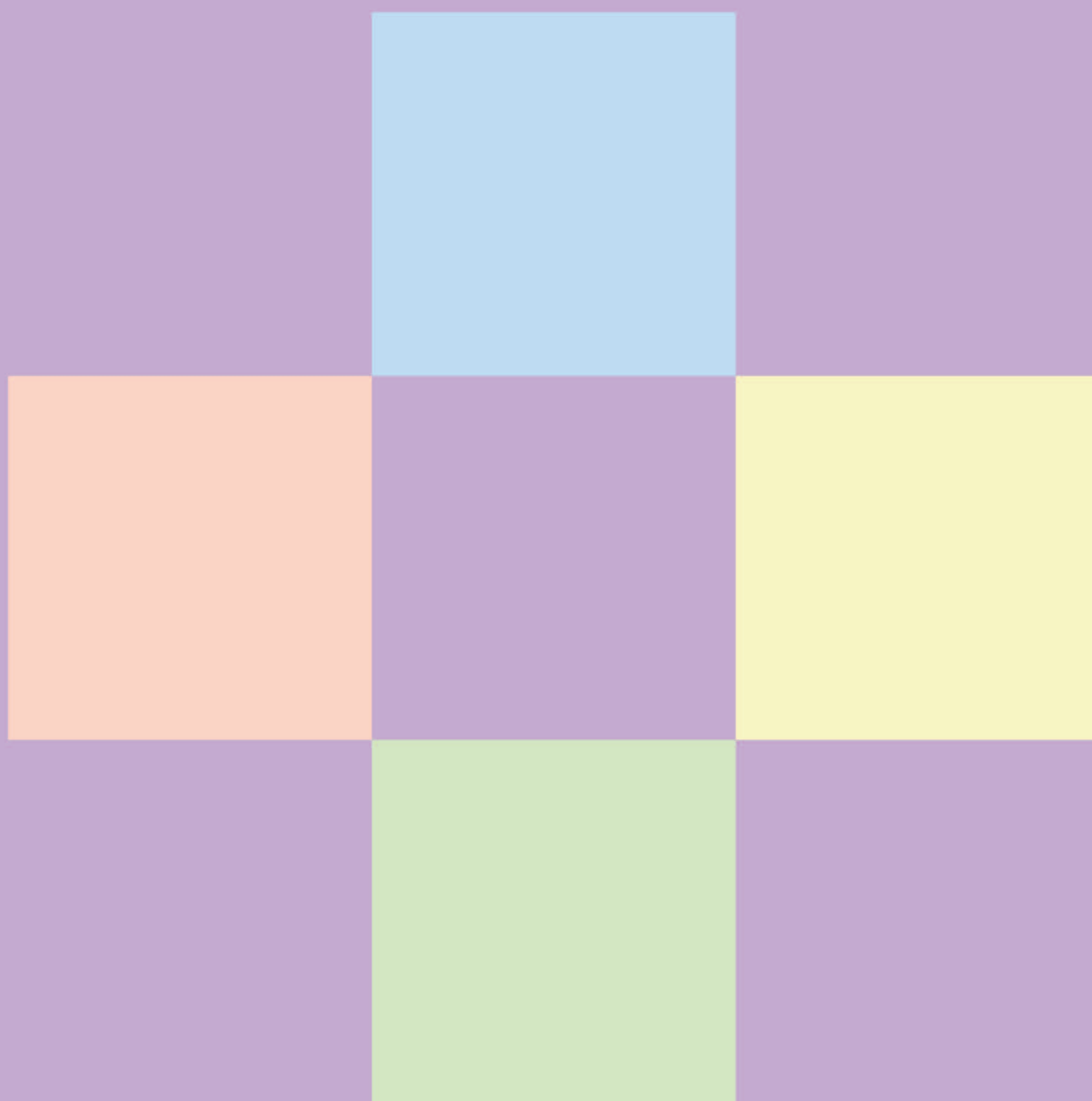




PLA INTERDEPARTAMENTAL
d'ATENCIÓ i INTERACCIÓ SOCIAL
i SANITÀRIA / Garrotxa 2018
Informe-Memòria

Per conèixer el treball que s'està fent en les diferents comissions de la Garrotxa, i que aquest convergeixi i complementi el treball del PIAISS arreu de Catalunya, es va crear un grup impulsor integrat per representants del PIAISS; del Departament de Treball, Afers Socials i Família; del Departament de Salut; de l'Institut Català de la Salut; de l'Institut d'Assistència Sanitària; de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa i del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.

Aquest grup es va reunir els dies 5 de març, 11 de juny i 17 de desembre de 2018, malgrat la dificultat en l'assistència de part dels representants del grup, concretament del PIAISS, ja que l'acord de govern entre els departaments de Salut i d'Afers Socials i Famílies no s'ha resolt. I en aquests moments està caducat.

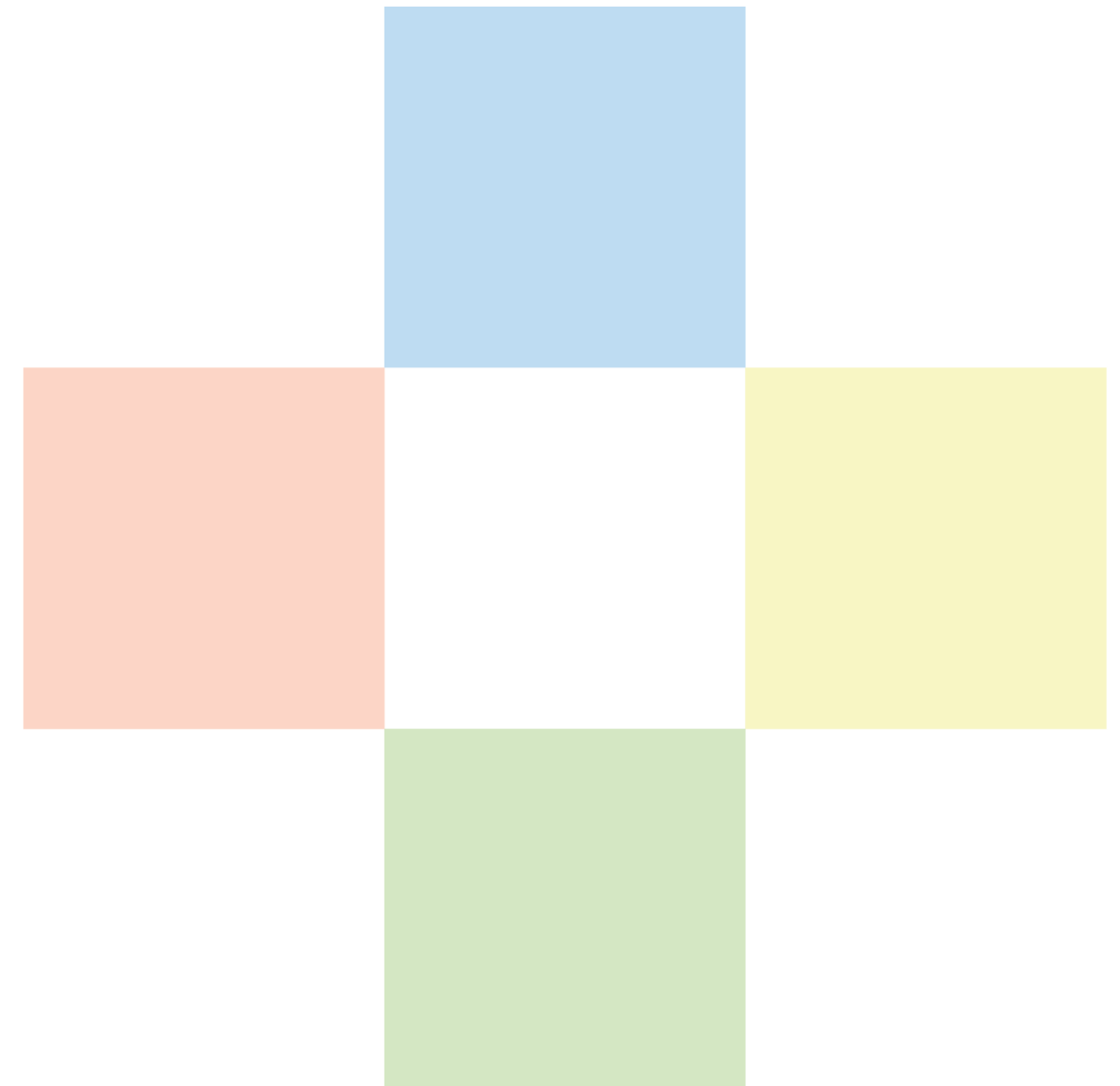
El govern de la Generalitat de Catalunya, des del Departament de la Presidència, aprova, en acord de govern de 25 de febrer de 2014, la creació del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) "com un instrument d'acció per abordar una atenció centrada en les persones, integral i integrada, eficient i de qualitat, i que ha de possibilitar la implicació i la participació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social".

El PIAISS estableix un model de governança territorial a àmbit local, per tal de disposar d'un entorn col·laboratiu i de treball conjunt permanent.

És per això que a la Garrotxa, amb una clara voluntat d'avançar en el model col·laboratiu i de millora i adaptació dels serveis a una atenció centrada en la persona, de qualitat i eficient, es crea, el dia 3 de juliol de 2014, l'òrgan de governança de la Garrotxa, format per l'alcalde d'Olot, el president del Consell Comarcal, el gerent de la Regió Sanitària de Girona del Departament de Salut, la directora territorial del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, el gerent territorial de Girona de l'Institut Català de la Salut i de l'Institut d'Assistència Sanitària, el gerent de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, la directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa i el director del PIAISS.

L'òrgan de governança aprova, el dia 23 de febrer de 2015, el full de ruta "per a l'impuls del model d'atenció social i sanitària integrada a la Garrotxa 2015-2018" i les propostes d'actuacions específiques que recull aquesta memòria.

Aquest document vol detallar el treball fet durant l'any 2018 per les diferents comissions.



PLA INTERDEPARTAMENTAL d'ATENCIÓ i INTERACCIÓ SOCIAL i SANITÀRIA / Garrotxa 2018

Informe-Memòria

1. Equips bàsics d’atenció social i àrees bàsiques de salut	5
2. Atenció domiciliària	9
2.1. Projecte: “Redisseny del procés d’atenció integrada social i sanitària a l’àmbit domiciliari”	9
2.2. Servei de teràpia ocupacional i productes de suport	16
2.3. Incorporació a la Garrotxa del “Programa d’Atenció Psicològica a persones amb malalties avançades, i les seves famílies”	17
3. Interacció entre els àmbits socials i sanitari de la xarxa de salut mental i addiccions a la Garrotxa	18
3.1. Salut Mental d’Adults	20
3.2. Salut Mental infantil i juvenil	21
4. Comissió d’integració dels sistemes d’informació	22

1

Equips bàsics d'atenció social i àrees bàsiques de salut



A la comarca de la Garrotxa es disposa, des de fa 20 anys, de convenis de col·laboració entre l'Institut Català de la Salut (ICS) i el Consorci d'Acció Social de la Garrotxa (CASG), i entre aquest i l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa (HOCG), per poder tenir equips integrats, socials i sanitaris, en les àrees bàsiques de la Vall d'en Bas, Besalú i Sant Joan les Fonts.

En aquests moments s'ofereix:

- Única via d'accés de l'assistència sanitària i social.
- Pla d'atenció individualitzat i/o familiar integrat entre els serveis socials i sanitaris.

A més de les àrees bàsiques rurals, l'ICS i el Consorci també disposen d'un conveni de col·laboració des de fa més de 10 anys per a la integració del treball social a l'àrea bàsica d'Olot. Aquesta àrea bàsica urbana, per les dimensions, té més complexitat d'integració que les rurals i, per tant, s'ha plantejat treballar integradament només les situacions de complexitat social i sanitària.

Aquest canvi de model de treball integrat en situacions de complexitat, que s'inicia l'any 2017 fa que la treballadora social treballi integradament amb les infermeres gestores de casos de salut, però de seguida es visualitza que no totes les persones que tenen complexitat sanitària tenen complexitat social; per tant, amb problemàtica important associada.

A partir d'això, i atès que no disposem d'una escala d'alta complexitat social, ni d'uns criteris clars d'identificació, es decideix durant l'any 2018 de fer un estudi de les situacions gestionades per treball social i treure indicadors que ens puguin ajudar a classificar les situacions d'alta complexitat social per poder construir una escala que identifiqui els casos en què cal treballar des de l'òptica de complexitat social, malgrat que en aquests moments s'hi estigui treballant amb un instrument validat.

En aquesta escala de cribratge comencem a tenir en compte una dada mèdica que indica la multimorbiditat (nombre de malalties cròniques que té una persona) a través dels Grups de Morbiditat Ajustada (GMAs), i establim que el focus d'atenció han de ser les considerades com a GMA 3-4. D'aquesta manera ampliem el ventall de persones que passen a fer un cribratge per part de la treballadora social d'alta complexitat sanitària i social (ACSS). Fins ara eren només les persones portades per les infermeres gestores de casos. També s'hi inclourà les persones amb malalties oncològiques o neurodegeneratives en estat avançat indistintament del GMA.

De l'estudi realitzat establím tres àrees a tenir en compte i que han de coexistir per poder intervenir la professional de treball social amb alta complexitat social i sanitària:

1. SALUT

- GMA 3-4 (es tindrà en compte també el grau de complexitat establert al GMA, mínim 2).
- Malalties neurodegeneratives en estat avançat.
- Malalties oncològiques en estat evolutiu avançat.

2. NECESSITAT

La necessitat principal ha de ser d'autonomia o relacional (dificultat per relacionar-se, dificultat per establir vincles, dificultats per demanar ajut, risc d'aïllament,..)

3. SUPORT:

- Nuclis unipersonals sense suport familiar (per inexistència o inadequat).
- Parella cuidador/a que presenta dificultats i /o té capacitat limitada i no hi ha altres suports, ni família o no és convivent.
- Viu en família, però amb un suport inadequat/negligent.

A més d'aquesta feina per distingir quin perfil considerem de complexitat social i sanitària, també s'ha fet un canvi en la manera d'atendre per tal de poder fer una atenció més ajustada a aquest perfil. Des del novembre del 2018 s'atén amb un model d'agenda semblant al de les gestores de casos o la psicòloga de cronicitat. Les persones han de ser derivades per un professional (SBAS, metge, infermera, psicòloga crònics, hospitals, ...), no podran agafar visita directament. S'estableix un sistema de cribratge telefònic per a les persones que volen demanar hora de tal manera que es pugui fer una primera valoració o cribratge, orientacions, assessoraments i redirigir-les al professional o servei més adequat i així evitar duplicitat en l'atenció. En el cas que es detecti que la persona compleix els requisits, es donarà visita a l'ABS de salut o s'anirà a domicili.

Aquest model es veu afavorit atès que la treballadora social de l'ABS de complexitat social i sanitària treballa amb els dos sistemes d'informació (GESS- social i ECAP- atenció primària de salut). Això afavoreix poder disposar de la informació necessària de l'àmbit de salut i del social i per tant fer un cribratge fàcil.

També la treballadora social de complexitat pot concertar les visites i entrevistes amb els serveis socials bàsics directament; això augmenta la qualitat en l'atenció de la persona i evita desplaçaments innecessaris.

Aquest nou model ha d'afavorir el treball preventiu i augmentar el treball conjunt amb les infermeres gestores i altres professionals sanitaris/socials. També ha de facilitar un augment en la continuïtat de la intervenció perquè afavoreix el vincle envers la persona atesa i el seu entorn.

Durant el 2018 també s'han establert reunions de conferència de cas amb les infermeres gestores de salut per als casos conjunts i poder establir plans de treball integrats, igual que amb la psicòloga de cronicitat, figura que s'incorpora el maig del 2018 a l'Àrea Bàsica de Salut.

S'ha creat un sistema d'informació que afavoreix la tasca de seguiment dels pacients portats per les gestores. Hi consten les dades bàsiques, i s'hi pot consultar quina és la professional de serveis socials referent i si la persona fa seguiment amb la psicòloga de cronicitat.

Pel que fa a les comissions de treball, la treballadora social de complexitat ha participat en la comissió "d'acumuladors de trastos i animals", juntament amb salut mental i en la comissió de violència de gènere.

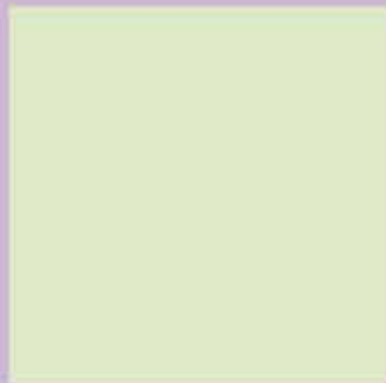
També s'ha continuat participant en el projecte PNASCAT de Diputació de Barcelona i amb el suport de la Fundació Avedis Donabedian, l'objectiu del qual era estudiar una eina (SSM) per valorar les persones en situacions de necessitats socials complexes. Actualment està liderat pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat. Aquest 2018 s'ha acabat de validar l'eina, que es preveu que estigui disponible properament en el sistema d'informació social.

A finals del 2018 el CASG, juntament amb diferents SBAS del territori català, l'han posat en pràctica com a projecte pilot. A principis d'aquest 2019 s'esperen els resultats.

Pel que fa al projecte d'integració en l'àmbit de l'atenció primària, es va gravar el programa de TV3 Latituds, "Integrant l'atenció social i sanitària", que es va emetre el desembre de l'any passat (no ho vàrem fer constar en la memòria 2017) , i en el qual es reflectia part del treball que estem fent a la comarca.

2

Atenció domiciliària



Abans de la creació de la comissió, amb el grup impulsor del PIAISS-Garrotxa es valora que la integració de l'atenció domiciliària és un àmbit de treball molt estratègic, com a model a tot Catalunya. De fet, el 2 de desembre de 2016 la Generalitat ja va informar dels objectius del PIAISS 2017-2020 a nivell de tot Catalunya i va reafirmar que un d'aquests és l'atenció integrada al domicili.

Des d'aquesta comissió, durant el 2018, s'ha treballat en:

2.1. Continuitat del projecte: "Redisseny del procés d'atenció integrada social i sanitària a l'àmbit domiciliari"

Aquest projecte s'inicia l'any 2016, quan els representants de la comissió, i amb el suport de Pilar Hilarión de la Fundació Avedis Donabedian, definim el marc de referència del projecte. Aquest projecte s'aprova en l'òrgan de governança i s'inicia amb la participació de 29 agents del territori de l'àmbit de salut, serveis socials, familiars i usuaris de serveis, i amb el suport metodològic de la Fundació.

L'any 2017 es revisa el model a partir de la metodologia de la gestió de processos, es defineix el mapa de processos general i definim els diagrames de flux de 4 processos: accessibilitat i acollida, valoració, planificació i seguiment i avaluació.

Donada la bona experiència i resultats obtinguts en la 1a fase del taller de Redisseny del Procés d'Atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari realitzada l'any 2017, ens plantegem donar continuïtat al treball encetat.

Per treballar aquests aspectes, hem de posar l'accent en els temes principals que emmarquen el projecte:

- Orientació centrada en la persona, família, cuidadors principals i en el seu entorn cuidador, i comunitària, a fi d'assolir el millor nivell d'autonomia, salut i benestar, la qual cosa afavoreix que les persones i l'entorn cuidador tinguin una bona experiència d'atenció.
- Processos d'apoderament de les persones i forma d'aconseguir-ho.
- Orientació de les intervencions cap als resultats, al funcionament i cap a una bona experiència d'atenció amb la vida de la persona i el seu entorn relacional significatiu.
- Treball interdisciplinari integrat, amb sistemes autocrítics i d'aprenentatge continu entre els serveis socials i de salut i d'altres recursos.
- Treball comunitari en xarxa, tenint en compte les seves vessants de prevenció primària, secundària i terciària per a l'abordatge dels objectius previstos en el pla estratègic de serveis socials i de salut de la Garrotxa, i que tinguin a veure amb el desplegament en l'entorn domiciliari.

Amb aquest marc de treball i amb la metodologia bàsica de la gestió per processos:

1- Revisem els temes pendents pel desplegament dels processos dissenyats en la 1a fase,

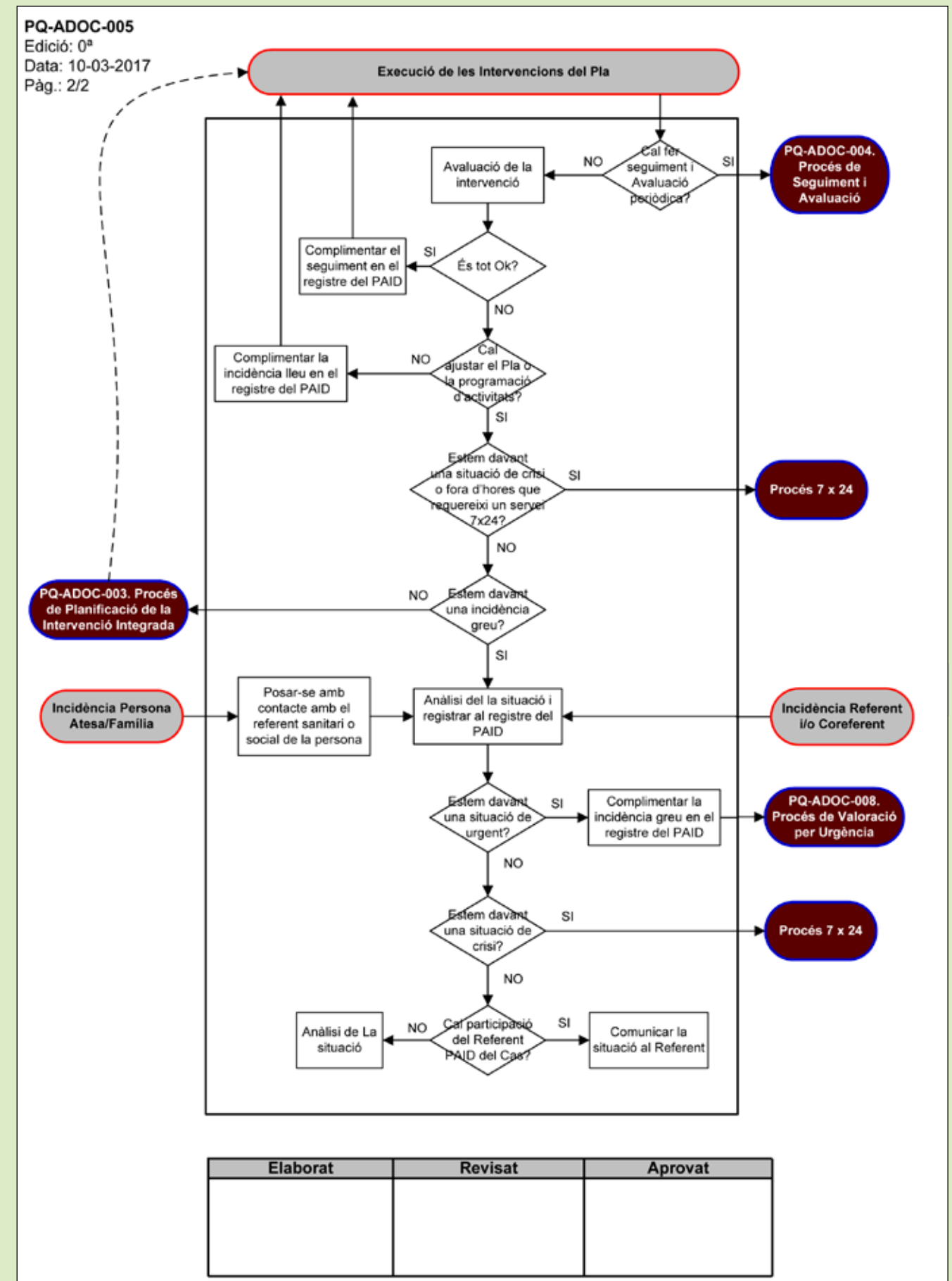
2- Identifiquem estratègies de gestió del canvi que facilitin l'aplicació d'aquest nou model i

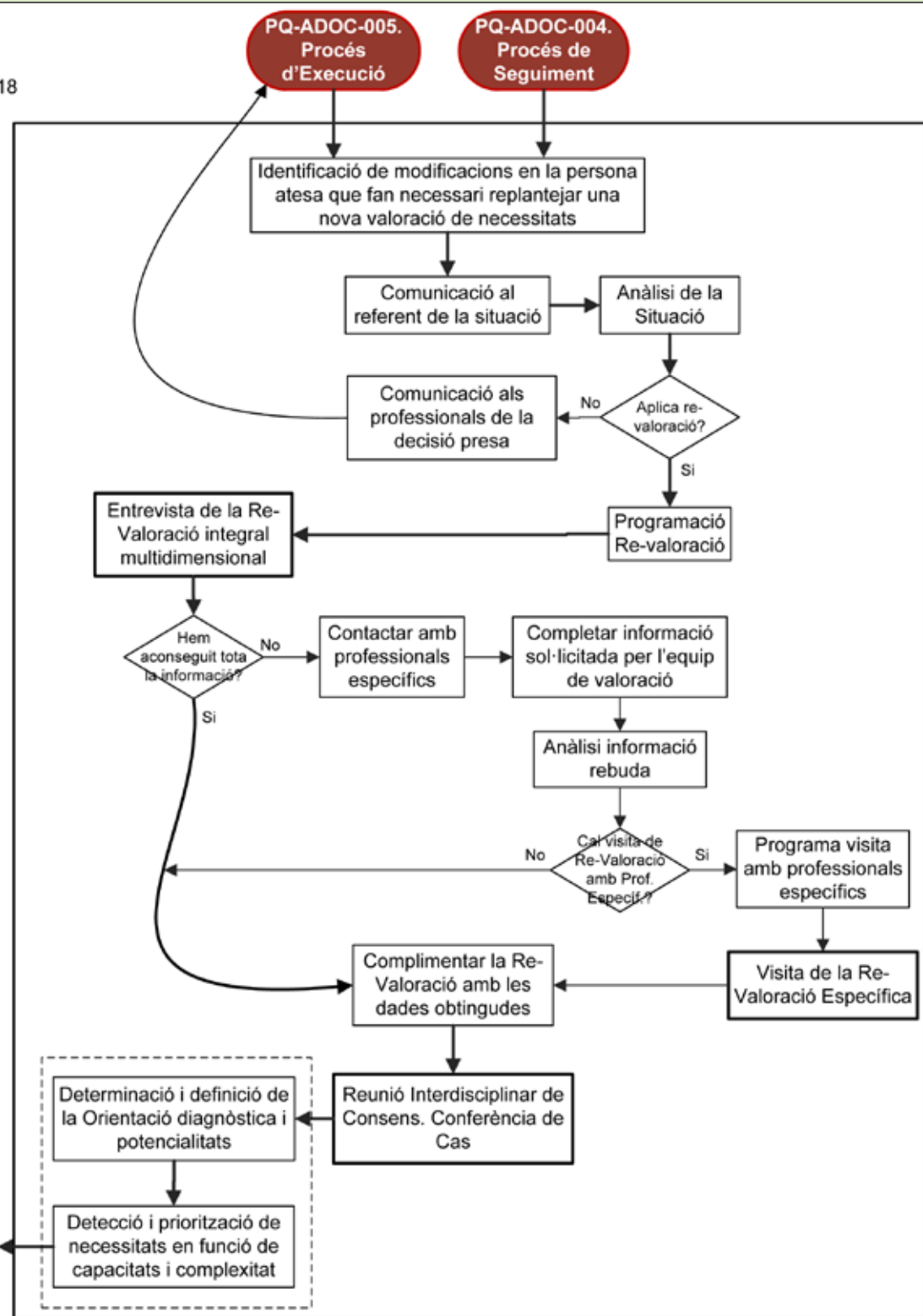
3- Definim 4 nous sub processos:

- Valoració i planificació de l'atenció en situacions d'urgència.
- Execució del Pla d'atenció.
- Revaloració.
- Finalització i comiat.

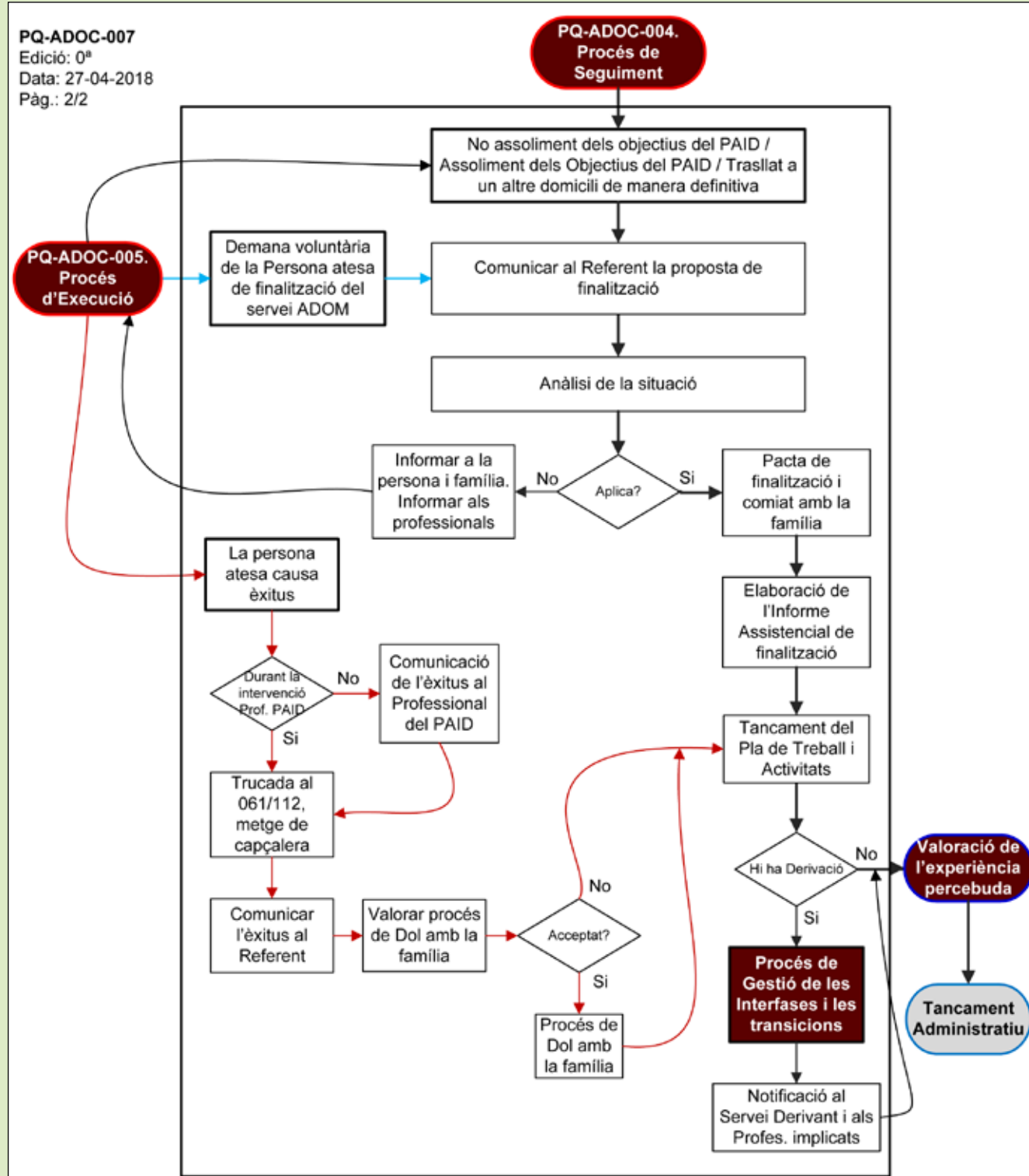
4- Identifiquem elements de governança que es deriven dels processos elaborats.

Per tirar endavant aquest treball comptem amb la participació de tots els professionals que varen treballar en la primera fase (29 persones) i també amb el suport de Pilar Hilarión i Josep Datzira de la Fundació Avedias Donabedian.



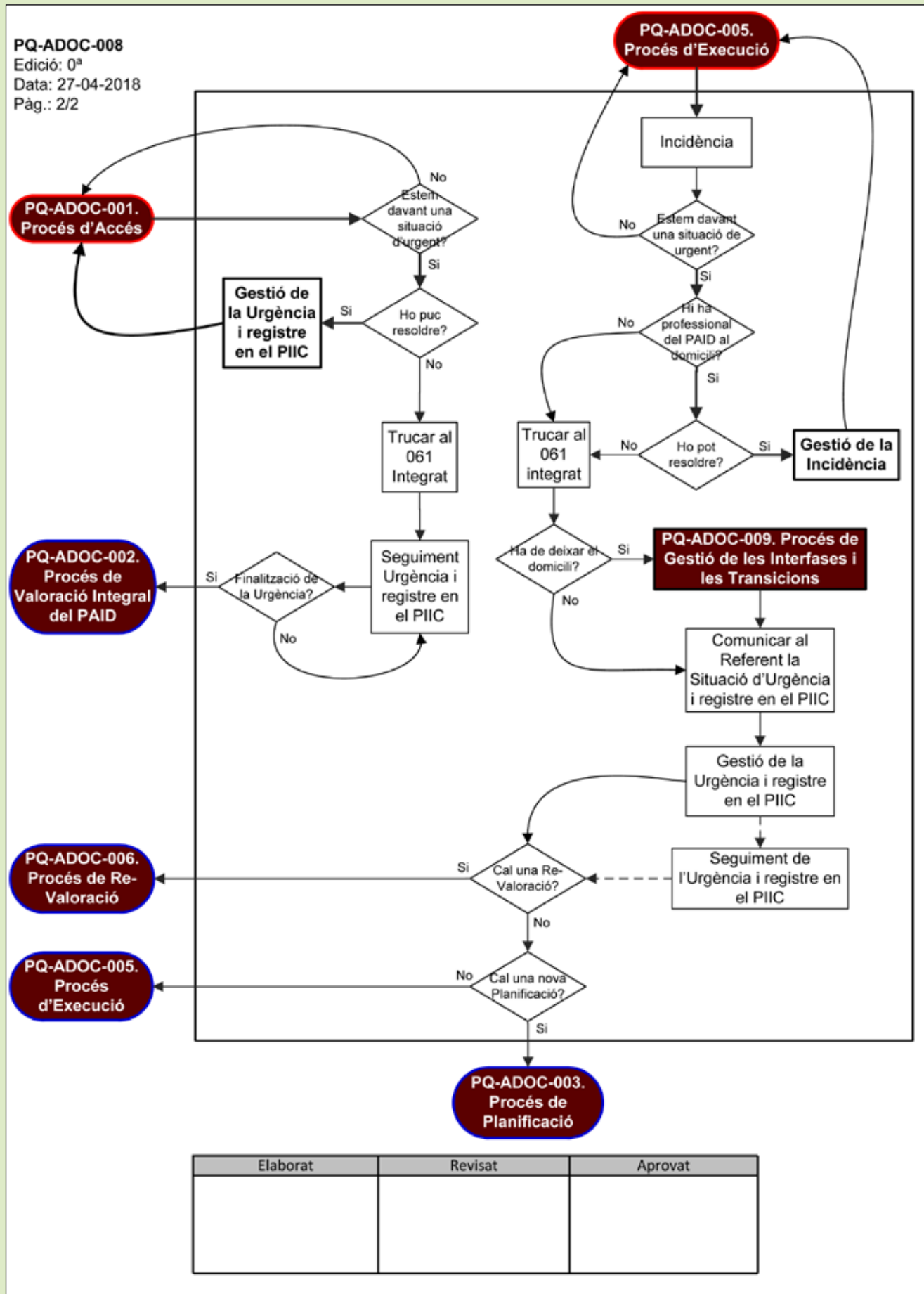


Elaborat	Revisat	Aprovat



Elaborat	Revisat	Aprovat

PQ-ADOC-008
Edició: 0ª
Data: 27-04-2018
Pàg.: 2/2



Aquests processos fets a la Comissió d'atenció domiciliària integrada de la Garrotxa ha servit per elaborar un esquema bàsic de procés a nivell de Catalunya per ser adaptat a diferents territoris de Catalunya que vulguin iniciar un procés de treball similar. El PIAISS Catalunya ha elaborat el marc conceptual i de referència, el model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari i el manual d'indicadors.



2.2. Servei de teràpia ocupacional i productes de suport

Des de la comissió s'evidencia la necessitat de disposar d'un servei de teràpia ocupacional, amb servei de recollida, higienització i reposició de productes de suport com a servei d'atenció domiciliària, que era inexistent a la comarca de la Garrotxa.

A partir del mes d'octubre del 2015, i després de contactes previs, es planteja treballar conjuntament amb les responsables de serveis socials de les comarques d'Osona i del Ripollès per elaborar un nou model de servei supracomarcal.

S'aprofita el coneixement que té la comarca d'Osona en aquest tema per elaborar un nou model d'atenció, i es defineix el marc jurídic, econòmic i tècnic del qual ha de disposar el nou servei.

Els anys 2015 i 2016 es va elaborar el projecte del servei, el reglament i la proposta de finançament, i el mes de maig de 2017 els tres territoris signen el conveni de col·laboració amb el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, per posar en funcionament el servei, amb una visió modelitzada pel PIAISS, ja que està inclòs com a element clau per disposar del model d'Atenció Integrada a l'entorn domiciliari de Catalunya

Per tant, l'any 2018 és el primer any sencer que tenim el servei .

S'han atès 551 persones (110 Garrotxa). Si mirem les persones valorades en situació de dependència com a població diana del servei, encara hem de poder arribar a molta més població i, per tant, el rep-te per al 2019 és de creixement en usuaris.

El perfil d'usuari del servei és el d'una dona, de més de 80 anys, amb dependència total o severa.

El 55% ve derivat pel sistema de salut.

Tenim un percentatge de persones que paguen una taxa molt baixa, que caldrà revisar aquest proper any.

Els indicadors de temps de resposta de la visita de la terapeuta ocupacional, el temps de resposta de l'entrega i recollida de productes, és correcte; en canvi s'han de millorar els indicadors de les incidències logístiques i del temps de la resolució de la incidència.

En relació a aquest servei, s'ha fet un acord amb el Centre d'Estudis Sanitaris i Socials de la Universitat de Vic per fer l'assessorament i avaluació del desenvolupament del servei, en el període 2017-2020, amb la finalitat de generar un model de base territorial avaluat que pugui ser replicable a altres territoris, generalitzable, equitatiu i sostenible econòmicament. Durant aquest any 2018 s'han treballat els indicadors significatius per extreure dades que puguin ajudar a analitzar el impacte del servei.

2.3. Incorporació a la Garrotxa del Programa d'atenció psicològica a persones amb malalties avançades, i les seves famílies.

Des de l'any 2008 l'Obra Social "la Caixa", en col·laboració amb el Ministeri de Sanitat, desenvolupa el Programa per a l'atenció integral a persones amb malalties cròniques avançades.

L'objectiu del Programa és millorar la qualitat de vida de les persones amb malalties avançades i de les seves famílies, mitjançant l'atenció als aspectes emocionals, socials i espirituals.

El Programa complementa l'atenció sanitària que es duu a terme des de les cures pal·liatives, aportant-hi equips professionals que ofereixen intervenció psicosocial i espiritual per aconseguir una atenció integral en el domicili.

La comissió d'atenció domiciliària, coneixedora d'aquest programa en altres comarques, es planteja informar-se i fer les gestions oportunes per poder disposar-ne.

Aquest projecte Atenció psicològica a persones amb malalties cròniques i en especial en la condició de PCC/MACA, als seus familiars i els professionals que els presten atenció sanitària (EPAC) s'ha iniciat a la Garrotxa a partir del mes de maig de 2018 i es finança a través del Servei Català de la Salut.

Els seus objectius són:

- Prevenir l'aparició de possibles símptomes psicològics que la malaltia crònica i/o avançada pugui desencadenar.
- Acompanyar la gestió del malestar emocional del pacient diagnosticat.
- Adequar la utilització dels recursos assistencials per part del pacient, així com reduir l'ús de fàrmacs, a partir de la intervenció psicològica.
- Garantir l'atenció dels aspectes psicològics i emocionals dels familiars i/o cuidador principal del pacient tractat.
- Facilitar espais socioeducatius i/o d'autocura.
- Promoure la recerca respecte a la intervenció i el tractament psicològic dels possibles efectes produïts per la malaltia crònica i/o avançada.

Durant el 2018 es va fer reunió amb els responsables dels diferents serveis de psicologia de la comarca de la Garrotxa: Xarxa de Salut Mental, Servei de Psicologia de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, Servei de Psicologia d'Oncolliga, per tal d'aclarir els perfils de persones que podia atendre cada servei i el tipus de coordinació que es podia establir.

A més, es va treballar el circuit de derivació i es va presentar el servei als diferents professionals de salut i serveis social .



3

Interacció entre els àmbits social i sanitari de la xarxa de salut mental i addiccions a la Garrotxa

L'atenció a la salut mental és una prioritat de les polítiques públiques com a conseqüència de l'elevada prevalença (una de cada quatre persones patirà un trastorn mental al llarg de la vida) i de l'impacte dels trastorns mentals més greus en l'autonomia de les persones i en les seves famílies. L'atenció a la dependència i a la discapacitat són una prioritat i un repte pels sistemes d'atenció social i sanitària, que han d'aportar solucions a les necessitats que se'n deriven. L'atenció integrada social i sanitària es converteix en una prioritat de totes les polítiques, especialment en l'àmbit dels trastorns mentals, on sabem que els determinants de salut estan majoritàriament fora del sistema de salut.

Per això una línia de treball del full de ruta del PIAISS Garrotxa és la integració de serveis socials, salut i salut mental. A més, el PIAISS en els seus objectius 2017-2020 es planteja l'atenció integrada en salut mental coincidint també amb el Pla director de salut mental i addiccions 2017-2020

Disposem de dos grups de treball: un de persones adultes i un adreçat a infants i joves, formats per representats de serveis socials (CASG) i sanitaris (Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, Institut d'Assistència Sanitària i Institut Català de la Salut) de la Garrotxa.

3.1. Salut Mental d'Adults

L'objectiu del grup de treball de Salut Mental d'Adults és definir i elaborar una ruta d'atenció integrada a la persona amb condició de complexitat i cronicitat de salut mental, en la qual es defineixi el procés d'atenció integrat, el funcionament, l'avaluació i les practiques col·laboratives o compartides.

Les persones que formen part de la Unitat Funcional són:
Jordi Cid, coordinador de Programes de Salut mental i Addiccions IAS.
Anna Mas, metgessa de l'Institut Català de la Salut.
Glòria Bassets, directora atenció primària FHOCCG.
Elisabet Riera, infermera de l'Institut Català de la Salut.
Ernest Torrell, director centre de Salut mental la Garrotxa, Institut d'Assistència Sanitària.
Roser Rabassedas, infermera Centre de Salut mental la Garrotxa, Institut d'Assistència Sanitària.
Jaume Cuní, treballador social del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.
Carme Sans, directora de serveis, Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.
A partir del novembre s'hi incorpora Carme Cunillera, CAS (Atenció toxicomanies de la Garrotxa).

Durant el 2018 s'han fet 7 reunions. S'ha treballat:

La unitat funcional de la ruta de la complexitat

- Identificar les persones amb condició de complexitat derivada d'un problema de salut mental.
- Proposar la identificació de la persona amb condició de complexitat, pacient crònic complex.
- Avaluació integrada de la persona- eina de detecció, valoració.
- Establir els processos assistencials de la ruta de la complexitat.
- Definir els referents del cas, elaboració PIIC.
- Pla avaluació i seguiment.

Els criteris del pacient crònic complex:

- Indicadors socials

- Desvinculació
- Hiperfreqüentador

El procés d'elaboració de l'eina/fitxa d'identificació i registre de casos i proves amb diferents casos per tal de validar-la.

Diferents aspectes per la seva implementació: horaris, calendari, circuit llistats, presentació als diferents equips.

S'ha acordat que la unitat funcional es reunirà quinzenalment amb cada UBA de l'Àrea Bàsica d'Olot.

3.2. Salut Mental infantil i juvenil

Les persones que formen el grup de treball són:
Jordi Cid, coordinador de Programes de Salut mental i Addiccions IAS.
Maria Àngels Domínguez, coordinadora CSMIJ Garrotxa i Ripollès. Institut d'Assistència Sanitària.
Eduardo Sacristán, pediatria Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa i Primària.
Carme Sans, directora de Serveis CASG.
Maite Marcó, coordinadora de l'àmbit Infància i Famílies CASG.
Anna Mas, metgessa de família de l'ABS d'Olot.
Josep Lluís Nicolau, director ABS Olot i Besalú.
Ester Pla, Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP).
Fina Colomer, equip psicopedagògic escolar.

Durant l'any 2018 s'ha continuat avançant en la construcció del programa pilot de la ruta de la complexitat adaptada a la salut mental infantojuvenil. S'han fet 7 reunions.

S'ha creat una eina comuna d'avaluació de casos que s'ha validat i fins i tot executat, en alguns casos.

Davant la dificultat de participació del responsable de l'equip pediàtric comarcal, la comissió valora que de moment no es podrà validar l'eina ni implementar-se, i s'està esperant de poder reconduir aquesta dificultat.



4

Comissió d'integració dels sistemes d'informació

Pel que fa a la subcomissió de sistemes d'informació compartits, al llarg del 2016 i a proposta del PIAISS, es va considerar oportú suspendre'n l'activitat atès que és un àmbit que no pot ser abordat a escala local, exceptuant el que té a veure amb la creació de les condicions perquè sigui possible la implementació del projecte d'interoperabilitat en el moment adequat.

El març del 2017 es va crear la Comissió de direcció de l'estratègia d'integració de sistemes d'informació socials i sanitaris, formada pels secretaris generals dels departaments de Salut i Afers Socials, la coordinadora de polítiques públiques per a l'Estat del Benestar del Departament de Presidència, responsables de projectes estratègics i tecnològics dels dos departaments i membres del PIAISS.

S'està treballant en la compartició de dades sanitàries d'HC3 i socials de GESS, acordades en les comissions funcionals de manera inicial, i s'estan duent a terme treballs a un nivell tecnològic de proves, amb intercanvi d'informació entre HC3 i GESS que es preveu que serà efectiu en "producció" en el segon trimestre del 2019.

Alguns aspectes treballats:

A un nivell funcional

- Les equivalències dels conceptes de recursos socials del GESS amb SNOMED i buscar solucions a les equivalències no existents perquè puguin aparèixer en les consultes de HC3.

A un nivell jurídic

- S'ha treballat el conveni entre Salut i Consorci d'Acció Social de la Garrotxa, però no està signat.

A un nivell de desenvolupament

- Servei web (WS) que permet consultar a la base de dades de CONSENTIMENTS d' HC3 si una persona ha autoritzat que des de GESS es puguin consultar les seves dades de salut.

- Servei web (WS) que permet actualitzar a la base de dades de CONSENTIMENTS d' HC3 que una persona ha consentit que es pugui accedir a les seves dades de GESS per mostrar-les a professionals de Salut.

- Mòdul de TRAÇABILITAT per guardar les dades dels accessos que es fan, com per exemple: qui és el professional que accedeix a HC3, de quina persona són les dades consultades i en quin moment s'ha fet la consulta.

- Servei web (WS) que permet consultar dades d'HC3 d'una persona. Les dades que es recuperen són les mateixes que el SIAS va definir, el gestor d'informació social de l'Ajuntament de Barcelona.

- S'ha desenvolupat una pestanya al GESS perquè des de la pantalla de dades de l'usuari es mostrin les dades i alguns documents d' HC3.

Persones que han participat en el PIAISS – Garrotxa:

Albert Pérez, gerent de l'empresa Servei d'atenció al domicili.
 Anna Mas, metgessa d'Atenció primària Àrea Bàsica d'Olot.
 Anna Suñe, tècnica social d'Alta complexitat social i sanitària, CASG.
 Anton Foguet, cap del Servei de Pediatria. Hospital d'Olot /comarca de la Garrotxa/ICS.
 Arantzazu Aguerri, psicòloga Atenció a la cronicitat salut.
 Carme Pastor, directora d'Infermeria. Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa HOCG.
 Carme Sans, directora de serveis. CASG.
 Carme Guàrdia, auxiliar d'infermeria. ICS.
 Carme Medina, Catsalut.
 Cèlia Costa, treballadora social, IAS.
 Claudi Camps, director de Salut Mental i Addiccions. IAS.
 Dolors Domènech, empresa SAD.
 Fina Colomer, equip d'atenció psicopedagògica, EAP.
 Dolors Rusinés, Departament de presidència de la Generalitat de Catalunya, PIAISS.
 Eduardo Sacristan, pediatria. Hospital d'Olot i comarcal de la Garrotxa.
 Elisabet Riera, infermera, ICS.
 Eva Moreno, terapeuta ocupacional, CASG.
 Ernest Torrell, metge psiquiatre, IAS.
 Ester Barris, treballadora social, Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa.
 Ester Fabregó, terapeuta familiar, CASG.
 Ester Pla, psicòloga CDIAP.
 Ester Vilarrasa, treballadora social, CASG.
 Esteve Avellana, adjunt de Direcció ICS- Girona.
 Glòria Bassets, directora d'Atenció Primària, Hospital d'Olot i de la comarca de la Garrotxa.
 Janina Roca, IAS, psicòloga, IAS.
 Jaume Cuní, treballador social, CASG.
 Joan Carles Contel, comitè operatiu, PIAISS.
 Joan Serra, equip d'atenció psicopedagògica,EAP.
 Jordi Cid - IAS, coordinador Programes Direcció Assistencial.
 Jordi Solé, Cap del servei d'atenció a les persones, Departament d'Afers Socials i Família.
 Josefina Felisart, directora mèdica,Hospital d'Olot i de la comarca de la Garrotxa.
 Josep Lluís Nicolau, director Àrees Bàsiques d'Olot i Besalú, ICS.
 Lidia Diaz, infermera PADES, Hospital d'Olot i de la comarca de la Garrotxa.
 Lúdia Coromina, llevadora, Hospital d'Olot i de la comarca de la Garrotxa.
 Lorena Rodriguez, treballadora social, ICS.
 Margarita Rabassa, gestora de cas, ICS.
 Maria Àngels Domínguez, coordinadora CSMIJ Garrotxa i Ripollès, IAS.
 Mariona Bosch, metgessa Hospital d'Olot i de la comarca de la Garrotxa.
 Marta Espona, adjunta a la direcció de l'EAP Olot- Besalú, ICS.
 Meia Faixedes, cap de Planificació Girona, Departament de Salut.
 Mireia Bosch, programa Atenció psicològica malalties avançades.
 Montse Canet, responsable de processos i continuïtat d'AP, ICS.
 Neus Domènech, infermera d'Atenció continuada, Hospital d'Olot/comarca de la Garrotxa.
 Paula Parra, treballadora familiar.
 Pilar Mateu, Servei de Teleassistència.
 Ramon Font, fisioterapeuta.
 Rosa Vilar, metgessa, ICS.
 Roser Ginabreda, educadora social, CASG.
 Roser Rabassedas, infermera, IAS.
 Sandra Casado, coordinadora autonomia, CASG.
 Sara Rodríguez, directora Atenció Primària IAS-ICS Girona.
 Teia Fàbrega, directora, CASG.
 Xènia Balsera, referent comunitària,CASG.



Generalitat de Catalunya
**Departament de Treball,
Afers Socials i Família**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Generalitat de Catalunya
**Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària**



**Institut Català
de la Salut**



Dipsalut

Organisme de Salut Pública
de la **Diputació de Girona**



HOSPITAL d'OTOT
COMARCAL DE LA GARROTXA



Consorti
d'**ACCIÓ SOCIAL**
de la Garrotxa

IAS

Institut
d'Assistència
Sanitària