa de manifest la necessitat de reforçar els altres serveis i equipaments comunitaris per tal d'evitar la institucionalització en el domicili, així com el reforç de l'atenció primària i secundària en l'àmbit social i sanitari. En definitiva, es proposa entendre el SAD com un recurs més dins del paquet de serveis d'atenció domiciliària el disseny flexible del qual ha de permetre que les persones puguin romandre en el seu entorn residencial i comunitari. En aquest sentit, s'introdueix el debat sobre el pressupost personal com a fórmula que, amb suport i acompanyament, permet escollir els serveis adequats a les necessitats de cada moment i transitar amb més facilitat entre els uns i els altres.
- **Desenvolupar programes experimentals d'integració de serveis a domicili.** La viabilitat de la complementarietat dels serveis i els recursos passa per impulsar proves pilot que permetin articular i coordinar la integració de les atencions que es fan en l'entorn domiciliari amb la col·laboració de l'entorn comunitari. Es tracta d'integrar els recursos comunitaris existents en un territori amb els recursos d'atenció bàsica i especialitzada dels serveis socials, així com els recursos i els programes sanitaris orientats a les persones en situació de dependència.
- **Fomentar la lliure elecció de les persones usuàries i la possibilitat d'accedir a determinats serveis de suport i cura mitjançant l'ús de prestacions**

econòmiques. Pel que fa a les vies d'accés als serveis i als recursos es planteja la lliure elecció com una forma que pot permetre millorar la personalització i la flexibilitat de l'atenció alhora que potencia les interaccions amb la comunitat. Bàsicament, es planteja que la possibilitat de contractar els serveis segons les necessitats personals implica la interacció amb l'entorn residencial que representa el barri i el seu entramat social integrat per associacions, equipaments, organitzacions, comerços, etc. En aquest sentit, la lliure elecció es proposa com una recomanació complementària al foment de la dimensió comunitària. Des d'aquesta perspectiva, s'alerta del risc que suposen algunes experiències en què l'ús de les prestacions econòmiques queda reduït a les persones amb més recursos i, a conseqüència, la població amb més dificultats socioeconòmiques corre el risc de quedar com a usuària dels recursos més assistencials.

- **Establir sistemes d'avaluació de la qualitat de l'atenció, incloent-hi l'aplicació d'escalas de valoració comunes.** Per evitar els riscos de la lliure elecció, entre altres aspectes, es planteja la necessitat d'avançar en la generació de models d'intervenció i sistemes d'avaluació dels serveis, així com d'acreditació d'empreses i d'inspecció específics pel SAD. Un conjunt de sistemes que s'han de pensar des del punt de vista de la satisfacció dels usuaris i també des del punt de vista dels procediments d'atenció i l'impacte del servei en la qualitat de vida de les mateixes persones. En aquest sentit, se suggereix que la figura de gestió de casos, responsable professional d'assessorar, informar i acompanyar en la gestió de la cartera de serveis, esdevé una garantia de qualitat en la mesura que facilita prendre les decisions més adequades segons la situació personal i el context institucional dels perfils assignats.
- **Millorar l'estratificació de les persones usuàries en funció de les necessitats i connectar de manera més eficaç els serveis oferts amb les necessitats identificades.** La mateixa figura de gestió dels casos comporta un canvi profund en el model de provisió dels serveis domiciliaris amb una nova metodologia que permet millorar les estratificacions. La rigidesa, l'escassa amplitud i la reduïda intensitat del SAD dificulta oferir una atenció individualitzada i centrada en la persona. Per això, cal millorar la

detecció de necessitats i, simultàniament, connectar-les de manera més eficaç amb els recursos. Des d'aquesta aproximació, l'estratificació de les persones usuàries es planteja com una acció important per impulsar altres mesures estratègiques: l'augment de la cobertura i la intensitat; l'atenció integrada o la diversificació i la compatibilitat de serveis.

- **Fomentar un aprofitament més gran de les tecnologies avançades en la prestació del SAD i en l'articulació de les cures i els suports que es presten a les persones grans que resideixen a casa seva.** En relació a les tecnologies de la cura, es proposa aprofitar-ne el potencial adaptant l'organització i la prestació dels serveis d'assistència a domicili sempre que impliquin millores en la planificació i la prestació de l'atenció. Alguns exemples fan referència a: les eines per estratificar, la millora de dispositius tecnològics per a la comunicació i la participació comunitària, l'estimulació cognitiva o la monitorització de conductes i sistemes d'alerta. Tanmateix, es tracta d'una qüestió crítica en la mesura que implica aspectes ètics i que no es pot implementar com a substitució de les tasques intensives en mà d'obra professionalitzada.

5.2. L'ASSISTÈNCIA PERSONAL

La proposta de la figura de l'assistència personal sorgeix vinculada al moviment de la vida independent dels anys setanta i vuitanta del segle XX. D'entrada, es planteja des del paradigma del suport a la vida diària i en forma de prestació econòmica entesa com a pressupost personal. Per tant, no respon a l'atenció de la cura des de la lògica de la prestació del servei. En aquest sentit, parteix de la crítica a la rigidesa, l'escassetat i la manca de complementarietat de la cartera de serveis públics per proposar el pressupost individual per a l'assistència personal com una fórmula orientada a garantir la flexibilitat, l'adequació i la personalització.

Tot i les experiències existents, es tracta d'una recomanació molt complexa sobre la qual no existeix consens, ni per la mateixa concepció de la figura de l'assistent personal, ni per la garantia de la seva viabilitat pel que fa a la gestió individual. D'una banda, perquè no existeix una definició clara del que seria aquest perfil professional i de les seves competències. D'altra banda, perquè moltes persones susceptibles de rebre aquesta prestació no tenen la capacitat

de gestionar-la. En aquest punt, novament es fa present el debat sobre la lliure elecció i la necessitat d'establir mesures de control pel que fa a les competències professionals, el reconeixement i les condicions laborals. També, des de la perspectiva de gènere, cal valorar la proposta considerant altres riscos com els que s'evidencien amb les dades sobre violències experimentades per les dones amb discapacitat o diversitat funcional⁴ a casa seva; una situació denunciada per diversos col·lectius conjuntament a les seves demandes per trencar la reclusió a l'espai privat i l'aïllament associat que l'afavoreix.

En qualsevol cas, el conjunt d'aprenentatges condueixen a plantejar la necessitat de corresponsabilització pública en la qualitat de l'ocupació, que es pot generar amb l'establiment de convenis amb entitats de proximitat o centres de vida independent, com a instrument d'acció canalitzador de la contractació.

Alhora, cal tenir en compte que l'assistència personal és una figura professional que en alguns casos, com a Guipúscoa, ha tingut una reformulació que l'ha estès a l'atenció de persones grans d'acord amb un model més proper a les cures, i fins i tot al SAD, que a l'enfocament dels suports. Des d'aquesta aproximació, s'observa que l'experiència de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar de la LAPAD alerta dels riscos que es manifesten en termes de feminització, racialització i foment de l'economia submergida. L'impuls de la prestació econòmica d'assistència personal pot representar una via per fer front a aquests riscos i fer emergir aquesta activitat laboral, alhora que afavoreix l'autonomia, la flexibilitat i la capacitat d'elecció davant d'una cartera de serveis de cures eminentment rígida.

Pel que fa a la qualitat del servei, es parla de la necessitat d'exigir nivells mínims de regulació contractual tot prenent com a referència experiències d'èxit com ara el cas guipuscoà, tot i que també es comenta que es podrien potenciar fórmules contractuals més garantistes que aquest model basat en el règim de servei domèstic. En definitiva, es planteja la necessitat de fer emergir la realitat precària d'un àmbit professional desregulat per combatre-la amb la generació d'una oferta de qualitat

⁴ En el Fòrum de Persones Expertes en Cures no s'ha donat un consens clar sobre la terminologia adequada que cal utilitzar —discapacitat o diversitat funcional—, de manera que s'utilitzen ambdós conceptes.

des de la cocreació i la comunitat. En aquesta tessitura, s'assenyala l'acompanyament en l'elecció individual, així com l'avaluació i la inspecció en la prestació de servei com a elements imprescindibles. Respecte d'aquesta qüestió, el consens passa per acordar la naturalesa de la prestació, a qui s'ofereix, quan es presta i com s'executa.

A partir d'aquestes reflexions prèvies sobre l'assistència personal, sorgeixen dues preguntes clau per formular les recomanacions:

- Com respectar la convivència de drets entre la prestació i la recepció del servei, és a dir, els drets laborals de qui presta el servei i els drets de les persones que necessiten el suport?
- Com definir el model de capacitació: en base a sistemes d'acreditació o autoformació i preferències individuals?

Els punts de consens respecte d'ambdues qüestions assenyalen:

- La institucionalització de la cura com a dret social per garantir alhora la satisfacció de les necessitats i la dignitat de les condicions laborals.
- La necessitat de regular laboralment la figura de l'assistent personal a partir de les relacions contractuals, les condicions de treball i les garanties laborals.
- El dret de les persones amb discapacitat o diversitat funcional a tenir un assistent personal per cobrir les seves necessitats de suport a la vida diària en tot el cicle vital, inclosa la infància, com a inversió social per potenciar l'autonomia des de les primeres etapes.
- La importància de definir un model de capacitació que contribueixi a la professionalització de la figura i que inclogui també els aspectes ètics de la professió.
- La importància de l'adaptació funcional dels habitatges i els productes de suport per poder potenciar al màxim la vida independent, de manera complementària i possibilitadora de l'assistència personal o la permanència al domicili.

Els punts de debat respecte d'ambdues qüestions destaquen:

- El dret de les persones amb discapacitat o diversitat funcional a escollir qui ha de ser el seu assistent personal.
- La provisió de la figura de l'assistent personal com una prestació de servei o una prestació econòmica.
- L'encaix del dret a l'assistència personal amb el model de cura orientat a l'atenció des de l'àmbit comunitari.
- L'orientació de la figura de l'assistència personal cap als suports, per exemple, a la incorporació al món laboral o educatiu, o cap a les cures, o ambdues.
- La competència i l'autoria de l'homologació de les capacitats.
- El risc que les preferències per la prestació econòmica augmentin en els territoris amb menys xarxa pública de serveis com a substitució a l'escassetat de l'oferta més enllà de les preferències i la idoneïtat.

Les recomanacions respecte d'ambdues qüestions apunten a:

- Garantir l'autonomia de les persones amb diversitat funcional o discapacitat sense perdre de vista el seu entorn domiciliari i comunitari.
- Regular laboralment la figura de l'assistent personal.
- Definir un sistema d'acreditació de les competències, de coneixement i actitudinals, necessàries per a l'exercici professional de la figura de l'assistent professional.
- Reconèixer les entitats de vida independent i d'altres que treballen en l'àmbit de la inserció laboral com a capacitadores o homologadores de les persones que presten l'assistència personal.
- Oferir grups d'ajuda mútua o supervisió per a professionals per abordar aspectes com la proximitat entre la relació professional i personal, o l'aïllament amb què generalment s'exerceix aquesta professió.

- Valorar les potencialitats i els límits d'oferir el dret a l'assistència personal a través d'una prestació econòmica o d'una prestació directa de servei.
- Considerar que la prestació econòmica ha d'anar acompanyada de serveis de suport a la detecció, la gestió, la contractació, la inspecció i l'avaluació de la qualitat, així com plantejar la seva incidència en el mercat amb el foment, per exemple, de cooperatives.
- Dissenyar la prestació directa de servei de forma compatible, complementària i integrada, amb altres serveis i recursos comunitaris.
- Establir un sistema d'avaluació que permeti controlar les condicions laborals i la qualitat del servei de l'assistència personal.
- La perspectiva de cicle de vida, entenent que la soledat no desitjada és un fenomen que afecta totes les edats, tot i que s'apunta una major prevalença entre les persones grans i també entre persones cuidadores.
- La personalització de la intervenció des de l'enfocament de suport a projectes de vida i el principi «una persona, un pla», partint dels propis recursos personals.
- La implicació dels serveis socials des d'una perspectiva d'integralitat, transversalitat i treball comunitari.

Els riscos i els reptes que s'assenyalen per a les intervencions comunitàries d'abordatge de la soledat no desitjada són:

5.3. ACCIÓ CONTRA LA SOLEDAT

La soledat —amb l'adjectiu «no desitjada» tot i que en molts països de l'entorn europeu no es fa servir aquest qualificatiu— és un risc potencial d'acord amb el model sociodemogràfic de creixement de les llars unipersonals i de processos d'individualització. En aquest escenari, la detecció i l'atenció a la soledat no volguda és una dimensió de la cura que s'aborda a través de diferents serveis i recursos que incorporen un vessant comunitari important. En aquest punt, es considera rellevant definir què s'entén per comunitat a partir de la revisió de la seva conceptualització, així com la caracterització de la seva composició. Pel que fa als mecanismes d'articulació entre el que és públic i el que és comunitari, es parla de la corresponsabilitat, la col·laboració i la coproducció.

Els punts de consens sobre aquests aspectes clau en l'abordatge de la soledat no desitjada assenyalen:

- La dimensió territorial de barri que facilita establir vincles de proximitat i la participació d'agents comunitaris. Es posa l'èmfasi en l'acció voluntària i, sobretot, en la generació de xarxes veïnals i territorials que reverteixen en tota la comunitat.
- La proactivitat en la detecció i la intervenció per evitar que les problemàtiques s'aguditzin amb impactes negatius en la salut física i emocional.
- L'abordatge de la dimensió estructural de la soledat, des d'una mirada individual, comunitària i poblacional.
- Les estratègies de detecció esteses en diferents espais, recursos i serveis (centres d'atenció primària de salut, teleassistència, entorn comunitari o recursos estadístics com el padró), així com les estratègies d'aproximació a les persones usuàries per generar entorns de confiança.
- La sostenibilitat de la intervenció, l'activació i el compromís de recursos comunitaris per garantir-ne la continuïtat.
- El risc de la mercantilització de programes d'atenció a la soledat, si no hi ha una comunitat forta.
- La coordinació de la informació per evitar una sobreexposició a demandes a les persones.
- L'avaluació de la intervenció per mesurar-ne l'impacte i la incidència en la qualitat de vida.
- L'adaptabilitat a contextos territorials diversos, amb diferents escenaris demogràfics i de mapa de recursos comunitaris.

Línies d'actuació

06.

A partir del consens al voltant dels reptes i les recomanacions per a l'organització social de la cura en l'entorn comunitari a la província de Barcelona i la definició de la línia estratègica orientada a revertir la cura de llarga durada cap a l'entorn domiciliari i comunitari, el Fòrum de Persones Expertes en Cures permet definir quatre línies d'actuació concretades en forma de projectes.

- Prevenció i garantia de servei
- Planificar l'atenció des de la coordinació informativa
- Foment de l'entorn comunitari
- Projectes experimentals d'integració de serveis

El conjunt de les propostes es formula des d'una triple premissa. En primer lloc, es considera imprescindible partir d'un principi de realitat vers la política pública vigent que consideri projectes viables i eficients ateses les possibilitats de la xarxa pública actual i els recursos disponibles. En segon lloc, es busquen respostes per garantir que les persones puguin romandre, el màxim de temps possible, en el seu entorn domiciliari i comunitari per tal d'assegurar la seva dignitat, autonomia i qualitat de vida des del paradigma de l'atenció centrada en la persona. En tercer lloc, es recorda la neces-

El conjunt de propostes es formula des d'una triple premissa:

- Projectes viables i eficients
- Dignitat, autonomia i qualitat de vida en el propi domicili i entorn
- Perspectiva de gènere i reconeixement del treball de cura

sitat d'incorporar la perspectiva de gènere de manera transversal a tots els projectes per tal d'abordar el repte de la feminització d'un àmbit caracteritzat per la precarietat i la manca de reconeixement socioeconòmic del treball de cura. Tot projecte orientat a repensar el sistema públic d'atenció a la cura de llarga durada ha de començar per reconèixer l'eix central al voltant del qual es construeix: el treball de cura i les persones que n'assumeixen la responsabilitat.

A continuació, es defineixen cada una d'aquestes propostes d'acció i es detallen els projectes proposats a partir d'una breu descripció i definició dels objectius principals.



6.1. LA PREVENCIÓ I LA GARANTIA DEL SERVEI

La primera línia d'actuació es refereix a la prevenció i a la garantia d'accés al servei amb l'objectiu d'evitar la institucionalització no volguda, la institucionalització domiciliària i les dificultats d'accés als recursos disponibles. Per això, es plantegen projectes enfocats a les visites preventives a domicili, la seva adaptació funcional i l'accés a la informació disponible.

Projectes

Descripció	Objectius
Potenciar ciutats saludables, accessibles, adaptades i amigables, orientades sobretot a les persones en situació de dependència i les persones amb discapacitat o amb diversitat funcional, assegurant el compliment de la normativa i nous reptes d'accessibilitat universal alhora que es contribueix a la promoció d'un entorn accessible i saludable.	Donar suport als programes conjunts entre salut i educació per al foment d'hàbits de vida saludable dins l'àmbit escolar i del lleure. Impulsar les iniciatives comunitàries per a la promoció d'activitats significatives i d'integració per a persones de totes les edats.
Visita al domicili de persones grans i activació de recursos d'acompanyament per promoure l'autonomia personal des de la lògica de la prevenció i l'autocura amb l'objectiu de repensar el model actual: desplaçar l'enfocament assistencial i reactiu dels serveis socials cap a un enfocament preventiu i proactiu. Exemples: projecte de seguiment, suport i ajut a les persones grans RECOSSIRA (Sort).	Promoure l'envelliment actiu en tots els vessants: salut, participació i seguretat. Donar suport a la vida quotidiana de les persones grans a través d'activitats diverses, com ara acompanyaments per realitzar gestions o visites mèdiques, fer petites reparacions a domicili... Proposar modificacions o adaptacions d'hàbits de vida saludables.
Visita al domicili de persones grans amb una finalitat preventiva, informativa i, si escau, de vinculació amb serveis socials i/o de salut. Exemples: ajuntaments d'Avilés (Espanya) i Odense (Dinamarca), programa «Els Serveis Socials Més a Prop» de la Diputació de Barcelona.	Detectar de manera precoç problemes socials i de salut per part de les institucions. Promoure l'envelliment saludable.
Donar entitat política, jurídica i tècnica als programes d'adaptació funcional de l'habitatge, com un suport necessari de la política de cures a la llar.	Donar entitat, coherència i mitjans a l'adaptació funcional de l'habitatge. Per això, cal: partir d'una definició comuna i un major impuls des del punt de vista polític, jurídic i tècnic; coordinació dels programes actuals i una formació específica i treball interdisciplinari. Millorar els programes existents per evitar discontinuïtat en el temps, tenint en compte les diferents necessitats segons la dimensió dels municipis i potenciant-ne el finançament.
Garantir l'accessibilitat informativa als recursos d'atenció a la cura per fer front a les bretxes digital, idiomàtica i sensorial que dificulten, especialment a persones grans, amb discapacitat intel·lectual i migrades, l'accés a la informació i als recursos disponibles en l'àmbit de les cures.	Fer accessible la informació sobre els recursos en l'àmbit de les cures, amb lectura fàcil i grafismes, per tal de garantir que arribi a totes les persones no alfabetitzades digitalment, amb discapacitat intel·lectual o barrera idiomàtica. Facilitar el paper d'entitats o plataformes de persones usuàries en el suport a la informació, l'accessibilitat o la tramitació de recursos en l'àmbit de les cures.

6.2. PLANIFICAR L'ATENCIÓ DES DE LA COORDINACIÓ INFORMATIVA

La segona línia d'actuació es focalitza a planificar l'atenció i la provisió dels serveis integrant i interconnectant les diferents institucions, així com els àmbits social i sanitari. Es tracta d'una demanda històrica que persisteix com a assignatura pendent. En concret, es planteja la importància d'establir mecanismes que permetin compartir la informació entre les institucions i facilitar el traspàs de coneixement per tenir expedients complets des de tots els àmbits que atenen les persones.

Projectes

Descripció	Objectius
Incloure el grau de dependència —necessitats de cures de persones en situació de dependència— en la Història Clínica Compartida (HC3) i en l'aplicatiu «La meua salut» (i altres mecanismes d'alerta mèdica), per tal que es faci una especial atenció (seguiment de protocols) quan les persones grans són ingressades en un centre mèdic per malaltia, i durant el procés de convalescència.	Millorar l'atenció i la cura de les persones grans en situació de dependència en l'àmbit hospitalari. Evitar situacions de negligència per manca de cures.
Promoure la integració social i sanitària en l'àmbit dominiari, començant per compartir sistemes d'informació i identificant persones amb necessitats socials i sanitàries. És fonamental aprofitar totes les fonts d'informació, inclosos els serveis de teleassistència i encara d'altres. A partir d'aquest punt caldria definir un pla de treball conjunt entre referents socials i sanitaris públics i privats [detecció de necessitats, articulació de serveis, espais per compartir informació i consensuar plans d'actuació, integradors de prestació directa i d'avaluació del sistema]. Cada ens local podria tenir un òrgan col·legiat per coordinar totes les actuacions posant la persona al centre. També és important dotar la persona i/o família de possibilitats de participació efectiva en la definició del servei integrat.	Millorar la qualitat de vida de les persones usuàries de serveis socials i de salut. Retardar els estadis de dependència moderada i severa. Fer més eficient la xarxa de recursos públics partint de l'alineació i la coordinació de les iniciatives existents. Aconseguir la satisfacció de persones usuàries i familiars.

6.3. FOMENTAR L'ENTORN COMUNITARI

La tercera línia d'actuació apunta a la necessitat de fomentar l'entorn comunitari en el sistema públic d'atenció a la cura de llarga durada des dels ens locals. Més enllà de la visió estrictament institucional, cal actuar per impulsar els projectes comunitaris com una alternativa a l'oferta de mercat que promou altres fórmules de complementarietat amb allò públic des de l'autogestió i l'apoderament. Les actuacions també passen per reconèixer el treball de cura i la professionalitat de qui atén les persones en situació de dependència. En aquest sentit, se subratlla la importància de comptar amb les treballadores familiars en tant que acumulen informació privilegiada respecte de les persones usuàries a què cap altre professional de la cura té accés.

Projectes	
Descripció	Objectius
Fomentar, fer seguiment i acompanyament, tant per a la creació com per a la sostenibilitat, de projectes singulars autogestionats i sense ànim de lucre en l'àmbit de la cura o del treball de cures. Aquesta actuació s'inscriu en un canvi de paradigma que promou el disseny, la implementació, el seguiment i l'avaluació conjunta, des de la dimensió públicocomunitària, dels processos de cura. Alhora, afavoreix accions de capacitat i formació professionalitzadora en l'àmbit de les cures en benefici de persones que en general es troben en situació de vulnerabilitat social, afavorint així una acció dels serveis socials més apoderadora que assistencial, amb un potencial transformador en benefici de la comunitat. Exemples: Cooperativa de serveis +65 de Taradell, Cuidem Lluçanès, i Col·lectiu Micaela de Mataró.	Impulsar projectes basats en l'autogestió, l'apoderament i la proximitat. Buscar la complementarietat de serveis públics i comunitaris. Promoure l'apoderament de les usuàries de serveis de cures des de la coproducció i el codisseny de serveis. Impulsar processos d'apoderament i agenciament de les persones grans.
Incorporar la dimensió comunitària en el SAD a través de la creació d'equips territorials que funcionin com a referents per a les persones usuàries, i amb un model arrelat al territori creant sinergies amb el centre d'atenció primària de salut i altres recursos comunitaris.	Promoure el SAD com a recurs que fomenta la socialització de les persones i la connexió amb altres recursos de la comunitat tot contribuint a superar la soledat que afecta moltes persones usuàries, en el marc d'una acció comunitària més àmplia impulsada pels equips de serveis socials bàsics. Experimentar amb un equip de professionals del SAD com es pot crear un espai relacional entre les persones usuàries i altres serveis i recursos de la comunitat, com ara casals i entitats de voluntariat, o el servei de teleassistència, i estendre l'actuació a través de la construcció de protocols i itineraris.

6.4. PROJECTES EXPERIMENTALS D'INTEGRACIÓ DE SERVEIS

La quarta línia d'actuació proposa projectes experimentals d'integració de serveis per reforçar la flexibilitat, l'amplitud i la complementarietat entre el ventall de recursos existents. La manca d'integració exigeix una cobertura dels serveis més intensiva alhora que va en detriment de l'atenció centrada en la persona. A més, reproduïx els dèficits del model de serveis socials que, en bona part, es cobreixen des de la família i, per tant, reforcen la feminització de la cura i les desigualtats socials existents. El conjunt de propostes comparteixen la importància de promocionar la figura de gestió de casos, així com la viabilitat de les prestacions econòmiques amb controls per evitar els riscos socials i laborals que poden comportar. En última instància, s'explicita la necessitat d'avançar cap a un model d'integració que acabi superant la fase experimental.

Projectes

Descripció	Objectius
Integrar recursos per afavorir que les persones amb necessitats de cures de llarga durada puguin seguir vivint al domicili i se sentin part de la comunitat.	Obtenir un diagnòstic sociodemogràfic i de recursos del territori.
	Establir aliances de coordinació / integració sociosanitària i amb la resta de recursos públics i privats, de l'àmbit dels serveis socials i d'altres, com l'educatiu, el cultural, o l'associatiu.
	Capacitar als i a les professionals en metodologia de l'Atenció Integral i Centrada en la Persona (AICP).
Crear un abordatge integrat cost-efectivitat de les necessitats de cures amb un enfocament ecosistèmic, territorialitzat i comunitari des d'un model d'atenció centrat en la persona. Aquest abordatge requereix, en primer lloc, reforçar els sistemes d'atenció primària de salut i de serveis socials; donar valor a l'acció voluntària i revisar polítiques d'habitatge, de salut i especialment de serveis socials per garantir una cobertura d'atenció a les cures que no recaïgui en les dones de l'àmbit familiar.	Formar les persones usuàries i les seves famílies.
	Oferir una atenció integrada en l'entorn domèstic de les persones que necessiten cures i suport a través de la coordinació de recursos i serveis, incloses les treballadores de la llar, les famílies i les persones usuàries.
	Avançar en la generació d'ecosistemes municipals de cures de caràcter comunitari.
Gestionar els casos de manera intensiva a partir d'un mapa ampli de recursos; fórmules d'accés i finançament més flexibles i individualitzades en línia dels pressupostos personals, i la creació de la figura de gestió de cas.	Garantir un paquet de serveis integrats, coordinats, flexibles i personalitzats adaptats a les necessitats de la persona usuària i de les famílies.
	Desenvolupar la figura de gestor de cas com a professional que coneix la xarxa de serveis públics i privats, així com les necessitats de la persona i la família. L'objectiu és acompanyar en els tràmits, l'articulació, l'organització i la coordinació de les cures en casos de gran complexitat i amb dotació econòmica suficient.
	Fer un projecte pilot de pressupost personal com a fons per adquirir els suports que necessita la persona i com a fórmula per fomentar l'atenció centrada en la persona.

Continua a la pàgina següent

Projectes

Descripció

Generar un sistema d'indicadors integrat a partir de definir àmbits d'actuació, tipus d'actuació, accions concretes, evidències i agents involucrats en el sistema de cures, a través de grups d'experts multidisciplinaris i un procés participatiu amb grups focals.

Objectius

Definir els indicadors i crear una eina per avaluar-los a partir de les evidències que aportin les persones usuàries i les professionals.

Formalitzar un grup de treball per analitzar resultats i extreure conclusions de l'estat real dels serveis.

Els projectes transformadors del pla d'actuació de mandat 2020-2023 de la Diputació de Barcelona expressen el compromís de la corporació de la Diputació de Barcelona amb la localització de l'Agenda 2030 de les Nacions Unides per a un desenvolupament sostenible a la província de Barcelona. Aquests projectes transformadors es presenten classificats a partir de les quatre esferes de l'Agenda 2030: les persones, la prosperitat, el planeta i les aliances, uns àmbits als quals la Diputació de Barcelona amb les seves polítiques locals, pot contribuir amb decisió.

Els projectes transformadors de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social pretenen buscar solucions innovadores i integrals als reptes socials, amb una acció transversal, interseccional i de xarxa entre tots aquells agents que treballen per la sostenibilitat i la cohesió socials als municipis, barris i territoris de la província de Barcelona.

El projecte transformador «Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat» té per objectiu enfortir els serveis locals de provisió o suport a les cures, ampliar el suport a les persones cuidadores i promoure el reconeixement i la corresponsabilitat en el treball de cures.

A través del Fòrum de Persones Expertes en Cures es pretén obrir el debat sobre l'organització social de la cura als municipis de la província de Barcelona, amb reflexions i propostes d'acció que volen enriquir el procés de treball en aquest àmbit.



**Diputació
Barcelona**

Àrea d'Igualtat
i Sostenibilitat Social

Passeig de la Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
www.diba.cat/benestar