



# inclusió.cat

---

I Congrés de l'Acció Social

---

## **ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA DES DELS SERVEIS SOCIALS**

---

6 i 7 de juliol de 2017 | Vic

---

**Recull de comunicacions**

ORGANITZA:



**BLOC 1.1. ACCIÓ COMUNITÀRIA I EXCLUSIÓ SOCIAL**

- EIXGRAN: Un procés comunitari per millorar l'atenció social i de salut a l'Esquerra de l'Eixample (#200) 06
- Les persones sense llar tenen Facebook i whatsapp! (#103) 09
- Noves formes d'intervenció: partint de la persona i no de la pena (#129) 10
- Aula de formació pedagògica, psicològica i d'esport per a consumidors de drogues no legals (#161) 11
- Reducció de la pobresa energètica a Barcelona ciutat i els seus efectes en el benestar (#179) 12

**BLOC 1.2. AVALUACIÓ PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA**

- OIGS – L'Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya: transferibilitat i suport a les experiències en atenció integrada. (#93) 14
- Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització dels serveis sanitaris de la població de Catalunya: anàlisi amb dades individuals. (#94) 15
- Identificació de bones pràctiques en gestió i atenció social i sanitària a Catalunya (#134) 16
- Valor humà. Atenció socioeducativa integrada al municipi de Castell-Platja d'Aro (#180) 17
- L'atenció integrada vista des del tercer sector: reptes, propostes i contribució (#170) 18

**BLOC 1.3. EINES D'INTERVENCIÓ PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA**

- L'experiència gironina del Protocol contra els maltractaments a les persones grans (#135) 19
- Cap a una valoració compartida dels maltractaments a les persones grans (#147) 20
- Un nou model d'atenció integrada: experiència gerontològica d'una recepta social (#164) 21
- Conferència de cas: instrument per a l'atenció integrada a les persones (#202) 23
- Max in love, un projecte d'educació afectiva i sexual per a adolescents, implementat i avaluat (#124) 24

**BLOC 1.4. ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LA GENT GRAN**

- La innovació i la importància de la inclusió dels centres residencials per la gent gran de mitja i alta dependència dins de la xarxa catalana sanitària per millorar l'ACP (#166) 26

- Els tres elements del programa "Tu decideixes com vols envellir" (#104) 27
- Com a casa: procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones. (#107) 28
- Cuidamos contigo, Almoradí y Rojas: innovar tejiendo redes desde el MAICP (#184) 29
- El model Can Font d'atenció a la persona: PAI i reunió d'equip (#172) 30

**BLOC 1.5. NOUS MODELS DE PROVISIÓ I RETORN DE LA INVERSIÓ**

- Anàlisi del retorn social de la inversió del servei d'ajut a domicili: un projecte col·laboratiu (#108) 32
- Les fundacions tutelars com a agent de transformació dels serveis a les persones amb discapacitat (#113) 33
- El nou model d'atenció del servei municipal de teleassistència (#146) 34
- Trenquem mites: La pèrdua de capacitats és sinònim d'autonomia (#151) 35
- Servei BAT (#90) 37

**BLOC 2.1. ATENCIÓ INTEGRADA AL DOMICILI**

- Projecte d'atenció integrada social i sanitària (#95) 38
- Els nous reptes en l'atenció integral sociosanitària a Anglaterra: La importància del valor del treball integral sociosanitari en l'àmbit hospitalari en la reducció d'estades hospitalàries (#116) 39
- Pla de retorn a domicili (#119) 41
- Engranatge: dependència i inclusió social (#153) 42
- Presentació del Pla funcional planta comunitària virtual ABS de Cassà de la Selva (#130) 43

**BLOC 2.2. INSTRUMENTS TÈCNICS PER A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL**

- Projecte d'actualització, millora i validació de l'escala de valoració SOCIOFAM. (EVSF-TSO) (#98) 45
- Experiència de treball coordinat entre serveis socials bàsics i serveis de salut a Figueres i comarca (#123) 46
- DS-DIBA, eina de valoració social per als serveis socials bàsics (#127) 48
- Adaptació i validació de l'escala d'exclusió social a Osona i el Vallès Oriental (#132) 49
- Instruments d'identificació de necessitats socials complexes, l'adaptació a Catalunya (#189) 50

### BLOC 2.3. ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LA SALUT MENTAL

- Projecte “Compta amb mi”. Atenció integrada i integral de les persones de la llar residència de salut mental de Manlleu” ( #198) 52
- Ments despertes: mira amb uns altres ulls (#137) 53
- Llars residències de salut mental: comparació de resultats entre dos models d'intervenció (#186) 55
- Actua, tots per tots (#187) 56

### BLOC 2.4. EXPERIÈNCIES TERRITORIALS D'ATENCIÓ INTEGRADA

- Planificació i gestió sanitària mitjançant l'experiència de la persona hospitalitzada (#140) 58
- L'atenció integrada a les persones amb discapacitat intel·lectual en un entorn residencial (#165) 59
- Programa de gestió de l'atenció complexa d'Osona (#203) 60
- Redisseny del procés d'atenció domiciliària integrada social i sanitària - procés col·laboratiu a la Garrotxa (#194) 62

### BLOC 2.5. LES PERSONES CUIDADORES I EL BENESTAR

- El cuidado. Elementos relacionales y afectivos constitutivos del cuidar en hombres cuidadores (#101) 64
- Preferencias de personas cuidadas sobre el sexo de la persona cuidadora (#144) 65
- La xarxa de grups de suport Cuidem-nos a l'Alt Empordà (#149) 66
- Primer les persones: cuidar com ens agradaria que ens cuidessin (#169) 67
- Les persones amb discapacitat intel·lectual i les enquestes de satisfacció amb el servei (#178) 69

### BLOC 3.1. DESENVOLUPAMENT DELS PROFESSIONALS

- El blog Lleiengel.cat com a xarxa de creació de coneixement en polítiques socials (#128) 70
- El autoconocimiento como competencia profesional del trabajo social (#143) 71
- La “gamificació” com a eina d'exploració, valoració i intervenció social (#195) 71

### BLOC 3.2. PARTICIPACIÓ, QUALITAT DE VIDA I INCLUSIÓ SOCIAL

- ¿Se puede medir la calidad de vida en personas sin hogar? L'escala Gencat de calidad de vida (#112) 73
- El impacto del entorno sobre la participación en actividades de personas con discapacidad física (#109) 74
- Factors psicosocials de salut i de benestar en trajectòries d'exclusió social (#162) 75
- Personas sin hogar: una experiencia de participación (#167) 76

### BLOC 3.3. SISTEMES D'INFORMACIÓ PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA

- Intersocial: interoperabilitat semàntica en l'àmbit de l'atenció social (#110) 79
- Compartint la història clínica i social per avançar cap a la integració social i sanitària (#118) 80
- Proyecto Alborada: el Sistema de Información de Atención Temprana de Andalucía (#125) 81

### BLOC 3.4. XARXES COMUNITÀRIES I ATENCIÓ INTEGRADA

- Taula de Salut Comunitària de Vic; procés de gestació i línies de treball. (#156) 84
- Projecte Radars. Una mirada sensible i respectuosa vers les persones grans (#148) 85

### BLOC 3.5. INICIATIVES PER A LA TRANSFORMACIÓ DEL SISTEMA

- Consens terminològic de l'atenció integrada (#111) 87
- La gestió per processos, eina clau per a la transformació dels serveis socials bàsics (#126) 88
- Un indicador per a un finançament de l'atenció primària més just (#175) 90

**BLOC 1.1.****ACCIÓ COMUNITÀRIA I EXCLUSIÓ SOCIAL**

- **EIXGRAN: Un procés comunitari per millorar l'atenció social i de salut a l'Esquerra de l'Eixample (#200)**

Xabier Ballesteros - *CSS. Antiga Esquerra de l'Eixample. IMSS. Ajuntament de Barcelona*

Lourdes Servent - *Emmaus*

Carmen Herranz - *CAP Casanova*

Mercè Mariné - *Casal Loiola*

**Presentació**

L'eixgràn és una iniciativa comunitària que es va endegar a finals del 2012 al barri de l'Antiga Esquerra de l'Eixample de Barcelona.

Per iniciativa comunitària entenem que des de la seva gènesi respon a la constatació i desig dels promotors de l'eixgràn de donar resposta a les necessitats detectades al barri a partir de la implicació i protagonisme dels veïns i veïnes, entitats i serveis presents al territori, i on tots els moments i etapes del procés (diagnòstic, definició del projecte, pla d'acció, seguiment i avaluació) es realitzen de manera plenament compartida pel conjunt dels participants. És un procés construït de baix a dalt, i sense més recursos que els que aporten els veïns i voluntaris de les entitats, i les professionals de les entitats i serveis implicats.

L'eixgràn actua als barris de l'Esquerra de l'Eixample barceloní (la població els considera un únic barri), però amb una certa permeabilitat territorial donada la variabilitat dels límits de les entitats i serveis participants.

Els barris de l'Antiga i la Nova Esquerra de l'Eixample, que tenen una població de 42.000 i 61.000 habitants respectivament comparteixen determinades característiques comunes, entre les quals destaquen l'envelliment de la població, la presència de moltes llars unipersonals de persones grans, i un coneixement i articulació insuficient entre els diferents actors presents al barri.

Entre els seus punts destacables ha estat esdevenir un espai d'articulació i col·laboració social en un territori on justament manca una trama comunitària.

**Objectiu general**

Millorar la qualitat de vida de les persones del nostre barri, en especial de les persones més vulnerables.

**Objectius específics**

- Disminuir la percepció de soletat a les persones grans
- Contribuir a la generació d'un teixit comunitari i al treball en xarxa a l'Esquerra de l'Eixample
- Afavorir el treball conjunt dels àmbits de serveis socials i de salut.

**Actors**

El projecte es desenvolupa gràcies a la col·laboració i implicació dels:

- Responsables i voluntaris del Casal Loiola
- Responsables i voluntaris d'Emmaús
- Responsables i voluntaris del Banc Farmacèutic
- Voluntàries i treballadora social d'Amics de la Gent Gran
- Voluntaris de totes les parròquies de la zona (Arxiprestat Sant Josep Oriol)
- Participants a La Colla Cuidadora (familiars cuidadors de persones amb dependències i
- Comissió de salut comunitària del CAP Casanova
- Treballadores socials de Caritas
- Equip del CSS Antiga Esquerra
- voluntaris i col·laboradors d'altres entitats
- veïns i veïnes actius a «germanetes» (Recreant Cruïlles, Cuina de Barri, Hort...)
- en alguns espais participen altres serveis com l'Agència de Salut Pública de Barcelona o el CAP Universitat

No és una relació tancada. Atés que el projecte es desenvolupa amb els recursos quotidians dels participants, la incorporació de nous actors es va produint de manera acompanyada a la realització de les accions.

**Tipologia d'actuacions**

En aquests anys hem realitzat accions adreçades a donar resposta a la manca de recursos dels veïns del barri, al reaprofitament d'excedents alimentaris, a promoure accions formatives (tallers) que afovereixin l'ocupabilitat, al coneixement dels actors i recursos del territori, i de manera destacada el problema del sentiment de solitud i aïllament de moltes persones grans del barri.

Tot i que es continuen desenvolupant accions diverses en col·laboració, aquesta darrera línia d'acció és la que s'ha decidit prioritzar, tant per la seva importància i la repercussió en els àmbits socials i de salut de les persones que la pateixen, com per la disponibilitat real de recursos dels participants.

Accions de:

- Sensibilització i difusió comunitària: adreçades a que el veïnatge de l'Esquerra de l'Eixample conegui la problemàtica que pateixen altres veïnes i veïns seus, col·laborin a detectar-la, i es puguin implicar en la seva resposta.
- Desenvolupament de competències individuals: serveis per donar resposta a les persones grans vulnerables detectades: acompanyament per part de voluntaris (des de les entitats), derivació als serveis pertinents, activitats, tallers, formació dels voluntaris
- Enfortiment de l'acció col·lectiva: construcció d'una xarxa de relacions i cooperació entre les diferents entitats, serveis i la gent que viu i conviu a l'Esquerra de l'Eixample de Barcelona. Estem organitzats mitjançant diferents espais que permeten la participació de diverses maneres: hi ha comissions (gent gran, taula de salut), grups de treball transversals (comunicació), plenaris, i un grup motor.
- Creació d'espais comunitaris: espais relacionals i de referència des d'on promoure i facilitar les relacions socials, la cooperació i la solidaritat vers els veïns que es troben en situació de fragilitat
- Reorientació dels serveis i sistemes de salut i serveis socials
- Altres accions

Per posar alguns exemples: creació del projecte Amb Tu, que amb més de 60 voluntaris acompanya setmanalment a una cinquentena de persones; activitats en espais comunitaris, com la festa major adreçades a familiars cuidadors i a persones grans soles, a l'octubre de 2016 van participar un centenar de persones; formació conjunta dels voluntaris de les diferents entitats participants; constitució de la taula de salut del barri; incorporació al projecte comunitari «cuina del barri» (un dinar obert comunitari al mes a l'espai germanetes); formació conjunta en comunitària als residents del CAP; mapeig de les iniciatives i actors del barri. En aquest moment estem acabant la definició d'una xarxa d'espais comunitaris al barri.

#### Metodologia de seguiment i avaluació

En un nivell més quotidià, cada comissió i espai de treball, i el grup motor fan un seguiment i revisió de l'estat de les accions, redefinint-les o proposant de noves en conseqüència. A més, anualment hi ha un plenari on tots els participants poden compartir, valorar i decidir l'evolució del projecte.

En aquest moment de la iniciativa, consisteix en un estudi qualitatiu basat en la investigació-acció-participativa, desenvolupat en un procés en espiral de reflexió-acció-reflexió, que propicia la reestructuració de la relació entre el conèixer i el fer, i entre el subjecte i l'objecte, de tal manera que a cada pas es vagi consolidant la capacitat d'autogestió dels participants i de la pròpia comunitat.

Ho entenem en tres passes fonamentals: diagnòstics participatius; planificació i execució d'activitats segons la prioritització compartida de necessitats a partir de diagnòstics; i socialització de les experiències.

---

#### • Les persones sense llar tenen Facebook i whatsapp! (#103)

Fran Calvo - *Xarxa de Salut Mental i Addiccions, Institut d'Assistència Sanitària*

Xavier Carbonell - *FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull*

Ja no es parla de "Noves tecnologies". L'ús de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) s'ha estès ràpidament (trans)formant la societat. Diferents dispositius fixos i mòbils que possibiliten d'una connectivitat immediata a Internet a través de webs i aplicacions utilitzades en quasi tots els àmbits s'han incorporat a la vida diària de quasi 3,5 bilions de persones arreu del món (1).

L'accés a Internet a Espanya no ha deixat d'augmentar, i segons l'Institut Nacional de Estadística, durant el 2015, el 64,3% de la població espanyola de 16 a 74 anys (més de 27 milions de persones) hi accedeix a diari (2). Aquesta mateixa font refereix que un 96,7% disposa de telèfon mòbil, i un 75,9% d'ordinador). L'accés a Internet i al telèfon mòbil és similar a Catalunya, sent el 79,4% i el 95,3% respectivament.

L'atenció a les persones per part dels serveis socials, educatius i sanitaris no estan exempts de la incorporació de les TIC. De fet, des de la progressiva universalització del correu electrònic als anys 90, han sigut i encara són una part important d'aquesta transformació. Un exemple és la filosofia cada vegada més estesa del web 2.0 i les aplicacions en eSalut, on el subjecte es posiciona com a més responsable de la gestió de la seva atenció sanitària i més actiu i implicat en la seva pròpia cura (3)

La necessitat d'estar connectat com una necessitat cada vegada més bàsica, no inclou qualsevol col·lectiu, inclús aquells que pateixen exclusió social. Probablement un dels col·lectius que són víctimes d'una situació d'exclusió social més extrema a la nostra societat, són les persones sense-llar (PSL). A part del debat sobre la esclota digital, estudis recents conclouen que l'accés de les PSL és similar en alguns casos

al de la població general i les oportunitats per a instrumentalitzar aquestes eines TIC des dels serveis socials i sanitaris són immenses (4,5) tal com es comença a explorar a Madrid (6) i a Girona (7).

L'objectiu d'aquesta proposta és exposar dos experiències amb PSL amb l'ús de les TIC. Per una banda, explicar com l'aplicació de missatgeria instantània WhastApp pot ajudar a millorar la participació de les PSL als recomptes oficials de PSL. Per altra, donar a conèixer els resultats sobre la prevalença d'ús d'Internet i xarxes socials en línia de les PSL de Girona i com aquest ús comunicacional està relacionat amb una millor autoestima i satisfacció amb la vida. Finalment, es proposa una intervenció comunitària per a millorar l'efectivitat en la intervenció a medi obert amb persones en alt risc d'exclusió social que consumeixen drogues per via parenteral.

---

• **Noves formes d'intervenció: partint de la persona i no de la pena (#129)**

Aida Gómez - INTRESS. Institut de Treball Social i Serveis Socials

Estudis recents remarquen la baixa reincidència de les Mesures Penals Alternatives (MPA), en front les penes privatives de llibertat i destaca que de les diferents tipologies de MPA possibles, la més imposada (amb un 77%) són els Treballs en Benefici de la Comunitat (TBC).

Així mateix, un altre estudi remarca la necessitat d'una millora en la coordinació entre els diferents agents implicats en la seva imposició, amb la finalitat de reduir la seva reincidència, mitjançant una major individualització de la pena. Aspecte destacat en la nova reforma del Codi Penal Espanyol.

Partint d'aquestes idees: disminució de la reincidència en MPA, importància de l'adaptació de la pena imposada i que els TBC són la mesura més imposada; cal ressaltar la important labor dels tècnics de MPA que, amb ajuda del treball en xarxa amb els diferents serveis sanitaris i comunitaris, intenten adaptar al màxim el compliment de la pena de TBC.

En aquest sentit, destacar l'oportunitat que va brindar el real decret 840/2011, de 17 de juny en matèria de TBC, a través del qual els tècnics poden adaptar el compliment de la pena de TBC a las circumstàncies personals i de salut del penat, amb la finalitat que la mesura incideixi el màxim possible per afavorir la seva reinserció.

Per exemplificar el que s'ha comentat, es proposa una comunicació oral amb l'anàlisi

de 2 experiències de bona praxis entre l'Equip de MPA de Reus (Serveis Socials d'Àmbit Penal de Tarragona) i els serveis sanitaris especialitzats de Reus: un cas de TBC amb contingut de tractament de Salut mental (en col·laboració del CSM de Reus) i un altre amb contingut de tractament de drogodependències (en col·laboració amb el CAS de Reus), al treballar de manera coordinada va permetre incidir de manera més efectiva en els factors de risc i disminuir la possibilitat de reincidència.

---

• **Aula de formació pedagògica, psicològica i d'esport per a consumidors de drogues no legals (#161)**

Gemma Pey, Verònica Gallardo, Toni Delás, Alex Fernández i Anna Porta  
- Centre Integral Creu Roja, Barcelona

Des dels anys 90 en el nostre país hi ha hagut gran desenvolupament de l'atenció a consumidors de drogues no legals amb important disminució de morts i malalties. Però el camí cap a la incorporació a la societat exigeix apostes en el camp de l'educació adaptades a les possibilitats de les persones.

Des d'Ex AEquo, -associació sens ànim de lucre, inscrita al registre de la Generalitat i que dintre del seus objectius té promoure la salut sense cap tipus de discriminació i molt especialment en zones socialment deprimides- ens varem plantejar l'any 2010, amb col·laboració amb la Subdirercció General de Drogodependències del Departament de Salut posar en marxa l'Aula de Formació.

Es tracta d'un espai educatiu de baixa exigència, que no precisa matrícula, inscripció, ni tan sols és un requisit l'assiduitat. La porta de l'aula està oberta, es pot accedir a cada sessió i els docents aprofiten cada contacte per a treure-li el màxim profit. És un espai per a abordar temes diversos com creació de xarxes socials i ús de les mateixes, aprendre castellà, català o ajut per obtenir el carnet de conduir.

Paulatinament s'ha fet necessària l'atenció emocional i desenvolupament psicològic de les persones en situació de consum actiu. Sota l'observació que molts de serveis i dispositius d'atenció psicològica es dediquen només a persones que volien deixar el consum, però no als consumidors actius. Hem desenvolupat des de 2015 experiències d'actuació puntual a la mida de les necessitats i disposició horària dels nostres usuaris. Sense cita prèvia. Ens ha semblat necessari mantenir aquest esperit d'ajuts immediats, també a l'àmbit de les emocions.

S'ha completat també des de 2015 amb activitats de Psicologia Dinàmica on,

proposant activitats diverses, la finalitat és atendre en la mida del possible, les necessitats emocionals, psicològiques dels nostres atesos.

A l'Aula de Psicologia, les professionals ofereixen activitats adreçades al desenvolupament personal. Sessions de pintura -pinta la música-, visualització de pel·lícules i ulterior comentaris, visites culturals o passejades, esmorzars i berenars. Creant espais on les psicòlogues puguin oferir també el seu ajut.

El 2016 hem volgut aprofitar els valors de l'esport perquè una entrenadora -jugadora d'alt nivell de futbol sala i filòsofa de formació- dirigís un equip en una lliga de futbol sala de caire social.

El conjunt mostra un conjunt d'iniciatives pilot que es plantegen com possibles en un àmbit on costa la participació, la continuïtat. Mostrant una sistemàtica d'immediatesa, aprofitant les ocasions i intentant en cada moment cultivar un respecte mutu i mutu empoderament.

---

### • Reducció de la pobresa energètica a Barcelona ciutat i els seus efectes en el benestar (#179)

Eladi Torres - Institut Municipal de Serveis Socials, Ajuntament de Barcelona

La pobresa energètica és un problema creixent. Des de l'any 2008 Barcelona pateix les conseqüències d'una greu crisi econòmica. En aquest context, el percentatge de població en risc de pobresa i exclusió social s'ha incrementat i s'han agreujat les circumstàncies dels col·lectius més vulnerables. És a dir, llars que no poden mantenir una temperatura adequada o no tenen la capacitat per pagar una quantitat d'energia suficient per a satisfer les necessitats domèstiques bàsiques. Problemàtica que és possible que s'aguditi si tenim en compte la persistència de les dificultats econòmiques, l'augment de les desigualtats o un probable increment del cost de l'energia.

La pobresa energètica pot tenir conseqüències negatives per al benestar de les persones en diferents àmbits: en la salut física i mental, en el rendiment escolar, en l'absentisme laboral, en el deute familiar... S'ha observat que aquest fenomen afecta més a la població amb baix nivell socioeconòmic, a les famílies monoparentals, a les persones grans o a la població immigrada; tots ells grups de població que sovint es veuen afectats per altres determinants socials de la salut.

La gestió de la pobresa energètica des de l'administració local ha estat abordada des d'una perspectiva pal·liativa, sovint dedicada a gestionar prestacions d'urgència social per fer front a les despeses dels subministraments energètics.

El programa de lluita contra la pobresa energètica: programa d'inserció laboral portat a terme a Barcelona durant 2016 va constituir una nova manera d'afrontar el repte energètic des d'una perspectiva local. Tenia un doble objectiu: millorar l'eficiència energètica dels habitatges en situació de pobresa energètica, reduir les despeses en els subministraments energètics i millorar la qualitat de vida de les persones intervingudes; i promoure la inserció laboral, potenciant llocs de treball en el sector de l'energia. Es van auditar 3.100 llars de persones vulnerables derivades dels centres de serveis socials. La inserció de 100 persones es va fer a través del Programa Làbora. Aquesta prova pilot va ser possible gràcies a un conveni de col·laboració públic-social entre l'Institut Municipal de Serveis Socials i el tercer sector (ECAS). Està prevista una avaluació del programa i una de les variables és la relacionada amb la salut.

Enguany, l'Ajuntament ha contractat el servei de detecció i reducció de la pobresa energètica i la millora de l'eficiència energètica de les llars de persones vulnerables. Es mantenen els objectius de la prova pilot i s'amplia la informació i l'assessorament a tota la ciutadania, per tant ja no només intervenen els professionals de serveis socials sinó que s'han iniciat protocols de col·laboració amb d'altres agents com els professionals de la salut, bombers o guàrdia urbana.

En el cas dels centres de salut, s'han fet formacions i s'ha creat un grup de treball (integrat per professionals de serveis socials i salut) per poder detectar de manera precoç casos de pobresa energètica. S'està definint quines són les patologies que poden derivar en dependència energètica per motius sanitaris i que, en els casos de persones amb risc d'exclusió social, poden augmentar la seva vulnerabilitat.



## BLOC 1.2.

### AVALUACIÓ PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA

#### • OIGS – L'Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya: transferibilitat i suport a les experiències en atenció integrada. (#93)

Montse Moharra, Dolors Benítez i Anna García-Altés  
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

**Introducció:** Els objectius de l'Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya són recopilar, validar, organitzar i posar en valor el coneixement del sistema sanitari català a partir de les nombroses experiències innovadores que s'estan desenvolupant en l'actualitat. L'Observatori reuneix els esforços en innovació realitzats per les organitzacions en diversos àmbits de gestió. Proporciona un fòrum per a la compilació d'experiències innovadores i ofereix una pàgina web de la comunitat d'innovació fomentant la interacció entre els més de 1.300 professionals que intercanvien les seves experiències.

**Mètodes:** El procés de registre d'una experiència innovadora comença primer amb l'ingrés a la comunitat d'innovació. Ingressen en la comunitat aquelles experiències que són innovadores, que han generat un canvi, que tenen un impacte en l'optimització de recursos i són escalables. En segon lloc, les organitzacions poden presentar l'autoavaluació de les seves experiències. A continuació, la revisió i l'avaluació d'autoavaluació de les experiències innovadores de gestió constitueix el tercer context en què opera l'Observatori. Les experiències que passen la fase d'avaluació se'ls atorga un certificat de qualitat emès per l'AQuAS.

**Resultats:** Actualment, l'Observatori recull un total de 424 experiències innovadores. La majoria d'aquestes experiències se centren en la millora de processos estratègics i de cura, maneig de pacients amb malalties cròniques, ús de tecnologies de la informació sanitària i consum de productes farmacèutics en l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada. Una bona part de les experiències són d'atenció a la cronicitat i d'atenció integrada, un dels àmbits amb més innovació degut a les polítiques que s'estan duent a terme en els darrers anys.

**Discussió:** L'Observatori reuneix els esforços realitzats en innovació per les organitzacions en diversos àmbits de gestió. Un dels principals desafiaments futurs serà donar suport a l'escalabilitat i transferibilitat d'aquestes experiències innovadores que tenen el potencial en altres àrees per millorar en els resultats finals i la satisfacció del pacient. La identificació d'experiències innovadores permet la compilació d'algunes de les millors pràctiques observades en el sistema.

L'Observatori constitueix una vitrina per donar suport a la transferibilitat de les bones pràctiques, permet la relació entre institucions per tal de crear sinergies i projectes conjunts, i difon els projectes d'atenció integrada.

---

#### • Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització dels serveis sanitaris de la població de Catalunya: anàlisi amb dades individuals. (#94)

Cristina Colls, Dolores Ruiz-Muñoz, Montse Mias, Nico Martín i Anna García-Altés  
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

##### Introducció

Les desigualtats socials són un dels principals determinants de les diferències en salut de les persones. L'objectiu d'aquest treball és analitzar les desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris de la població de Catalunya utilitzant dades individuals.

##### Metodologia

Estudi transversal de la població resident a Catalunya l'any 2015. Les fonts d'informació han estat el registre de persones assegurades, CMBDs, facturació de farmàcia i registre de mortalitat. S'han analitzat variables de salut, utilització de serveis sanitaris i consum de fàrmacs per edat (<15, 15-64 i > 64 anys), sexe i nivell socioeconòmic, construït utilitzant la situació laboral de la persona i el seu nivell de renda.

##### Resultats

Hi ha gradient socioeconòmic en tots els indicadors: més en salut mental i menys en atenció primària i urgències. Hi ha desigualtats de gènere en totes les edats i nivells socioeconòmics. Les persones amb menor nivell socioeconòmic tenen una probabilitat quatre vegades més gran de morir abans dels 65 anys i una major proporció de població de complexitat clínica elevada. Les nenes i els nens presenten un gradient en salut i utilització de serveis molt fort. La salut i la utilització de serveis de les persones de 65 anys i més estan fortament relacionades amb la quantia de les seves pensions.

##### Discussió

Els resultats són d'elevat valor per al disseny de polítiques orientades a millorar la salut de les persones més vulnerables, sobretot la infància i les persones amb problemes de salut mental.

---



• **Identificació de bones pràctiques en gestió i atenció social i sanitària a Catalunya (#134)**

Vicky Serra, Joan M.V. Pons i Mireia Espallargues - *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)*

Carla Montané - *Consultora independent*

Des de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya es va portar a terme una avaluació externa comissionada pel Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, en el marc del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària durant 2014. El projecte va consistir en avaluar models que impliquessin la col·laboració formal dels serveis socials bàsics i els equips d'atenció primària de salut. S'esperava que la present avaluació facilitaria el desenvolupament dels seus plans funcionals, així com la identificació de necessitats, perquè els decisors, a diferents nivells, donessin suport. Finalment s'esperava documentar què eren els models i els seus beneficis (atenció basada en l'evidència). L'objectiu d'aquesta comunicació és compartir l'experiència d'avaluació externa dels 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya i de forma específica: a) descriure el significat de model col·laboratiu i b) descriure bones pràctiques en gestió i atenció identificades. Aquesta avaluació va consistir en un estudi qualitatiu de casos on es va recollir informació a partir de qüestionaris semi-estructurats i grups de discussió amb els professionals implicats a cada model. A més, es van recollir en el cas d'estar disponibles els seus plans funcionals, protocols, circuits i altres documents de gestió.

Els models avaluats (Alt-Penedès, Gironès, La Garrotxa, Lleida, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana i Vilanova i la Geltrú) destaquen per la trajectòria de treball col·laboratiu i pel fort lideratge estratègic i motivacional en el seu desplegament. La majoria sorgeixen com a encàrrec institucional per millorar l'eficiència i la qualitat de l'atenció al 2013, encara que algunes iniciatives fa dècades que es van iniciar (Sabadell, la Garrotxa, Reus). Aquests models es dirigeixen a qualsevol població amb risc de necessitat en salut i social, i només dos es focalitzen en l'àmbit de la cronicitat (altres àmbits són: dependència, infància i adolescència, maltractaments). En aquests models s'han definit estratègies internes per la identificació de necessitats organitzatives i foment del treball en equip. En tots els models es destaquen bones pràctiques que poden ser exemples per a altres models. Es tracta de pràctiques en gestió i governança i també d'atenció social i sanitària. Aquestes bones pràctiques es van classificar segons fossin per la fase inicial de desplegament, relatives a elements d'estructura i serveis del model, processos, i, per últim, per models/experiències en què es comparteix espai. Pel que fa a les bones pràctiques d'atenció, es configuren cinc models o maneres diferents d'enfocar l'atenció coordinada o integrada entre l'àmbit de salut i l'àmbit social.

Aquest projecte ha permès aprofundir en el coneixement dels models organitzatius integrats en el nostre àmbit des d'una visió multidisciplinari tenint en compte les veus dels professionals que treballen tant en la vessant de gestió com de l'atenció a persones amb necessitats socials i en salut. També se'n destaquen bones pràctiques innovadores que poden ser d'utilitat per nous models que es comencin a desplegar o experiències que s'han iniciat i vulguin avançar com a model organitzatiu.

---

• **Valor humà. Atenció socioeducativa integrada al municipi de Castell-Platja d'Aro (#180)**

Teresa Marzo, Paco López, Francisco Fernández, Txus Morata i Jonatan Sánchez  
- *Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés - Universitat Ramon Llull*

Pilar Poyatos - *Serveis Socials - Ajuntament de Castell-Platja d'Aro*

Aquesta comunicació presenta els resultats d'una recerca que s'està realitzant en el municipi de Castell-Platja d'Aro (Girona) sota la direcció del grup GIAS (Grup de recerca, Innovació i Anàlisi social) de la Universitat Ramon Llull, i en estreta col·laboració amb els agents socials del municipi (professionals i ciutadans) amb una metodologia avaluativa, caracteritzada per la participació de tots els agents implicats. L'objectiu de la recerca és validar la hipòtesi inicial conforme si el fet de treballar des d'un model relacional-vincular ha millorat la qualitat de vida i el benestar de les persones que han participat en els projectes del municipi i, com a conseqüència d'aquesta millora, també ho ha fet la salut comunitària de la població. Es vol constatar com un model de creixement centrat en la persona i en el treball cooperatiu pot ajudar a una comunitat a superar els seus problemes i esdevenir resilient i nutritiva.

Aquesta població té trajectòria en portar a terme un treball socioeducatiu molt coordinat entre els professionals de totes les àrees que interactuen al territori (Escoles, Institut, serveis socials, policia, Joventut), basat en tres eixos principals: la persona com a centre de la intervenció, el model relacional-vincular i la pedagogia social comunitària com a metodologia generadora de cohesió social.

Des que en els anys noranta es va començar a treballar al municipi del Castell-Platja d'Aro amb el model relacional-vincular són nombrosos els resultats que estan evidenciant que aquest model està incidint en benefici de la salut comunitària, especialment perquè posa l'èmfasi en què els ciutadans participants en els diversos serveis adoptin un actitud d'autoresponsabilitat sobre la pròpia salut i benestar, alhora que un rol actiu en el procés d'atenció, en el marc d'un acompanyament professional proper i estretament coordinat.

En aquest estudi s'han enquestat a 215 participants de 5 programes diferents, s'han fet 35 entrevistes en profunditat a participants, polítics i professionals dels diferents serveis i 5 grups de discussió. Amb aquesta recollida d'informació es vol posar el focus en la tasca dels professionals que han treballat sota el model relacional-vincular al municipi durant tot aquest temps, juntament amb el nivell de recolzament que han tingut del consistori, a més de contrastar les vivències de molts ciutadans que han format part d'aquesta experiència al llarg dels anys.

Està previst que la recerca finalitzi amb la publicació: Valor Humà. El treball socioeducatiu al municipi de Castell-Platja d'Aro amb l'objectiu de compartir el model de treball de manera sistematitzada, les seves bases teòriques, la percepció dels beneficis que s'obtenen tant pel que fa als participants dels programes, com pels polítics i professionals, les bones pràctiques detectades per afavorir la transferència de coneixement així com les limitacions del model i els reptes de futur en el marc d'un model d'atenció integrada.

---

#### • **L'atenció integrada vista des del tercer sector: reptes, propostes i contribució (#170)**

Emili Grande - *Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya*

Enric Arqués - *Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya*

La Taula d'Entitats del 3r Sector Social, amb la col·laboració de la Fundació pel Desenvolupament Comunitari, porta a terme un estudi sobre l'actual situació del procés d'integració de les atencions social i sanitària a Catalunya amb l'objectiu de clarificar quina responsabilitat han d'assumir les entitats i quines actuacions han de promoure. Les entitats del Tercer Sector tenen la voluntat i el deure de participar en aquest procés des de dues vessants, com a representants i interlocutors dels col·lectius amb majors necessitats d'atenció social i sanitària i com a proveïdors de bona part dels suports i serveis per a atendre aquestes necessitats.

Des de la primera, volem contribuir a l'apoderament de la persona per a fer-se càrrec de la seva salut i benestar, que ha de comptar amb els suports i acompanyament que necessiti i que evitin el desemparament, en un model de Gestió del Cas centrat en la persona, la família i la comunitat. Des de l'òptica de proveïdors, volem contribuir al disseny d'un model integrat de detecció, diagnòstic, provisió i avaluació de la salut i el benestar de les persones que estableixi un accés àgil i eficient, amb independència de les circumstàncies territorials o socioeconòmiques de cada una d'elles, i que garanteixi els nivells mínims d'atenció de les seves necessitats amb independència de la seva opció de vida.

## **BLOC 1.3.**

### **EINES D'INTERVENCIÓ PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA**

#### • **L'experiència gironina del Protocol contra els maltractaments a les persones grans (#135)**

Maria Rosa Guixé i Glòria Pla - *Consell Comarcal de l'Alt Empordà*

Vanessa Velasco - *Ajuntament de Figueres*

Sonia de Paz - *Ajuntament de Girona*

Cristina Meléndez i Adam Olivé - *Mossos d'Esquadra*

Maria Eugènia Sala, Jordi Solé i Ester Campmol - *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya*

*Departament de Salut*

Els maltractaments a la gent gran són una realitat poc coneguda o, més ben dit, coneguda però escassament sistematitzada en els àmbits professionals socio-sanitaris que incideixen en l'atenció a les persones grans. Tenim al davant, doncs, un repte de primer ordre pel qual cal posar en marxa recursos, dispositius i accions que ajudin a emmarcar objectivament aquesta realitat en el marc de la qualitat de vida de les persones grans.

Els serveis i dispositius socials es troben en un moment molt incipient en la lluita per l'eradicació de la violència contra les persones grans, tot i que l'any 2007 a les comarques gironines ja es va signar el Protocol d'actuació contra el maltractament a les persones grans, un protocol pioner en aquells moments a Catalunya. Aquesta ponència vol exposar l'experiència de treball portada a terme a les comarques gironines en aquest àmbit d'acció socio-sanitària en els darrers anys. En aquesta direcció, la ponència presentarà el grup de treball del Protocol, els objectius, les activitats portades a terme així, la sistematització i recollida de dades i els reptes de futur.

**Composició del Grup de Treball del Protocol:** representants tècnics dels ens locals i comarcals, del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Departament de Salut, dels Mossos d'Esquadra, representant del Consell Consultiu de la Gent Gran, de Fiscalia, de l'Institut de Medicina legal de Catalunya i representant de les fundacions tutelars.

**Objectius del Grup de Treball:** 1) Generar un espai de treball en xarxa que permeti millorar l'atenció professional; 2) Fer seguiment i avaluació del funcionament i del seguiment del protocol; 3) Promoure la difusió del protocol entre els serveis i els grups professionals implicats; 4) Impulsar la recollida i la sistematització de dades

**Activitats realitzades 2010-2017:** Accions de difusió i divulgació del protocol a nivell professional com del propi col·lectiu. Accions de sensibilització i informació de manera específica i continuada als professionals que interven en la cura i atenció a les persones grans. Accions formatives dirigides als col·lectius professionals d'atenció directa (tant a nivell comunitari com a nivell institucional) amb l'objectiu de treballar la prevenció i l'abordatge de casos. Recollida de dades sobre abusos a les persones grans realitzat des dels Serveis bàsics d'Atenció Social. S'ha desenvolupat un registre de dades sobre els abusos i s'han construït indicadors per tal de conèixer millor l'evolució del fenomen, la tipologia de maltractaments i els perfils de les víctimes i les persones victimitzadores.

**Recollida de dades:** Informe-valoració sobre els maltractaments i abusos a les persones grans dels serveis socials bàsics de les comarques gironines.

Des de l'any 2011, aquest Grup de Treball impulsa la recollida de dades de manera sistematitzada per part dels tots els Equips Bàsics d'Atenció Social de les comarques gironines i s'elabora un informe estadístic anual. Analitzant la seqüència de dades disponible, aquesta mostra com hi ha hagut un increment del 90% en la detecció de casos per part dels professionals en el període 2011-2015: 131 situacions de maltractament detectades l'any 2011 i 249 situacions detectades l'any 2015.

---

### • Cap a una valoració compartida dels maltractaments a les persones grans (#147)

Ester Quintana - Ajuntament de Barcelona. Àrea de Drets Socials. Direcció d'Intervenció Social, Departament de Gent Gran

Aquest document presenta el resultat del treball realitzat des d'octubre del 2014 per tècnics de l'Ajuntament de Barcelona, el Departament de Treball, Afers Socials i Família, i el Consorci de Serveis Socials i Salut de Barcelona, amb l'objecte de millorar les estratègies de detecció de situacions de maltractament a les persones grans en entorn urbans i d'intervenció coordinada entre els professionals de serveis socials i de salut d'atenció primària.

Sabem que el fenomen dels maltractaments a les persones grans, és una realitat complexa i una de les formes de violència més invisible. Sovint es produeixen en l'espai personal i íntim de la persona, no és fàcil de detectar i encara està poc investigat, fet que dificulta la tasca de molts professionals a l'hora de detectar i atendre aquestes situacions o de dur a terme accions de prevenció i sensibilització.

En moltes ocasions es manté ocult, amagat per part de les persones que el pateixen. Les barreres per a la detecció poden venir de les mateixes persones grans que en són víctimes, dels responsables dels maltractaments, dels propis professionals, de les institucions o de la societat en general.

Entre els principals factors de risc i vulnerabilitat que poden condicionar que una persona gran pugui arribar a patir una situació de maltractament, destaquen: les situacions de dependència, l'aïllament social i el gènere femení. Són aquests aspectes els que han de ser especialment tinguts en compte a l'hora de definir estratègies de prevenció i abordatge de casos de maltractament.

Per aquest motiu es va considerar oportú incorporar a l'acte de la valoració del grau de dependència la identificació sistemàtica de possibles situacions de risc de maltractament, mitjançant un instrument senzill, àgil i ràpid, aplicable en l'àmbit domiciliari amb persones grans. Si es té en consideració que a la ciutat de Barcelona es realitzen anualment milers de valoracions de dependència (noves o revisions) a persones majors de 65 anys, l'abast i impacte de la mesura suposa una millora en la detecció precoç de les situacions de maltractament.

Aquest instrument permet registrar la informació, sistematitzar-la i realitzar les oportunes derivacions de manera simultània als professionals de treball social d'atenció primària, tant de l'àmbit sanitari com de serveis socials, per tal d'iniciar la fase d'exploració i valoració de manera conjunta, compartint informació, augmentant la coordinació, millorant l'eficiència dels sistemes i oferint un servei de millor qualitat a la ciutadania.

---

### • Un nou model d'atenció integrada: experiència gerontològica d'una recepta social (#164)

Helena Faixeda - EAP Sarrià de Ter

#### Introducció

El coneixement en serveis socials avala l'atenció integral que es centra i dona suport a les persones. Les polítiques socials i sanitàries no poden eludir la diversitat, complexitat i els diferents nivells de dependència i obliguen a treballar els serveis socials i sanitaris, per trobar noves sinèrgies. Per cobrir les necessitats canviants, reals i potencials d'aquestes persones, les administracions han d'oferir una cartera de serveis àmplia, sumar esforços i obrir la participació a professionals del sector tant d'àmbit públic com privat.

Una entitat d'atenció psicogerontològica, que dissenya i executa serveis per millorar la qualitat de vida dels usuaris, exemplifica aquest model col·laboratiu.

Presentem l'experiència singular d'aquesta entitat, al servei dels municipis que fan escolta activa de les necessitats dels seus conciutadans, facilitant el binomi social-salut. Definim la recepta social com un document normalitzat per les diferents administracions d'àmbit social i sanitari, que permet als professionals prescriure, o dur a terme, una sèrie d'activitats encaminades a oferir a l'usuari un tractament no farmacològic.

### Objectiu

Analitzar l'aplicabilitat de la recepta social.

### Metodologia

Estudi descriptiu retrospectiu entre els anys 2006-2016 centrat en dos municipis que tenen en comú l'ús dels serveis d'aquesta entitat. Població d'estudi: usuaris que requereixen atenció gerontològica. Mostra de conveniència seleccionada a partir de la derivació dels mateixos professionals de l'Àrea Bàsica de Salut i dels Serveis Socials cap als serveis que ofereix aquesta entitat. Mostra formada per n= 459 persones. Les dades s'han analitzat amb el programa SPSS1.9. Les variables quantitatives s'expressen amb la mitjana i la desviació estàndard (DE); les qualitatives, amb freqüències i percentatges. Les variables qualitatives s'han comparat mitjançant el test KhiQuadrat o el test de Fisher; les quantitatives, amb la prova de T-Student. Es van considerar diferències estadísticament significatives amb un nivell de significació  $p < 0.05$ .

### Resultats

S'han estudiat tots els usuaris tributaris de la recepta social, els pacients amb síndrome geriàtrica i/o trastorns cognitius, així com els familiars i/o cuidadors que ho han requerit. Majoritàriament els usuaris han sigut dones amb una mitjana d'edat a l'inici de les activitats de 69 anys.

Pel que fa a la utilització dels serveis n=173 (26%) han utilitzat programes preventius i de formació, n=265 (41%) programes terapèutics i n= 215 (33%) assistencials. El 46% de les derivacions provenen de les oficines municipals, el 22 % del CAP i el 32% dels serveis socials. Les activitats que presenten una major freqüència són: els cursos, xerrades i tallers de memòria (26%), atenció domiciliària (27%) i l'atenció psicològica (23%).

### Conclusions

Els resultats mostren:

Per una banda, l'aplicabilitat de la recepta social pels professionals dels serveis

socials en l'atenció integrada social i sanitària demostrada en les derivacions i utilització dels serveis. Per altre banda, la resposta ajustada a les necessitats dels usuaris. El desplegament d'aquests serveis, abasta les dimensions socials i de salut de l'envelliment i de la psicogerontologia.

Per tant, es considera necessari continuar el seguiment de les persones ateses i seguir implementant la recepta social, que optimitza l'oferta dels serveis socials, i alleugereix la demanda sanitària i retarda la institucionalització.

Cal continuar, doncs, el treball multidisciplinari amb la implicació de les institucions.

---

### • Conferència de cas: instrument per a l'atenció integrada a les persones (#202)

Eva Rovira i Carme Guinovart

*Grup de cronicitat de SISO*

*Consell Comarcal d'Osona*

*Projecte de recerca Sustain*

L'objectiu d'aquesta comunicació es descriure el procés d'implementació i millora de la conferència de cas (CdC) com a instrument d'integració entre els diferents agents que intervenen en l'atenció d'una mateixa persona. La CdC és una reunió formal, estructurada i planificada on tots els proveïdors dels serveis implicats en l'atenció d'aquesta persona treballen conjuntament amb l'objectiu de definir un pla d'atenció únic i compartit, fet que ajuda a garantir-ne el seu compliment.

La CdC permet formar un equip ad-hoc interdisciplinari i transversal. En general els professionals participants en la CdC són els equips d'atenció primària social i sanitària i representants de l'entorn especialitzat. Un dels participants fa de coordinador de la reunió i es responsabilitza de la redacció del pla terapèutic.

Idealment en la CdC podria participar la pròpia persona i/o el seu cuidador principal. En qualsevol cas sempre caldrà trobar una manera de validar aquest pla amb ella.

Descriuim les característiques de 40 casos consecutius de conferència de cas que han servit per millorar els aspectes metodològics i presentem els aspectes més rellevants de resultats.

La mostra està formada per 40 persones amb edat mitjana de 78,7 anys i dones al 67%. Totes les persones presentaven multimorbiditat ( 3 malalties cròniques) i

alteracions funcionals per les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària. Es varen establir objectius terapèutics en el 95% dels casos. Aquests objectius varen ser de manteniment de la funció en el 65% dels casos, de qualitat de vida en 26% i de supervivència en el 7%. En tots els casos es varen consensuar propostes de com actuar en el moment de crisi i de limitació terapèutica. En tots els casos es varen realitzar intervencions socials i en un 57% es varen proposar canvis o nous serveis en la cartera de serveis socials. La durada promig de la reunió va ser de 50 minuts. Durant el procés d'implementació es varen anar modificant els registres de la conferència de cas especialment en el que fa referència al pla d'intervenció. Les intervencions s'agrupen en 3 blocs: a) modificacions en el tractament farmacològic, b) canvis en la provisió de serveis i c) intervencions basades en el procés de comunicació en el pacient.

La conferència de cas és un instrument que facilita la integració, requereix de preparació i entrenament previ, és un bon instrument docent i està limitat pel factor temps.

---

• **Max in love, un projecte d'educació afectiva i sexual per a adolescents, implementat i avaluat (#124)**

Marta Capdevila - Ajuntament de Lleida

L'any 2013 es va iniciar a Lleida el programa Max in love d'educació afectiva i sexual impulsat per l'Ajuntament. El programa va néixer de la necessitat detectada de programes educatius universals en aquest àmbit.

El programa pretén abordar de manera integral les diferents variables que interactuen en la sexualitat des d'una perspectiva de promoció de la salut. Per una banda aspectes biològics i emocionals, però també les diferències de gènere i els valors personals davant de la presa de decisions.

Està adreçat a joves de 15-16 anys, als seus educadors/es i les seves famílies.

En la seva elaboració hi va participar un equip multidisciplinari amb una clara visió comunitària, format per tècnics municipals de promoció de la salut, joventut i igualtat, la universitat de Lleida, professorat de secundària, professionals de Salut i Escola, sexòlegs i ONG com l'Associació Antisida. També es va consultar a diferents grups de joves.

Parteix d'una obra de teatre interpretada per actors i actrius de l'Aula Municipal de

teatre que tenen la mateixa edat que el públic. El resultat és un espectacle fresc, creïble, proper, autèntic, divertit que provoca la immediata identificació del públic amb el que està passant dalt de l'escenari. Fugint de moralismes, pors i solucions tancades i deixant espai a la imaginació, al debat, a continuar la història un/a mateix/a.

L'obra de teatre va acompanyada d'una guia didàctica amb activitats perquè professorat i educadors/es facin amb els joves. El protagonisme de la tasca educativa se li ha donat a les persones de referència del grup de joves, que prèviament reben assessorament i formació per tirar endavant el projecte. El Departament d'Ensenyament els hi reconeix les hores dedicades com a hores de formació. També s'ofereixen tallers dinamitzats per professionals especialitzats.

Durant els quatre anys de trajectòria hi han participat més de 6.000 joves de 22 centre educatius de Lleida (95% dels centres de Lleida) i 800 famílies.

L'any 2016 es va portar a terme una avaluació d'impacte del programa. Va estar realitzada per l'Institut de Recerca Biomèdica i hi va participar una mostra de 621 joves. La metodologia d'avaluació va consistir en l'aplicació d'un qüestionari pre-test abans d'iniciar el programa i un re-tests un cop els joves havien finalitzat les activitats. Les dades obtingudes mostren que, després d'haver participat a Max in love, els joves milloren els seus coneixements i actituds en els quatre blocs del programa (biològic, social, emocional i personal). S'ha pogut demostrar que aquestes millores estan directament associades a les hores de dedicació al projecte.

L'estudi també revela que els joves s'informen sobre sexualitat parlant amb el seus amics i amigues i en segon lloc al seu centre educatiu. Aquest fet demostra la importància de la tasca de les figures referents dels joves (professorat i professionals de l'educació social). Per contra, només un de cada quatre joves enquestats parla amb la seva família sobre afectivitat i sexualitat.



## BLOC 1.4.

### ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LA GENT GRAN

- **La innovació i la importància de la inclusió dels centres residencials per la gent gran de mitja i alta dependència dins de la xarxa catalana sanitària per millorar l'ACP (#166)**

Claudia Maria Garcia - *El Cel de Rubí SL*

Gemma Caballé - *Assitencial Rubí SLL*

L'Atenció Centrada en la Persona (ACP) es un pilar dins del sector assistencial. En les residències de gent gran de mitja i alta dependència, les noves tecnologies ens donen eines per millorar la qualitat de la nostra atenció, simplificat els processos i sistemes deixant-nos temps per la part important: l'atenció, cura personal i vida de l'usuari. En aquest article presentem les eines tecnològiques que ens faciliten el dia a dia a la nostra residència, i també com pensem que la innovació i la inclusió dins de la xarxa Sanitària Catalana es necessària per millorar l'ACP en el nostre sector. Com a introducció presentem la importància de l'ACP en el sector residencial de mitja i alta dependència. Al apartat II, la innovació facilitadora del model ACP, mostrem com la innovació i les noves tecnologies ens faciliten el model ACP Sensor i receptors que faciliten un control segur reduint contencions i garanteixen l'autonomia dels usuaris. Al punt III, inclusió de les residències a la xarxa Sanitària catalana per millorar l'ACP, parlem de la importància de la inclusió a la xarxa Sanitària, de les residències per a gent gran, sobretot els centres de mitja i alta dependència, mostrem la problemàtica de les sortides als especialistes i com podríem solucionar-ho de forma senzilla utilitzant Internet. Finalitzem amb IV conclusions.

#### Introducció

Les residències de gent gran formem part del departament de treball, afers socials i famílies de la Generalitat de Catalunya. Podem ser centres totalment privats, concertats, col·laboradors o mixtes. Contem amb usuaris de baixa, mitja i alta dependència, un alt equipament assistencial i un equip medicosocial format per metge, infermera, psicòloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacions, educadora social, treballadora social i auxiliars del sector. El GRUP Rubí Social porta més de 25 anys al sector assistencial de la tercera edat. Els darrers anys de crisi han transformat el nostre sector i també els nostres residents. Cada cop ens trobem més usuaris que ingressen amb mitja i alta dependència. Tenim cura dels nostres majors als seus últims anys de vida i ho fem sempre respectant els seus gustos, preferències i desitjos. En els casos de mitja i alta dependència els usuaris són molt fràgils i molts cops no són capaços d'exterioritzar preferències i gustos, en aquest entorn, el coneixement de la vida passada dels usuaris es torna indispensable i l'ACP (Atenció

Centrada en la Persona) es converteix en un model molt difícil, però essencial per la vida dels residents.

El coneixement dels nostres usuaris a nivell emocional, la història de la seva vida (el seu passat) el seu entorn (família i amics) ens permet el seu benestar físic a través del benestar emocional. I, la innovació s'ha convertit en una pesa clau per millorar la qualitat de vida dels nostres residents.

- 
- **Els tres elements del programa "Tu decideixes com vols envellir" (#104)**

Mariona Rustullet i Elisenda Serra - *SUMAR*

La gent gran, en la majoria de casos, vol envellir a casa. Quan arriben a una residència, no és des del desig o des de la il·lusió, si no per necessitat, ja que la majoria de les residències només s'aconsegueix tenir els avis nets, tips i polits. Per això els professionals del sector diem que cal una nova manera d'atendre i d'entendre a la nostra gent gran.

#### El programa tu decideixes com vols envellir

A Sumar des de fa 7 anys, hem estat desenvolupant un nou model d'intervenció que ens permet atendre a la nostra gent gran des d'una altra mirada, canviant el paradigma de l'atenció a aquest col·lectiu.

Es recolza en el model teòric de l'atenció centrada en la persona, on l'usuari és el centre de totes les nostres actuacions. Aquesta nova manera de treballar, l'hem batejat amb el nom del tu decideixes com vols envellir.

#### Primer eix: Una nova manera d'atendre a la gent gran

A gran trets, és una altra dinàmica en el dia a dia dels nostres centres, on els usuaris, a través dels seus desitjos i les seves preferències personals poden decidir com envellir amb nosaltres. Estem parlant d'uns canvis que apliquem en una residència tradicional i que els fan sentir més com a casa, per arribar a ser una residència centrada en les persones.

#### Segon eix: Una nova manera de seleccionar a les nostres professionals

Tot i això, hem observat que aquestes noves maneres de fer cap a les persones grans, no només s'han de traslladar en el dia a dia dels nostres centres, si no que també han de ser presents en com seleccionem les nostres professionals.

Durant dos anys, hem estat estudiant quines eren les competències personals de les millors professionals de Sumar i hem pogut descriure aquelles competències

que són imprescindibles per a nosaltres. Volem persones por-actives, empàtiques, compromeses, amb valors i enfocades amb les usuaris.

### **Tercer eix: Un nou model arquitectònic**

Aquesta Unitat de Convivència, recull els tres elements essencials que haurien de tenir totes les residències. Un model d'intervenció centrat en les persones, unes professionals amb competències i un nou model arquitectònic.

És com a casa, és un espai petit, acollidor i confortable per a 15 persones de diferents graus de dependència.

A més, aquest usuaris conjuntament amb les seves famílies han escollit el mobiliari, els colors de la paret, el paper de la paret i tot el parament de la llar i automàticament l'hem convertit en el seu espai i per tant, en la seva casa.

Al llarg del seu dia a dia, són ells mateixos que es cuinen part del menjar, paren la taula, es serveixen el dinar o decideixen les seves activitats.

### **Conclusions**

La suma d'aquesta nova manera d'atendre, d'aquesta nova manera de seleccionar a les professionals i d'aquests nous models arquitectònics, canvien completament el paradigma de l'atenció a la gent gran, multiplicant-ne els beneficis.

---

### **• Com a casa: procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones. (#107)**

Àngels Campos, Laura Porzio, Carmina Català i Ester Quintana - Àrea de Drets Socials.  
Ajuntament de Barcelona

Durant el 2016 un equip de professionals de l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona va realitzar la recerca aplicada "Com a casa: procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones" a partir d'una col·laboració amb la residència casa Asil de Sant Andreu de Palomar, que tot just està vivint un procés de transformació del seu model de gestió per incorporar l'AICP (Atenció Integral Centrada en les Persones). L'objectiu de la recerca va ser identificar i definir les mesures i accions claus del procés de canvi des d'un model hotel·ler i de servei a l'atenció integrada i centrada en les persones per elaborar un model pilot per aplicar en totes les residències gerontològiques de l'Ajuntament de Barcelona.

La metodologia de la recerca ha estat qualitativa, amb la implicació dels mateixos agents de canvi a partir d'un procés d'investigació/acció/participació. S'han realitzat

entrevistes individuals en profunditat amb persones residents, familiars i equips de professionals i observacions dels espais i activitats. Fonamental ha estat l'aplicació del Instrument/qüestionari per a la revisió participativa- qüestionari residències (Teresa Martínez, 2013) a 5 grups interdisciplinaris de professionals representatius dels equips de cada planta. El qüestionari és una eina d'autoavaluació que permet realitzar una revisió interna crítica dels processos de treball a partir de les dimensions centrals del model d'AICP. La diagnosi desenvolupada ha estat essencial per promoure un procés de reflexió interna, d'incorporació de les dimensions del model i d'empoderament dels equips de professionals.

L'objectiu d'aquesta comunicació és presentar els resultats més significatius de la recerca. A partir de les dimensions clau del model, que agrupen els processos d'atenció i convivència quotidiana de forma transversal, hem analitzat les relacions entre els relats (experiències, reflexions i percepcions de les persones entrevistades), les observacions etnogràfiques i els resultats del qüestionari de revisió participativa. Tot això a partir dels conceptes clau de les 6 dimensions (coneixement de la persona, atenció personalitzada, reconeixement i respecte a la persona i intimitat, autonomia, benestar i independència, equips de professionals i organització, espai físic) que entenem com a grans calaixos conceptuals i que ens han permès establir relacions, plantejar conclusions i establir mesures concretes per aplicar. Aquestes s'han prioritzat a partir de l'anàlisi qualitativa sobre l'impacte i la viabilitat de cada mesura de totes les dimensions.

Per concloure, les recomanacions es fan des de la perspectiva dels agents de canvi: les organitzacions i/o institucions, els equips de professionals i les persones residents i les seves famílies.

---

### **• Cuidamos contigo, Almoradí y Rojales: innovar tejiendo redes desde el MAICP. (#184)**

Josefa Lorenzo - Universitat d'Alacant

Aina Penyarroja, Alicia Suria i Alejandro Luz - Fundación Pílares

El objetivo de la presente propuesta de comunicación es plantear un modelo innovador de la intervención social en los cuidados de larga duración, partiendo de una concepción de bottom-up, por la que se va recogiendo evidencia científica sobre las ventajas del modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona, a partir de experiencias territorializadas donde confluyen de manera sinérgica todos los ámbitos de la intervención socio-sanitaria.



La Fundación Pilares para la Autonomía Personal desarrolla desde hace tres años el Proyecto Cuidamos Contigo en el Barrio de Chamberí (Madrid) como estrategia de innovación para la aplicación del Modelo de Atención Integral y Centrado en la persona. Tras la constatación de las ventajas que el modelo incorpora en la atención a las personas adultas mayores y personas con discapacidad se emprendió un nuevo proyecto, ampliando la aplicación a dos municipios de la Vega Baja del Segura de la provincia de Alicante.

Los Municipios escogidos son Almoradí y Rojales. En este caso se incluye además una muestra sociosanitaria diferenciada que se está trabajando con el hospital Interuniversitario de Torrevieja y que busca profundizar en la construcción de un modelo innovador de gestión sociosanitaria.

El trabajo presenta un claro enfoque comunitario que acompaña el proceso de los cuidados de larga duración, asumiendo la importancia de las redes sociales como ámbito privilegiado para prevenir las situaciones de soledad y para potenciar el desarrollo de los proyectos vitales.

Esta comunicación presentará la metodología y primeros hallazgos que aporta la puesta en marcha del modelo Cuidamos contigo en Rojales y Almoradí. Así mismo, además de una revisión de los objetivos del programa y de la bibliografía especializada en que se fundamenta, acompañaremos un análisis sobre los beneficios que la aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona aporta, poniendo en el centro de la intervención y como auténtico sujeto de las mismas a las personas.

---

### • El model Can Font d'atenció a la persona: PAI i reunió d'equip (#172)

Imma Bellatriu, Jos Palà i Anna Comamala - *Fundació ASTRES*

Marta Vilà - *Institut Assistència Sanitària Girona- IAS*

La Persona expressa de forma literal, manuscrita o enregistrada, els seus desitjos, preferències i objectius de desenvolupament personal per l'any en curs. Aquests amb el suport d'un facilitador, tutor, esdevenen els objectius del seu Pla d'Atenció Individualitzada (PAI). És un exercici de plena participació en tots els aspectes que refereixen a la seva vida i a la qualitat de la mateixa.

L'acció dels professionals que atenen a la persona serà la metodologia per tal de facilitar l'assoliment d'aquests objectius. D'aquesta manera la relació amb el professional es transforma del paper d'educador directiu cap a un rol d'acompanyant,

facilitador i suport a la valoració i gestió dels objectius.

En la línia d'aquesta metodologia s'estableix un òrgan de coordinació de tots els referents que participen en el desenvolupament d'aquests objectius personals. Constituint una reunió periòdica on hi participa l'Equip Tècnic, format per la Directora tècnica, la Infermera, el Psicòleg, professionals de la pròpia residència i Psiquiatra, del Servei Especialitzat en Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual de l'Institut d'Assistència Sanitària. I els referents de l'Equip Educatiu, que són els educadors que atenen de forma directa a la Persona, generalment un de cada torn, i el seu Tutor intern de la residència, amb el que es coordina periòdicament i avaluen l'evolució dels objectius.

L'acció dels professionals en aquestes coordinacions és bidireccional, per un costat aporta els coneixements tècnics i opcions des de la mirada de cada disciplina, per respondre a les necessitats i desitjos de la persona (IMPORTA) i a la vegada es coordina amb altres agents, recursos o entitats que directa o indirectament participen a la vida de la persona, segons els acords consensuats en la reunió (EXPORTA). En forma d'exemple, el Psicòleg es coordina amb la família i tutors, la Infermera amb el CAP i especialistes, la Directora amb l'administració i la pròpia entitat, la Psiquiatra amb el SESM-DI i els referents de l'Equip Educatiu amb entitats comunitàries (centre cívics, formatius...) i amb la resta de l'equip de la Residència. I tots ells amb la pròpia Persona.

En aquesta reunió s'elabora un document de fàcil lectura i difusió que defineix un pla a mida de la Persona, ric i creatiu, que dona resposta als seus objectius i necessitats, que dona indicacions i coresponsabilitza a cada un dels agents, en la seva tasca diària d'atenció a la Persona.

Aquest és el Model d'atenció a la persona de la Residència Can Font (Fundació Astres). Un Model a mida, al servei de Persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament amb trastorns de la conducta, que s'origina en la participació i implicació de la Persona i que coresponsabilitza a tots els agents en el projecte vital de la Persona, que presenta una elevada coordinació interdisciplinària i interdepartamental entre professionals de les àrees socials i de la salut i que redefineix la relació entre professional i persona. Derivant en l'evidència d'una evolució molt favorable de les alteracions de la conducta i de la Qualitat de Vida de la Persona.

## BLOC 1.5.

### NOUS MODELS DE PROVISIÓ I RETORN DE LA INVERSIÓ

#### • Anàlisi del retorn social de la inversió del servei d'ajut a domicili: un projecte col·laboratiu (#108)

Elisabeth Ortega - *Consorti de Benestar Social del Ripollès*

Constantment les nostres actuacions impacten sobre les persones i generen canvis que tenen valor, un valor que va més enllà del que, a priori, es pot mesurar en termes monetaris. Cada vegada es fa més necessari mesurar les resultats, els beneficis en relació als costos, les organitzacions.

El Servei d'Ajut a Domicili (en endavant SAD) és estratègic dins les organitzacions de serveis socials atès que es situa entre els 10% dels serveis que representen més del 80% de la inversió. Es tracta d'un servei enmarcat dins les competències de les administracions locals, per tant un element comú en les organitzacions públiques de serveis socials. Per aquest motiu, conèixer el seu impacte és clau.

La necessitat compartida per set organitzacions (dos consells comarcals, tres consorcis de serveis socials i dos ajuntaments) amb el suport de l'empresa d'acció SUMAR, fa que iniciem un projecte col·laboratiu amb l'objectiu d'avaluar l'impacte social del SAD. Les set organitzacions són les següents: Consell Comarcal Alt Penedès, Consell Comarcal d'Osona, Consorci de Benestar Social Gironès-Salt, Consorci d'Acció Social de la Garrotxa, Consorci de Benestar Social del Ripollès, Ajuntament de Sant Cugat i Ajuntament de Figueres.

L'eina avaluativa escollida és la metodologia SROI que permet mesurar quantitativa i qualitativament l'impacte social global. Facilita l'anàlisi individual de cada organització i també l'anàlisi comparativa entre territoris i organitzacions. Aquesta metodologia identifica i quantifica l'impacte en relació a la inversió realitzada i dona com a resultat final un índex expressant en euros.

La metodologia SROI aplica un valor als impactes a través de l'aplicació d'indicadors d'aproximació a la quantificació (financial proxy), com a resultat quantitatiu i qualitatiu s'extreuen les conclusions següents:

1. La inversió anual per persona usuària és de 4.301,47€, l'impacte resultant és de 6.890,69€ per tant de cada euro invertit es retorna socialment 1,60€.
2. El principal beneficiari de l'impacte social del programé s la persona usuària, majoritàriament les persones majors de 65 anys i, sobretot, les prones dependents de

3. El SAD suposa una reducció de la despesa pública de la Generalitat de Catalunya en serveis de centres de dia o prestacions, però també en recursos sanitaris.
4. El servei genera sobre l'Administració General de l'Estat un impacte 0,31€ per euro invertit (seguretat social, tributs,...)

---

#### • Les fundacions tutelars com a agent de transformació dels serveis a les persones amb discapacitat (#113)

Josep Maria Solé - *Fundació Tutelar de les Comarques Gironines*

Lluís Marroyo - *Fundació Campus Arnau d'Escala*

Xavier Vallvé - *Gabinet d'Estudis Socials*

**Justificació.** El repte social d'implementar la Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD), implica reformular les polítiques d'atenció i els serveis associats. El seu Article 12 planteja un nou paradigma, doncs comporta que la plena capacitat jurídica i l'autonomia en la presa de decisions de les persones amb discapacitat s'han de garantir fins i tot en les situacions més extremes. D'altra banda, els Estats han d'articular serveis basats en mecanismes de recolzament en la presa de decisions. Així doncs, l'ordenament jurídic pel que fa a organismes tutelars i, de manera molt especial, el creixent nombre de fundacions tutelars (una eina encara jove), hauran d'adaptar-se a la llum d'aquest marc regulador i evolucionar cap a serveis de suport en la presa de decisions, segons voluntat i preferències de les persones amb discapacitat. El canvi afecta al conjunt de la societat i comportar acceptar la diversitat d'estils de vida i el risc associat de les persones amb Discapacitat.

**Objectiu.** El present Treball pretén posar en relleu el valor de determinades fundacions tutelars, que ja apliquen protocols orientats al suport en la presa de decisions, per la redefinició dels serveis d'atenció a les persones amb discapacitat.

**Metodologia.** S'utilitzen part dels resultats de l'estudi de retorn social de la inversió (més conegut per les seves sigles com SROI) aplicat a la Fundació Tutelar de les Comarques Gironines durant 2016. L'entitat gestiona casi 800 càrrecs actius, amb perfils diferenciats entre persones amb discapacitat, persones grans, persones que pateixen trastorn mental i casos complexes. La metodologia participativa utilitzada ha permès analitzar el grau d'impacte generat per l'activitat de la Fundació en els diferents grups d'interès (usuaris, famílies d'usuaris, personal de la Fundació, proveïdors de serveis complementaris –salut, justícia, assistencials, financers, administració autonòmica, etc.-) i comunitat local.

**Resultats.** La majoria dels impactes crítics evidenciats en l'estudi apunten cap a la utilització de protocols de gestió més humanístics, on es situa a l'usuari en el centre de la presa de decisions. La promoció de la desinstitucionalització i de la vida independent i integrada en la comunitat impacta molt positivament en l'estabilitat dels usuaris i implica importants estalvis en recursos provinents dels serveis socials i sanitaris. Els tècnics de l'entitat s'autoperceben com assessors dels usuaris, abandonant d'aquesta manera l'aproximació excessivament paternalista que s'havia aplicat en el passat. Els usuaris i les seves famílies van identificar com a positiu i dignificant el treball col·laboratiu i de recolzament dels professionals de la Fundació. La formació especialitzada i les actuacions de sensibilització sobre la garantia dels drets de les persones tutelades es postulen com els factors principals del canvi en els procediments.

**Conclusions.** Algunes fundacions tutelars integren pràctiques que progressivament s'acomoden als valors de la Convenció (encara que l'ordenament jurídic no ha estat acceptat) que poden servir pel necessari redisseny dels futurs serveis socials i sanitaris adreçats a garantir els drets de les persones amb Discapacitat.

---

#### • El nou model d'atenció del servei municipal de teleassistència (#146)

Ester Quintana i Esther Pita - Ajuntament de Barcelona, Àrea de Drets Socials,  
Direcció d'Intervenció Social, Departament de Gent Gran

En l'entorn de les grans ciutats, on es concentren un gran nombre de persones grans, amb diversitat funcional o dependència, el suport de la tecnologia i dels sistemes d'informació integrats entre el sistema d'atenció social i sanitària esdevenen claus per donar una resposta efectiva i de qualitat al repte de l'envelliment, i concretament de la dependència i la cronicitat associada. En aquest mateix context, l'aplicació de noves solucions tecnològiques inclusives i poc invasives contribuirà de manera significativa a fer sostenibles els serveis públics garantint la seva continuïtat i universalitat, així com la seva qualitat, en un context amb una ciutadania cada vegada més exigent i demandant de solucions innovadores i personalitzades.

El servei municipal de teleassistència avança cap un enfoc d'atenció integral, centrat en la persona, on el domicili sigui el centre neuràlgic de les activitats de cura. A Barcelona ciutat, aquest servei domiciliari és prescrit tant pels professionals de l'àmbit de salut com de serveis socials amb l'objectiu de mantenir a les persones en el seu entorn social, familiar i comunitari habitual el major temps possible i per evitar la fragmentació assistencial i la duplicitat d'actuacions entre agents. El fet que

només prement un botó es doni resposta a les necessitats urgents de les persones usuàries, independentment de si es tracta de serveis socials o sanitaris, o de quina organització pública els presti, és un dels aspectes més valorats per la ciutadania.

A aquest model d'atenció reactius s'ha incorporat una vessant més preventiva mitjançant el contacte telefònic continuat amb la persona. Les trucades de seguiment, tenen com a finalitat combatre el sentiment de soledat, fomentar l'envelliment actiu i realitzar un seguiment de la persona de manera amable. Aquests contactes també esdevenen el principal mitjà per oferir orientacions d'hàbits de vida saludable, de seguretat, de participació en el seu entorn comunitari, de realització de campanyes informatives estacionals o d'actuacions davant catàstrofes.

No obstant, amb l'experiència dels anys de prestació, es posa de manifest la necessitat d'ajustar les prestacions del servei de teleassistència al perfil i necessitats de cada persona usuària, adaptant el servei als canvis sociosanitaris de la persona al llarg del seu procés d'envelliment. Aquest nou model d'atenció personalitzada intensifica l'atenció d'aquelles persones en situació d'especial risc o vulnerabilitat, i evita l'excessiva protecció en aquelles persones on cal fomentar la seva autonomia personal, alhora que dona criteris objectius per assignar les tecnologies de suport més adequades, possibilitant una actuació més proactiva alhora d'oferir-los a una ciutadania generalment desconexada dels seus beneficis.

Amb la implementació del nou model, que es proposa presentar en el marc d'aquestes jornades, i la possibilitat de disposar d'un sistema d'informació social i sanitari compartit, se'ns obre un nou escenari, on l'actuació preventiva incorporarà també l'atenció a la cronicitat (amb programes específics per persones afectades d'MPOC, insuficiència cardíaca, diabetis, hipertensió o altres per posar un exemple), l'atenció a les persones cuidadores i l'ús de noves solucions tecnològiques al servei de la salut i del benestar de les persones.

---

#### • Trenquem mites: La pèrdua de capacitats és sinònim d'autonomia (#151)

Montserrat Vázquez - Consorci de Benestar Social DEL Gironès-Salt

L'envelliment de la població, la pèrdua d'hàbits saludables, etc, genera un augment de persones amb pluripatologies que es troben als domicilis assistides per cuidadors informals. Les orientacions, tècniques, adaptacions,... que podem donar des de les institucions hospitalàries / rehabilitadores, no sempre aconsegueixen donar resposta a les dificultats reals que es troben durant l'execució de les tasques quotidianes.

L'any 2007 el Consorci de Benestar Social Gironès- Salt dona un pas més dirigint-nos cap a una intervenció més global, al domicili o prèvia a l'alta domiciliària, coordinada entre els serveis socials i sanitaris.

Dins el programa de suport a l'autonomia personal es crea el servei de Teràpia Ocupacional i el Banc d'ajudes Tècniques adreçat a persones amb diversitat funcional d'origen físic, sensorial, cognitiu, intel·lectual i/o social i, a totes les persones cuidadores.

L'objectiu és poder millorar la qualitat de vida i potenciar l'autonomia a través de les seves potencialitats i/o adaptant les tasques i els entorns.

Les derivacions al servei de teràpia ocupacional es realitzen a través de les treballadores socials de l'àmbit social i sanitari. Un cop rebudes, es realitza una valoració al domicili per determinar la funcionalitat de la persona. S'exploren les seves creences, motivacions, hàbits i rutines, s'exploren les potencialitats de l'entorn domiciliari i, per últim, les creences i capacitats dels cuidadors i cuidadores.

És important fer comprendre que la pèrdua de capacitats no sempre és l'origen de la dependència. Entendre que no necessitem els mateixos suports tècnics que un entorn hospitalari, preparat per qualsevol urgència.

Treballem trencant els mites que tots som iguals, els domicilis són els mateixos i els cuidadors aniran fent. L'objectiu, és anar esborrant les idees preconcebudes, pautes protocolaritzades, rutines no orientades a les necessitats reals i, orientar cap a una intervenció individualitzada i personalitzada per millorar la qualitat de vida i evitar la claudicació dels familiars.

És important valorar l'entorn. Quines interferències pot originar i adaptar-los a les capacitats de la persona. La casa no és estàtica i ens permet realitzar modificacions, eliminar barreres arquitectòniques o posar elements de suport per crear espais més funcionals.

També donem molta importància a la formació i entrenament amb les persones cuidadores. El recolzament davant de situacions curioses, de risc o conflictives, són una tasca important per evitar la claudicació dels cuidadors, element importantíssim en la cura de les persones.

Es va apostar per crear un banc d'ajudes tècniques on, prèvia valoració de la terapeuta ocupacional, es deixa el material de suport en préstec temporal. La idea és donar resposta ràpida a les situacions de risc, a la millora d'autonomia de la persona i al dia a dia del cuidadors.

Podem constatar que els dos recursos han tingut gran acceptació entre la població. Actualment, és la pròpia família la que fa demanda directa del servei de teràpia ocupacional. També són més els professionals que ens deriven casos per realitzar valoracions, assessoraments i intervencions coordinades amb l'objectiu de reduir l'estrès dels cuidadors i millorar el benestar de la persona.

---

#### • Servei BAT (#90)

Josep Maria Villegas i Eva Moreno - *Consell Comarcal d'Osona*

*Consorci d'Acció Social de la Garrotxa - Consorci de Benestar Social del Ripollès*

Aquest projecte és una mostra de voluntat de cooperació entre tres territoris (Osona, la Garrotxa i el Ripollès) per implementar des de Serveis Socials un model de servei de productes de suport i teràpia ocupacional dins el marc de l'atenció domiciliària. A partir de les experiències prèvies d'aquests territoris al llarg dels darrers anys en el desenvolupament de diversos projectes en aquest sentit, s'ha pogut detectar les necessitats de la població, derivades de l'envelliment i el sobreenvelliment, l'augment de les situacions de dependència, l'impacte que aquestes situacions tenen sobre les persones cuidadores -generalment familiars- i les dificultats -bàsicament relacionades amb el cost- d'aquestes persones i/o famílies per adaptar l'entorn domiciliari i per a accedir als productes de suport necessaris per a millorar la seva situació, i a la vegada les dificultats que implica per a les institucions la gestió d'aquest tipus de serveis.

És des d'aquesta cooperació interterritorial que es podrà dotar aquest projecte d'una massa crítica (236.330 habitants) prou significativa de cara a la seva sostenibilitat, amb la possibilitat de poder implementar estratègies dirigides a l'evolució del paradigma clàssic d'accés als productes de suport i facilitar aquest accés a totes les persones que en tinguin la necessitat tenint en compte que aquestes necessitats no seran estàtiques i per tant caldrà adaptar la resposta a aquests processos de canvis. Aquest model ha de permetre per una banda un marc d'accés als productes de suport, no com a mer recurs, sinó com a resultat d'un pla de treball on prevalgui una valoració professional, una planificació i una intervenció en constant seguiment i revaluació i per l'altra desenvolupar una clara vocació de col·laboració social i sanitària, donant una resposta de forma coordinada amb tots els agents implicats dels territoris. Finalment cal destacar la voluntat d'aquest model de relació amb el Centre per a l'Autonomia Personal (SIRIUS), aprofitant la seva vinculació amb la Universitat de Vic.

## BLOC 2.1.

### ATENCIÓ INTEGRADA AL DOMICILI

#### • **Projecte d'atenció integrada social i sanitària (#95)**

Maria Antonia Meler i Ana Espinosa - *Ajuntament de Badalona*

María José Sabariego, Silvia García, Macarena González i María Jesús Real  
- *Badalona Serveis Assistencials*

El nostre projecte es basa en crear un model que permeti als professionals socials i sanitaris aconseguir un abordatge més transversal i integral en l'atenció de les persones. L'objectiu és proporcionar una Atenció integrada a la ciutat de Badalona, que interaccioni i coordini l'assistència primària sanitària i social dels ciutadans, amb reconeixement de grau de dependència i que estiguin inclosos dins del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) de les Àrees Bàsiques de Salut de Badalona Serveis Assistencials. Un cop reconeguda la situació de dependència de la persona i verificat que aquesta està en programa atdom el projecte es desenvoluparà en tres fases d'intervenció conjunta:

#### 1. Fase prèvia PIA

En aquesta fase partint de què la persona té reconegut un grau de dependència i està inclosa dins del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM), però encara no s'ha realitzat l'estudi i/o valoració per la realització del Programa Individual d'Atenció (PIA).

Els equips hauran de realitzar un conjunt d'accions per definir la població diana. Serà en aquest moment quan es podrà fer una detecció precoç dels casos que es puguin trobar en situació de risc. El grup de treball ha consensuat un conjunt d'indicadors d'alerta social.

#### 2. Fase de realització

En aquesta fase es determinarà la modalitat d'intervenció més adient segons les necessitats de cada persona i el seu entorn. La treballadora social referent de la Unitat de Dependència, disposarà de la informació socio-sanitària complerta que haurà estat facilitada prèviament a través de la treballadora social de l'Àrea bàsica de salut, amb la finalitat d'obtenir una major coneixement i garantir un abordatge integral del cas.

La prescripció dels recursos serà competència de la referent de la Unitat de la Dependència de l'Ajuntament.

#### 3. Fase de seguiment

En aquesta fase es contempla el seguiment de les persones que tinguin un PIA

actiu en una periodicitat d'un any (des del moment que es va signar l'acord) i de les incidències que es puguin esdevenir degudes al canvi de situació de la persona i el seu entorn.

Es realitzarà el seguiment, per la Unitat de dependència i Servei ATDOM, amb una periodicitat anual dels casos ordinaris segons el circuit establert, i quan es detectin situacions d'alerta s'iniciarà el circuit de seguiment sense tenir en compte la periodicitat anual que s'ha establert en el casos ordinaris. No disposen encara de resultats perquè estem en la fase d'implantació del projecte, però apostem per aquest model d'integració i pensem que és un dels reptes de futur.

---

#### • **Els nous reptes en l'atenció integral sociosanitària a Anglaterra: La importància del valor del treball integral sociosanitari en l'àmbit hospitalari en la reducció d'estades hospitalàries (#116)**

Rosa Morales - *Worcestershire County Council (UK)*

Els Treballadors Socials de l'equip d'Urgència Social Hospitalari estem ubicats als Centres Hospital Comunitari, formant part de l'equip multidisciplinari. En el Hospital de Malvern -24 llits-, l'equip està format per un metge, un neuròleg, una infermera especialitzada, 2 caps de infermeria, l'equip de 1 fisioterapeuta i 1 terapeuta ocupacional i 1,5 treballadors socials. La nostra opinió professional està altament valorada pels companys de Sanitat. Som un equip caracteritzat per llarg bagatge d'experiència i coneixement en les respectives àrees de intervenció i hem assolit un nivell de maduresa, basat en la confiança, respecte i valoració mutua entre els membres de l'equip amb repercussions positives en la millora dels diagnòstics i valoracions socio-sanitària. Alguns elements claus. Hem creat una metodologia de treball on el Model Sanitari i Social compartim objectius i àrees de poder de decisió enfocades en la millora de l'atenció del pacien i la reducció d'estades hospitalàries i despesa pública.

Tot i que no compartim una despesa comú de serveis, els tècnics d'ambos departaments treballem sota la mateixa legislació "The Humans Right", "The Care Act 2014", "Mental Capacity Act 2005 and Deprivation of Liberty" and "Mental Health Act". Compartir el mateix marc legislatiu facilita l'enfoc del treball multidisciplinari amb un objectiu únic: la millora de l'atenció i la protecció dels drets individuals del pacient.

El Model Social aporta una perspectiva holística que el Model Mèdic demostrant una millora en els projectes de treball multidisciplinari en intervencions, donant resultats



positius com demostra la recent Unitat pilot d'Atenció a Persones Fràgils (Frailty Unit) adjunta a l'Hospital Comunitari de Malvern per reduir les admissions als serveis d'emergència de l'hospital d'agut de Worcester. En el primer mes de funcionament, hem previngut admissions hospitalàries i facilitat informació i l'accés de serveis comunitaris de pacients, així com la detecció de persones grans vulnerables no conegudes per Serveis Socials.

La reducció de despesa pública està generant un canvi de paradigma de la funció de la família i dels pacients en els processos de millora del benestar, generant un augment de la responsabilitat del l'individu i familiars en la participació i implicació en la provisió en l'atenció i presa de decisions. Les reunions de plan d'altres (Discharge Plan Meetings) és la metodologia que utilitzem, i la qual facilita el procés d'altres i la reducció del temps d'estada als hospitals. Aquesta reunió es planifica tant aviat com el pacient es considerat medicament estable. La participació de l'equip multidisciplinari en les reunions és un element clau en organitzar altres més segures, creant un pla de suport socio-sanitari vinculat amb els serveis socials i sanitaris de la comunitat, aquesta metodologia de treball també té la finalitat de prevenir readmissions hospitalàries.

I tot i que, la figura del Treballador Social està integrada en els equips multidisciplinaris i tenim una part important en la presa de decisions en les planificacions de les altres, els companys de salut sovint consideren que la nostra intervenció retrassa el process d'altres. No obstant, la pràctica demostra que les intervencions multidisciplinàries retrassen les re-admissions hospitalàries i optimitzen recursos, amb l'objectiu de progressar amb les altres hospitalàries diàriament l'equip es troba a primera hora del matí per prioritació de tasques del dia per progressar amb les altres hospitalàries.

Els treballadors socials participem setmanalment en una teleconferència amb els col·legues de sanitat, per identificar la causa del retràs d'altres i si la responsabilitat recau en Sanitat o Serveis Socials. Aquesta informació es comparteix amb els comissioners de Salut i Serveis Socials per poder cercar solucions a nivell comarcal en la millora de serveis, proveïdors i optimització de recursos.

Actualment, les Autoritats Locals han d'afrontar un repte important, la responsabilitat de proveir serveis amb una reducció important de partides pressupostàries. Algunes Autoritats Locals com, Worcestershire s'han afegit a la implementació d'un Nou Model d'intervenció "The 3 Conversation Model", un model que aboca a una major implicació de la persona, famílies i comunitats en la resolució de problemes des d'una perspectiva preventiva. Durant els 3 primers mesos d'implementació del Model pilot les dades són positives, demostrant la reducció de serveis de paquets i reducció de

nombre de casos derivats a treballadors socials que haguessin requerit una valoració de diagnòstic general, process que implica una inversió d'hores professionals significants.

---

#### • Pla de retorn a domicili (#119)

Marta Fabà i Patrici Hernández - *Institut Municipal de Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona*

Aina Plaza - *Consorci Sanitari de Barcelona*

Marco Inzitari - *Parc Sanitari Pere Virgili*

El Pla de Retorn a domicili, impulsat per l'Ajuntament de Barcelona i el Consorci Sanitari de Barcelona, és un projecte pilot d'atenció integrada social i sanitària, que posa el focus de l'atenció en els i les pacients que han patit un ictus i el seu posterior retorn al domicili.

L'ictus és la tercera causa de morbimorbiditat en les persones adultes, la primera causa mèdica de discapacitat i la segona de demència. S'estima que el 50% de supervivents a un ictus presenta dificultats per caminar i necessita assistència en les activitats de vida diària. És prioritari, per tant, aconseguir la màxima autonomia del/la pacient, facilitar la seva independència i la reintegració al seu entorn familiar, social i laboral. En aquest sentit, s'ha demostrat que els programes que s'inicien amb l'alta hospitalària incrementen la possibilitat dels pacients de ser independents a llarg termini.

Actualment, a la ciutat de Barcelona, tant el sistema d'atenció sanitària com el servei d'atenció social bàsic compten amb una gran diversitat de recursos però no estan integrats, fet que provoca duplicitats i alenteix els procediments.

El pla de retorn vol garantir una millor continuïtat en el servei assistencial i una major recuperació funcional de les persones que han patit ictus, activant els serveis d'atenció domiciliària municipals necessaris, abans de l'alta hospitalària. Amb això, es busca aconseguir un procés d'atenció continuada des de l'atenció hospitalària, passant pel retorn al seu domicili, i finalitzant amb l'atenció dins del domicili.

Els elements claus d'aquesta atenció integrada són:

- Identificar de manera precoç, els/les pacients amb ictus hospitalitzats, amb necessitats de recursos socials a domicili.
- Prescriure, per part del/a treballador/a social sanitari, el servei d'atenció domiciliària municipal d'acord amb les necessitats de la persona atesa i el seu entorn abans de l'alta hospitalària.

- Articular una atenció al domicili de la persona atesa, integrant diferents intervencions simultànies i coordinades: la social, la rehabilitadora i la d'atenció primària de salut.

Amb un àmbit d'actuació que contempla tota la ciutat de Barcelona el projecte es troba en fase d'avaluació, on es vol avaluar l'impacte a curt i llarg termini de la implementació del Pla de retorn al domicili en la qualitat de vida, el retorn del/la pacient al seu domicili i la seva recuperació funcional i; l'impacte en la satisfacció tant de la persona atesa com del seu entorn familiar més proper en relació a la continuïtat i l'atenció rebuda. D'altra banda, es vol determinar el cost del Pla de Retorn a domicili respecte a l'actuació actual.

---

### • Engranatge: dependència i inclusió social (#153)

Núria Codorniu, Ana Pérez, Cristina Hernández, Raquel Alcalá i Maria Edineia Merlo  
- Fundació d'Atenció a la Dependència-Sant Joan de Déu

Introducció: L'envelliment de la població i l'alta prevalença de persones amb malalties cròniques, genera un elevat nombre de persones amb dependència funcional o cognitiva en els domicilis. L'atenció a les persones dependents requereix l'activació de serveis sanitaris per donar resposta a les necessitats de salut, així com l'activació de serveis de suport perquè la persona dependent pugui desenvolupar les activitats essencials, millorar o protegir la seva autonomia. Les necessitats de suport vinculades a la dependència en l'àmbit domiciliari estan parcialment cobertes pels recursos públics disponibles, i per la limitada xarxa de suport socio-familiar. Per altre banda, existeix una alta prevalença de persones en situació de vulnerabilitat social en part, relacionada amb la manca de formació i d'oportunitats laborals.

La Fundació d'Atenció a la Dependència - Sant Joan de Deu (FAD-SJD) es una entitat social que neix per atendre les necessitats de dos grups poblacionals:

- Persones que compleixen criteris de dependència amb necessitats d'atenció
- Persones vulnerables socialment

#### Objectius:

- Oferir una atenció domiciliària a persones dependents segons un model humanista
- Formar, acreditar professionalment i inserir laboralment a persones vulnerables socialment com a cuidadors

**Innovació i impacte:** El desenvolupament del projecte està basat en tres línies d'actuació.

- 1. Atenció a la persona segons el model de Gestió de Cas: els cuidadors estan coordinats i tutelats per una infermera que valora les necessitats de la persona i

família, realitza el pla personalitzat d'activitats, tutoritza i coordina als cuidadors i altres professionals, convertint-se en la persona de referència per la persona usuària/família, cuidador i organització.

- 2. Programa de formació: S'ofereix en col·laboració amb el Campus Docent SJD, Càritas Barcelona i l'Institut Severo Ochoa d'Esplugues, per obtenir el reconeixement acadèmic necessari per treballar com cuidadors professionals en l'àmbit domiciliari a Catalunya.
- 3. Programa d'inserció: els alumnes del programa formatiu en finalitzar la seva formació se'ls hi ofereix una entrevista laboral i la inclusió en la borsa de treball en espera de l'oferta laboral.

Aquest projecte té un impacte directe sobre dos col·lectius de persones en la que la seva particular interacció afavoreix:

- La millora de la qualitat de vida de les persones dependents amb necessitats d'atenció
- La disminució del risc social a persones vulnerables mitjançant la formació i inserció laboral.

**Resultats:** Gener-octubre 2016 s'han atès un total de 679 persones: domicilis 254, religioses 123, salut mental (SM) 293, infància 6. Edat mitjana de 78,4 anys en domicilis, 87 anys religioses, 62 anys SM. El 67'2 % dones. Patologies més freqüents: malalties neurològiques i neurodegeneratives, insuficiències orgàniques, psiquiàtriques i oncològiques. La durada mitja del servei de 66 dies. El motiu més freqüent de finalització del servei va ser l'èxitus o millora de la dependència. S'han format 182 persones i inserit laboralment a 79.

**Conclusions:** El perfil de la persona atesa es fonamentalment una dona, d'edat avançada i amb malalties cròniques degeneratives. S'ha assolit una alta activitat d'atenció en creixement progressiu. Les dades preliminars de les enquestes de satisfacció son clarament positives. Un nombre important de persones en risc d'exclusió social s'han pogut format i reinserir laboralment.

---

### • Presentació del Pla funcional planta comunitària virtual ABS de Cassà de la Selva (#130)

Núria Llinà i Lúcia Box - Consorci de Benestar Social Gironès-Salt  
Marta Raset - IAS-ICS ABS de Cassà de la Selva

El resum de la proposta és presentar el projecte col·laboratiu dut a terme per dues organitzacions: el Consorci de Benestar Social Gironès-Salt i l'IAS.



En aquest projecte col·laboratiu es presenta a l'ABS de Cassa de la Selva la que atén a una població total de referència de 31.633 persones i inclou els municipis de Campllong, Llambilles, Llagostera, Caldes de Malavella, Riudellots, Quart i Cassa de la Selva. Pertany a la Regió Sanitària de Girona i l'Hospital de Referència es l'Hospital de Santa Caterina de Salt.

Són poblacions petites i molt envellides així que l'any 2013 es crea el Projecte col·laboratiu AP IAS-CBS Girones-Salt degut a l'augment significatiu de la població d'edat avançada i a l'alta prevalença de patologia crònica; aparell respiratori, circulatori, del sistema nerviós, malalties degeneratives i mentals. Aquest fet, juntament amb al canvi orientatiu del model sanitari centrat en la cronicitat, fa que es plantegin canvis organitzatius per abordar aquesta nova realitat de la població. Ja existien experiències en aquest sentit, uns exemples serien les rutes assistencials, orientades a disminuir l'alta utilització de serveis d'hospitalització urgent o l'atenció proactiva basada en els serveis comunitaris.

Es va realitzar un anàlisi de la situació i s'identificà tres tipus de pacients:

- Nivell 1.\_ Pacients crònics amb un bon autocontrol de la seva malaltia
- Nivell 2.\_ Pacients amb patologies amb morbiditat intermitja.
- Nivell 3.\_ Pacients molt complexes, amb alta comorbiditat (PCC, MACA)

El pla Pilot del projecte col·laboratiu aposta per un model assistencial de gestió de casos que cobreixi l'abordatge integral de pacients molts complexes que pateixen aquesta situació, assegurant la continuïtat assistencial entre els diferents nivells assistencials. La funció de gestió de casos és d'enllaç entre els equips d'atenció primària i els professionals d'enllaç de l'hospital. Durant aquest període de temps, del 2013 fins a l'actualitat, el pla pilot ha anat canviant i afrontant les dificultats que es va trobant els professionals. Fet que ha fet que aquest estigui en continuu moviment i replantejament.

Moltes d'aquestes dificultats són un reflex dels canvis de models familiars que la societat està patint i que les estructures organitzacionals s'han d'adaptar i encara no tenen resposta.

Amb la presentació del projecte col·laboratiu volem compartir l'experiència dels professionals de serveis socials i sanitaris, i alhora plantejar dubtes que han anat sorgint i que sorgeixen diàriament, en la realització dels plans terapèutics i les intervencions així com el plantejament del projecte comú.

## BLOC 2.2.

### INSTRUMENTS TÈCNICS PER A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL

#### • **Projecte d'actualització, millora i validació de l'escala de valoració SOCIOFAM. (EVSF-TSO) (#98)**

Víctor M. Giménez - *Universitat d'Alacant*

Carme Guinovart - *Hospital de la Santa Creu de Vic*

Eva Rovira - *Ajuntament de Centelles. Comarca d'Osona*

Núria Viñas - *Consell Comarcal d'Osona*

Anna Rufí - *Consell Comarcal d'Osona*

A Espanya la població major de 65 anys representa el 18.5% de la població en 2015, i segons les projeccions de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) passarà a ser el 24.9% en 2029 i del 38.7% en 2064.

Per la seua banda, les dades oficials més recents sobre el perfil de les persones que utilitzen els Serveis Socials d'Atenció Primària (2012) indiquen que les persones majors de 65 anys representen el 40% d'aquelles que els utilitzen. En el cas dels Serveis Sanitaris d'Atenció Primària, la informació disponible (2013) mostra que la població major de 65 anys és la que més freqüenta aquests serveis.

En aquests contextos, caracteritzats per l'elevada pressió assistencial i les llistes d'espera, els treballadors i les treballadores socials necessiten comptar amb instruments objectius, vàlids i fiables que els permeten prioritzar les intervencions amb la població amb la qual treballen, que també els orienten sobre les àrees clau per les quals iniciar la seua acció professional.

En aquest treball presentem el projecte d'actualització, millora i validació de l'Escala de Valoració Sociofamiliar, versió TSO (EVSF-TSO) (2010) per al seu ús en Treball Social en contextos sociosanitaris de medi obert (Serveis Socials i Sanitaris d'Atenció Primària, Hospitals, etc.).

El projecte es desenvolupa per professionals del Treball Social de serveis socials i sanitaris i de la universitat. El seu objectiu general consisteix a elaborar una versió millorada i actualitzada de l'EVSF-TSO, en castellà i en català, que tinga totes les característiques metodològiques exigibles per a convertir-se en un instrument vàlid i fiable de pràctica habitual de les treballadores i els treballadors socials en la intervenció amb persones de 65 anys o més no institucionalitzades, que resideixen de forma habitual en un entorn comunitari.

Respecte a les garanties ètiques del projecte, aquest compta amb els avals ètics del Comitè d'Ètica de la Investigació de la Universitat d'Alacant i del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES).

Les noves versions a validar en català i castellà de l'EVSF-TSO (2010) i el seu manual d'ús es van elaborar a partir de la revisió bibliogràfica de la producció científica sobre (1) les necessitats de les persones majors i el seu mesurament, (2) dels treballs publicats entre 1993 i 2015 sobre l'Escala de Valoració Sociofamiliar i les seues diferents versions i (3) de l'experiència professional en contextos sociosanitaris.

L'escala en procés de validació s'estructura en 5 dimensions; cada dimensió conté 5 ítems; i cada ítem, diversos descriptors. Per a la validació es va comptar amb participants directes (41 professionals per a la versió en català i 42 en castellà) i indirectes (630 persones grans per a la versió en català i 615 en castellà). La recollida de dades es va realitzar mitjançant dos mesuraments diferents, en funció del procediment de validació dissenyat: al febrer-març i a l'abril-maig de 2016.

La comunicació descriu la resta de característiques del projecte, les estratègies metodològiques adoptades, l'anàlisi descriptiva-explicativa univariable i multivariante dissenyat i alguns resultats preliminars de l'anàlisi en curs.

---

### • Experiència de treball coordinat entre serveis socials bàsics i serveis de salut a Figueres i comarca (#123)

Sandra Devesa - *Fundació Salut Empordà*

Susanna Pagès - *ICS, ABS Figueres*

Carme Ortega - *Consell Comarcal de l'Alt Empordà*

Virgínia Pérez - *Ajuntament de Figueres*

#### Presentació

Al municipi Figueres i Comarca de l'Alt Empordà els agents socials volem donar a conèixer una experiència de treball coordinat entre diferents serveis socials i sanitaris del territori, en la qual hem creat una eina de valoració sòcio-sanitària que unifica criteris de valoració de risc i d'intervenció amb persones amb necessitats socials i sanitàries complexes. Aquesta experiència es concreta amb la creació d'un grup de treball mixt format per dues treballadores socials de serveis socials bàsics, Ajuntament i Consell Comarcal de l'Alt Empordà, i dues treballadores socials sanitàries, Institut Català de la Salut i Fundació Salut Empordà (Hospital de Figueres i Sòcio Sanitari Bernat Jaume).

#### Detecció

En la intervenció dels agents socials i sanitaris al territori, es va detectar que a l'hora de fer la valoració social de les persones ateses, cada servei objectivava la valoració sota paràmetres diferents, donant més importància a factors socials o sanitaris en funció d'on es realitzés aquesta i d'on sorgís la demanda.

Per una banda, cada servei utilitza escales de valoració diferents per situacions anàlogues i, per tant, el resultat és una valoració no global que dona divergències en relació al nivell de risc socio-sanitari. I per altra banda, hi ha una manca de criteris consensuats per a la detecció d'indicadors de risc i d'una classificació única del nivell de risc per posar ordre a la intervenció social al territori.

#### Objectius

Ens vam plantejar, doncs, la creació d'un grup de treball amb l'objectiu general de coordinar un pla d'intervenció conjunt entre serveis, per a una millor atenció centrada en la persona, mitjançant la reordenació i optimització del recursos socials i sanitaris que s'apliquen, tenint en compte la voluntat de la persona i família.

Objectius específics del grup de treball són:

- Unificar criteris de valoració social i sanitària conjunts al territori, utilitzant els mateixos paràmetres.
- Incorporar els criteris sanitaris a les valoracions socials.
- Identificar els recursos socials i sanitaris existents.
- Establir circuits d'intervenció consensuats.
- Establir criteris de prioritat d'intervenció sòcio-sanitària i la seva intensitat.
- Protocolitzar les intervencions conjuntes entre els serveis.
- Donar a conèixer aquestes eines a altres agents socials i sanitaris del territori per tal d'unificar criteris d'intervenció.

#### Metodologia

Per arribar als objectius proposats hem creat una eina de treball consensuada i unificada que serveix per:

- Valorar el nivell de risc sòcio-sanitari de les persones en situacions social i sanitària complexes
- Identificar el professional de referència al territori
- Establir la celeritat i prioritat de la intervenció.

Aquesta eina recull aspectes multidisciplinaris que suma la valoració del personal sanitari amb la valoració del personal social permetent una diagnosi integral, unificada de les realitats socials i sanitàries complexes. Així com, defineix les escales de valoració a utilitzar per puntuar cada apartat de l'eina.

## Reptes

Els reptes que ens plantejgem són:

- L'aplicació d'aquesta metodologia de treball en els casos que es detecten amb una realitat social i sanitària complexa al territori i l'ús d'aquesta eina per part del personal social i sanitari de Figueres i Comarca.
- Definir una única cartera de recursos socials i sanitaris al territori. Que s'activin aquests recursos amb la celeritat que requereixi el pacient segons valoració de risc.

---

### • DS-DIBA, eina de valoració social per als serveis socials bàsics (#127)

Miguel Ángel Manzano, Étienne Pagès i Marta Solé - *Subsecció Suport a la Planificació. Gerència de Serveis de Benestar Social. Diputació de Barcelona*

L'atenció integrada social i sanitària suposa per als professionals dels serveis socials, i per al mateix Sistema, el repte d'enfortir el coneixement i les capacitats tècniques en el seu objecte específic d'actuació. És especialment important homologar les competències relatives al procés de diagnosi de la situació social a la diagnosi mèdic per a poder garantir una atenció integrada eficaç tant als problemes de salut com socials.

Històricament al àmbit de serveis socials s'han fet diagnòstics molt holístics i descriptius però molt poc operatius. Han tingut com a fortalesa permetre una comprensió exhaustiva del cas per part del professional però no han facilitat ni la focalització dels recursos i prestacions ni la classificació de la població segons la situació social.

Per a facilitar l'actuació dels professionals socials a l'atenció integrada es necessiten eines de diagnòstic capaces de descriure i categoritzar les situacions socials a les que intervenir. Amb aquest objectiu s'ha creat DS-DIBA. És un sistema de valoració social que permet la identificació i mesura de les situacions que originen necessitats socials objecte de la intervenció per part dels serveis socials i dins, també, de l'atenció integrada amb salut. Així mateix l'eina permet establir el grau de risc o gravetat de la situació de la persona i/o unitat de convivència i la seva identificació amb un grup de risc amb l'objecte d'estratificar la població usuària.

El model de l'eina s'estructura en 3 àmbits de necessitats socials que es troben en 7 entorns d'intervenció. S'han identificat 32 situacions socials definides en funció de la seva incidència a la situació de necessitat. Les situacions socials interactuen amb les evidències que determinen els diferents nivells de gravetat i freqüències

en què es poden manifestar. Així mateix han estat identificats 41 factors de context que poden suposar un risc o protecció per a la situació. L'eina permet estratificar la població usuària en 3 nivells: vulnerable, risc i alt risc. En aquest moment es treballa a un nivell d'estratificació que ens permeti identificar les persones amb necessitats socials complexes (PNASC).

El principal ús és, a nivell micro en el procés d'intervenció social amb les persones i/o famílies, aportar solidesa i rigor en la presa de decisions, la gestió de prestacions i serveis i els processos d'intercanvi d'informació entre professionals, en especial a l'atenció integrada social i sanitària. L'acumulació d'evidències i bones decisions en cada intervenció ens permet, a nivell meso, trobar aquells trets comuns dels individus que ens poden permetre la seva classificació i estratificació en funció de les estratègies i prioritats de la institució o del Sistema i de l'atenció integrada. El tractament estadístic a nivell macro obre moltes oportunitats d'anàlisi tant a nivell de gestió com d'impacte de les polítiques socials.

---

### • Adaptació i validació de l'escala d'exclusió social a Osona i el Vallès Oriental (#132)

Víctor M. Giménez - *Universitat d'Alacant*

El creixent desenvolupament dels dispositius d'atenció dels Serveis socials també condueix inevitablement a l'estandardització de determinades accions, especialment quan afecten a un nombre considerable de persones i és necessari garantir una igualtat de tracte formal (Aguilar, Llobet y Pérez Eransus, 2012). En la nostra opinió, el diagnòstic és una d'aquestes accions susceptible de ser estandarditzada en part, mitjançant instruments de mesurament objectius, vàlids i fiables. Açò sense perjudici de la necessària personalització de les respostes amb participació de les persones usuàries en els propis diagnòstics (codiagnòstics).

En aquesta línia d'idees, la mateixa Llei 12/2007 reconeix expressament com a drets dels usuaris dels Serveis Socials el diagnòstic i la individualització de l'atenció. Assenyala que les persones usuàries han de "disposar d'un pla d'atenció social individual, familiar o convivencial, en funció de la valoració de la situació, que s'ha de d'aplicar tècnicament per procediments reconeguts i homologats" (art. 9) i "rebre una atenció personalitzada d'acord amb llurs necessitats específiques". D'aquesta manera, identifica com a prestació de servei dels Serveis Socials "La valoració singularitzada i el diagnòstic social de les situacions personals, convivencials i familiars i de les demandes socials" (art. 21).

Així, els Serveis Socials i els seus professionals necessiten comprendre i explicar les situacions personals o familiars amb les quals treballen, entre altres, amb instruments vàlids i fiables que servisquen per a fonamentar la presa de decisions en les situacions individuals o familiars i que, de forma agregada, aporten informació per a la planificació, gerència i control-avaluació d'organitzacions, programes o serveis o el disseny de polítiques socials.

El Grup d'Investigació sobre Treball Social i Serveis Socials (GITSS) de la Universitat d'Alacant, en el marc de dos contractes d'investigació amb els Consells Comarcals d'Osona i del Vallès Oriental, va adaptar i validar l'Escala de Diagnòstic de l'Exclusió Social (EES)-Model UA per al seu ús als Serveis Socials d'Atenció Primària (SSAP).

L'objectiu de l'EES és establir la posició d'una persona en el continu entre la inclusió i l'exclusió, facilitant informació sobre l'abast i la intensitat de l'exclusió. Així, consta de 6 àmbits vitals i 8 dimensions, que identifiquen els principals factors desencadenants i potenciadors dels processos d'exclusió.

El projecte es desenvolupà entre novembre de 2015 i novembre de 2016. Van participar 126 professionals dels 2 Consells Comarcals i de 7 Àrees Bàsiques de Serveis Socials, que van aportar 1009 casos vàlids. L'anàlisi de dades portat a terme aporta informació sobre el perfil sociodemogràfic i sobre l'abast i la intensitat de l'exclusió de la població estudiada. A més, proporciona evidències sobre la dimensionalitat, la validesa i la fiabilitat de l'EES. Per últim, es van vincular els resultats de l'EES amb la pràctica professional mitjançant la identificació de grups i trajectòries d'exclusió, com a base per a l'establiment d'un model de intervenció amb els processos d'exclusió. La comunicació descriu l'ESS, la metodologia i la resta de característiques del projecte, l'anàlisi descriptiva-explicativa de les dades, els principals resultats obtinguts i la seua transferència a la pràctica professional als SSAP.

---

### • Instruments d'identificació de necessitats socials complexes, l'adaptació a Catalunya (#189)

Pilar Hilarión, Marta Ballester i Rosa Suñol - Institut Universitari Avedis Donabedian - Universitat Autònoma de Barcelona

Xavier Delgado - Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) de la Generalitat de Catalunya.

Ester Sarquella - Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya.

Josep de Andrés - Ajuntament de Sabadell. Àrea d'Acció Social i Cultura.

Diputació de Barcelona. Gerència de Serveis de Benestar Social

La identificació de persones en situacions de necessitats socials complexes (PNASC) emergeix com un gran repte en els sistemes de prestació de serveis socials i d'altres relacionats amb l'atenció a les persones, donat que representa un element clau a l'hora de programar accions individuals a persones o famílies de risc, com a grups o comunitats amb les quals es treballen.

Aconseguir que els serveis socials municipals puguin tipificar la complexitat de les persones ateses amb els mateixos criteris contribueix a garantir a la ciutadania l'equitat en l'accés als serveis socials i en l'atenció rebuda, millorar la gestió de cada cas per part dels equips professionals, així com gestionar millor la càrrega de treball associada a la gestió de casos complexos per part dels equips.

Durant el segon semestre del 2015 i primer semestre del 2016 es va portar a terme el projecte per a la Identificació d'instruments o criteris per a la presa de decisions existents pel cribatge o establiment del nivell de complexitat de la situació de les persones ateses en el sistema de serveis socials. Aquest projecte ha comptat amb la participació en el nucli promotor de la iniciativa de:

- Diputació de Barcelona. Gerència de Serveis de Benestar Social.
- Generalitat de Catalunya:
  - Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS).
  - Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Ajuntament de Sabadell. Àrea d'Acció Social i Cultura.

Es van identificar diferents conceptes de complexitat, i diferents perspectives en els instruments emprats; des del model centrat en la valoració per part del professional (validació ponderada, criteri professional), fins als continguts basats en enfocaments predictius, preventius, de gravetat o d'utilització de recursos. Es van trobar diversos instruments, però un d'ells, el Self-Sufficiency Matrix en la seva adaptació holandesa SSM-D, es va identificar com a prioritari per iniciar un procés de traducció i d'adaptació cultural a Catalunya, donades les seves característiques: el seu ús pràctic, la seva possible adaptabilitat amb altres instruments i sistemes de treball, i les possibilitats de col·laboració amb la potent experiència d'implementació que s'ha portat a terme en els Països Baixos.

L'objectiu de La FASE II del projecte és efectuar la traducció i adaptació transcultural als idiomes castellà i català de l'Instrument SSM-Matrix Versió holandesa (SSM-D) per efectuar la detecció, cribatge i establir el nivell de complexitat de la situació de les persones ateses pel sistema de serveis socials bàsics i de treball social del sistema de salut, a nivell català.

## BLOC 2.3.

### ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LA SALUT MENTAL

#### • **Projecte “Compta amb mi”. Atenció integrada i integral de les persones de la llar residència de salut mental de Manlleu” (#198)**

Claude Protin - *Hospital Sant Jaume de Manlleu - Consorci Hospitalari de Vic*  
Núria Camprodón, Assumpta Llagostera i Maria Mercè Rico - *CAP Manlleu*  
Núria Pujol, Mercè Aubareda i Joan López - *Osona Salut Mental - Consorci Hospitalari de Vic*  
Susana Montalban, Inès Barenys i Montse Colom - *Osonament*

#### **Justificació:**

El col·lectiu de persones amb problemes de salut mental sovint pateixen l'estigma a nivell social, però sovint també en l'àmbit sanitari, fent que les necessitats de salut d'aquestes persones quedin emmascarades per l'etiqueta psiquiàtrica.

Aquest col·lectiu, sovint presenta complexitat des del punt de vista clínic. A més s'observa una tendència a l'envelliment i progressiva cronicitat d'aquest col·lectiu que sovint implica haver de prendre més decisions i més complexes en l'àmbit de salut.

No obstant, no sempre es respecta el principi d'autonomia d'aquests pacients, donant per suposada la falta de competència per prendre decisions en relació a la seva atenció, i per tant rebre una atenció més paternalista per part dels professionals.

#### **Objectiu Principal:**

Establir un marc d'atenció integral i integrada en base a pràctiques col·laboratives entre serveis socials i sanitaris de les persones residents a la Llar Residència Salut Mental amb una mirada holística sobre les seves necessitats, amb l'objectiu de millorar la seva gestió assistencial i obtenir una vivència satisfactòria de l'atenció, tant per part de la persona com dels professionals.

#### **Objectius secundaris:**

- Afavorir l'autonomia del resident en la presa de decisions
- Afavorir les relacions col·laboratives, eficients i sostenibles
- Afavorir la presència en la comunitat

**Col·laboradors:** Hospital Sant Jaume de Manlleu i Osona Salut Mental - Consorci Hospitalari de Vic, EAP Manlleu, i Llar Residència Manlleu (Osonament )

**Destinatari:** Persones residents a la Llar Residència de Manlleu, les seves famílies i/o tutors, i tots els equips assistencials implicats en la seva atenció

#### **Metodologia:**

- Creació d'un equip de treball multidisciplinari de professionals de cadascun dels proveïdors que els atenen, tant de l'àmbit social (residència i atenció primària) i sanitari (atenció primària, especialitzada i hospitalització), com a nucli de dinamització del projecte.
- Definició del projecte
  - S'ha realitzat un anàlisi DAFO i un estudi descriptiu del perfil de població de referència amb l'objectiu de detectar situacions previsible per tal d'adaptar aquestes previsions a les rutines assistencials, mitjançant la millora de la coordinació entre els diferents serveis socials i sanitaris de la zona.
  - S'han establert circuits de comunicació presencial i no presencial entre els referents de la llar residència i els metges de família de l'EAP i la psiquiatria de referència, per tal de fer una gestió individualitzada i eficient dels casos, promovent la visita no presencial i evitant les derivacions innecessàries.
  - S'ha començat a treballar i promoure la Planificació de Decisions Anticipades , mitjançant la revisió de la bibliografia i experiències prèvies existents, i s'ha valorat la possibilitat de fer un anàlisi previ qualitatiu de les narratives de vida dels usuaris.

#### **Resultats esperats**

- Evitar l'atenció fragmentada d'aquest grup de població, en base al treball interdisciplinari i les pràctiques col·laboratives entre els diferents proveïdors que l'atenen, assegurant la bona praxi per part de tots els professionals i organitzacions.
- Adequar l'atenció de les situacions complexes en base a les seves històries de vida, necessitats i preferències dels residents i els seus representants.

---

#### • **Ments despertes: mira amb uns altres ulls (#137)**

Marta Viaplana i Lourdes Bernal - *Fundació Pro Avis*  
Carmen Armengol - *Fundació Viaclara*

El programa Ments Despertes, és un programa formatiu liderat per persones afectades per malaltia mental, adreçat a centres educatius. A través del programa, donem veu a persones afectades per una malaltia mental, fent que s'apoderin i es transformin en generadors de canvi a través de la seva experiència personal. Aquesta capacitació, els genera valor i reverteix positivament en la seva salut mental , alhora que realitzen tota una tasca anti estigma.

Diem que el programa reverteix de manera positiva en la seva salut, perquè segons



els Determinants de Salut els factors que la determinen van més enllà dels aspectes sanitaris, i un d'aquests determinants, el segon més important, és la interacció que tenim entre les persones, amb el nostre entorn i com estem integrats en les xarxes socials i comunitàries.

Vàrem realitzar tot un estudi previ i documental sobre la malaltia mental, la imatge social d'aquesta, estigma, normalització, símptomes... i vàrem veure que sempre som els professionals qui parlem de malaltia mental i del que comporta, però en poques ocasions els ponents són persones afectades que parlin d'ells i de les seves experiències de vida. Conformem doncs un grup de treball format per persones afectades per una malaltia mental informades, formades, compromeses i apoderades i que puguin decidir. A partir d'aquest grup de treball, amb l'acompanyament de professionals tècnics, es desenvolupa el contingut de les ponències participatives a les aules. El procés es desenvolupa centrat en els ponents, en coherència a la definició del PIAISS sobre ACP.

Ments Despertes compta amb tres accions metodològiques principals:

1. Ponència participativa en els centres educatius.
2. Dossier d'activitats complementàries que es facilita al professorat.
3. Visita organitzada a un recurs de salut mental.

Cada participant va dissenyar què volia explicar de la seva experiència de vida i a través de diverses sessions de treball i de formació, amb el suport dels professionals, van endreçar el seu discurs i desenvolupar les habilitats necessàries per a parlar en públic. A banda de les ponències, també participen de tot el conjunt del programa, ja que és amb ells que fem xerrades informatives, en els diferents dispositius rehabilitadors i de salut, per tal d'incorporar nous ponents, són formadors de nous ponents, revisen la informació i contingut del programa amb els professionals, participen de conferències en jornades tècniques per parlar del programa i dels beneficis que aquest comporta a nivell de salut i a nivell comunitari, etc.

Treballem tres objectius principals:

- Promoció de la salut.
- Apoderament i participació comunitària: una eina poderosa per trencar estigma.
- Normalització de la malaltia mental.

Hem portat a terme 5 edicions i en aquests 5 anys:

- + de 70 ponències participatives.
- + de 2000 alumnes ens han escoltat.
- + de 1000 hores de formació als ponents participants i als ponents en formació inicial.

- Recollim dades amb la valoració que fan els ponents, de la millora del seu benestar en quant a salut mental, pel fet de participar en el programa.

---

### • **Llars residències de salut mental: comparació de resultats entre dos models d'intervenció (#186)**

Sandra Ribas, Pamela Infante i David Fernández - *Salut Mental Gràcia*

Eva Montes - *Atra Clínic*

Les Llars Residències són dispositius que des d'un model integrador d'atenció ofereixen un marc residencial flexible per donar diferents respostes a persones amb una malaltia mental de llarga evolució. Des d'aquest dispositiu psicossocial i comunitari es treballa amb la persona la recuperació de capacitats, la major autonomia possible i la màxima normalització.

El model de Residència per a persones amb trastorn mental greu es va definir inicialment a Catalunya l'any 2000 i a l'any 2004-2005 es publiquen una sèrie de documents per definir el model. Tot i aquest avenç, actualment ens trobem amb una diversitat de programes d'intervenció que, tot i seguir un eix comú en base als documents esmentats, depenen de la voluntat i innovació dels professionals de cada centre, desenvolupant activitats rehabilitadores diverses. Aquesta diversitat en l'aplicació del model ens fa plantejar si hi ha diferències significatives en els processos de rehabilitació.

Aquest estudi analitza els resultats obtinguts en dos models de llar residència amb programes d'intervenció diferents. En una residència (R1) es desenvolupa un Programa de Rehabilitació Integral, duent a terme activitats en 4 àrees d'intervenció: a) Activitats bàsiques de la vida diària, b) activitats instrumentals de la vida diària, c) activitats de rehabilitació cognitiva i d) activitats d'inclusió social i comunitària. A l'altre llar residència només es desenvolupen activitats en 2 àrees d'intervenció: a) Activitats bàsiques de la vida diària i b) activitats instrumentals de la vida diària.

**Mètode:** es comparen els resultats obtinguts en dos escales. Escala BELS, que valora el nivell d'autonomia a les habilitats bàsiques de la vida diària, i l'escala HONOS que valora l'impacte de la malaltia mental. Es fan servir les puntuacions obtingudes durant l'any 2013. S'utilitza l'índex d'associació de Cohen i la correlació de Pearson per l'anàlisi estadística.

**Població:** l'estudi es fa amb un total de 63 usuaris, amb diagnòstic principal

d'esquizofrènia (incloent tots els subtipus), amb edats compreses entre els 36 i els 65 anys. Els grups són naturals i es divideixen en 3 intervals segons l'edat.

**Resultats:** es quant als hàbits de la vida diària, els resultats mostren que a mesura que augmenta l'edat empitjoren les habilitats comunitàries en tots els subjectes de la mostra. En relació a l'impacte de la malaltia mental trobem diferències entre els dos models d'intervenció a partir del tercer interval d'edat.

**Conclusions:** a partir d'aquests resultats pensem que aquesta diferència en l'escala HONOS ve donada per l'existència d'un Programa Integral de Rehabilitació dins la Llar Residència R1. Aquest permet que no s'agregui l'impacte de la malaltia en el moment que la persona perd la capacitat d'acudir a recursos externs de rehabilitació. Per tant, és fonamental mantenir programes de rehabilitació integrals dins la llar, que garanteixin la preservació i adquisició d'habilitats personals i funcionals, així com estils de vida orientats a la màxima normalització de la persona.

---

• **Actua, tots per tots (#187)**

Yolanda Guasch i Judith Sanjuan - ATRA

“ACTÚA, TOTS PER TOTS” és un PROGRAMA INNOVADOR DE SUPORT A LA VIDA AUTÒNOMA PER A PERSONES AMB TRASTORN MENTAL, que inclou l'atenció a la pròpia llar i que incorpora la participació de voluntaris/es amb caràcter inclusiu, es a dir, un voluntariat format per persones amb i sense trastorn mental. La participació de voluntaris/es amb trastorn mental en aquest programa l'enriqueix positivament ja que fomenta la cooperació i el suport mutu entre persones del mateix col·lectiu, amb idèntiques dificultats i experiències, a la vegada que potencia l'apoderament de les mateixes.

Programa COMUNITARI I INTEGRADOR que desenvolupa pràctiques innovadores i de transformació social fàcilment reproduïbles, que permeten fer-lo extensible a altres municipis, comarques i territoris. Fa un plantejament integral de la persona i de les seves necessitats i totes les actuacions van dirigides al seu apoderament i plena inclusió social. Els beneficiaris/es tenen una participació activa indispensable en el seu procés, des del mateix disseny del seu PAP (pla d'atenció personal), on es treballen objectius emmarcats dintre de les diferents àrees de la vida diària: Autocora, Habilitats comunitàries, Relacions Socials i Ocupacionals i Habilitats domèstiques facilitant des del programa eines i estratègies per millorar l'autonomia de les persones ateses.

Possibilita als voluntaris amb trastorn mental sentir-se importants i part de la societat, donant suport a altres persones i promou el treball de les persones per les persones, fomentant la cooperació, el suport i ajuda – mútua entre persones del mateix col·lectiu.

Les famílies, com a peça clau en el procés rehabilitador de la persona amb trastorn mental, participen del programa. La informació, formació i suport es facilita a través d'entrevistes individuals.

La força d'aquest programa és doble i es retro alimenta. Per una banda s'apodera al voluntari/a del programa amb trastorn mental, treballant la presa de decisió i la responsabilitat, així com es reforça la seva autoestima al sentir-se important en el grup. A la vegada el beneficiari/a del programa es sent menys vulnerable i més reforçat ja que també rep el suport d'altres persones que com ell coneixen bé les dificultats de la malaltia. El missatge implícit en aquesta actuació és “SI jo puc, tu pots”. Tanmateix hem de fer referència a la importància de la cooperació de voluntaris/es sense malaltia mental, en la seva aportació a aquest programa on coneixeran més d'aprop la realitat d'aquest col·lectiu tant afectat per l'estigma.



## BLOC 2.4.

### EXPERIÈNCIES TERRITORIALS D'ATENCIÓ INTEGRADA

#### • Planificació i gestió sanitària mitjançant l'experiència de la persona hospitalitzada (#140)

Judit Castro, Guiomar Riaño, Anabel Barrera, Montserrat Rodó i Marco Inzitari  
- Parc Sanitari Pere Virgili

La present comunicació té com a finalitat descriure una manera qualitativa de planificació/gestió de serveis sanitaris basats en l'Experiència de la Persona, portada a terme a l'Hospital Pere Virgili. Aquesta metodologia de treball, com indica l'Agency for Healthcare Research and Quality, posa de manifest què “avaluar l'experiència del pacient, junt amb altres components com l'efectivitat i la seguretat de l'atenció, és essencial per proporcionar una imatge completa de la qualitat de la cura de la salut. La comprensió de l'experiència del pacient és un pas clau per avançar cap a l'atenció centrada en el pacient”. Com a Institució creiem en la importància de l'Atenció Centrada en la Persona, integrant-la en la missió: “Prestar atenció intermèdia sanitària i social de qualitat, amb un model integral biopsicosocial i de promoció de l'autonomia” i un dels valors: “Atenció integral de qualitat, respectuosa, participativa i personalitzada”.

L'any 2016 vam incloure aquesta metodologia en la planificació/gestió del centre. Tal i com expressa Francesc Torralba (2014) “la gestió i la organització de les institucions ha de tenir com a centre de gravetat el respecte a la dignitat de la persona humana. La tècnica, les estructures, els rols i les funcions estan al servei del ple desenvolupament de la persona”.

Objectius marcats:

1. Conèixer la satisfacció i l'experiència de les persones ateses.
2. Proposar accions de millora basades en la metodologia de l'Experiència de la Persona.

Vam utilitzar tècniques qualitatives, un Focus Grup i dos Entrevistes Profunditat a persones ingressades. Partíem de les dades proporcionades per l'Enquesta de Satisfacció Plaensa 2016 i, com dimensions a explorar en base als resultats menys favorables de l'enquesta vam prioritzar:

- A. Tracte rebut a l'hospital
- B. Alimentació dispensada a l'Hospital
- C. Lleure integrat a l'Hospital
- D. Confort ofert per l'Hospital

Els resultats obtinguts van detectar punts calents de l'Hospital: dificultats en el descans nocturn, dificultat per compartir espais amb persones amb alteracions conductuals, manca de referent assistencial continu. A partir de l'anàlisi dels resultats es van proposar actuacions de millora, com el protocol de descans nocturn, millorar el pla de formació dels professionals assistencials amb cursos de comunicació, incorporar a la guia d'acollida els valors, pautes de conducta i tracte que la institució promou.

Continuem amb aquesta metodologia aquest any 2017: s'han programat dos Focus Grup amb pacients i, com a novetat, farem un Focus Grup a professionals del centre i Entrevistes en Profunditat a pacients/familiars que presentin reclamacions. Aquest any podrem comparar els avanços que ens proporciona aquesta metodologia i avaluar els resultats obtinguts.

---

#### • L'atenció integrada a les persones amb discapacitat intel·lectual en un entorn residencial (#165)

Montserrat Codinachs, Alícia Brunet i Laura Mayenco - Fundació Sant Tomàs

El Centre Riudeperes, residència per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitats de suports generalitzats i permanents i alta complexitat assistencial, porta a terme en els darrers anys un procés de transformació de l'atenció a la salut de les persones residents caracteritzat per:

- Incorporar l'atenció a la salut dins el projecte d'atenció a les persones del centre.
- Integrar els recursos sanitaris en l'equip interdisciplinari intern com a executor del projecte.
- Adaptar les propostes interdepartamentals d'atenció integrada del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat i del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, a l'estratègia assistencial del centre.
- Promoure una estratègia d'aliances amb l'entorn que asseguri la continuïtat i qualitat en l'atenció.
- Millorar els resultats del procés d'atenció a les persones residents des d'una visió global i congruent amb l'estratègia Triple Aim.

El projecte pretén oferir una atenció eficient, efectiva, segura, accessible, continua, satisfactòria, congruent amb els valors i preferències de les persones i dels seus representants legals, a través d'unes garanties conforme un model d'atenció a la salut integrat, integral, centrat en la persona i col·laboratiu, tant a nivell d'equip intern com en relació als agents de salut del territori. El lideratge professional per part dels professionals del centre i dels professionals de la salut manté la viabilitat del projecte.

Destaquem com a elements innovadors:

1. Atenció centrada en la persona: el projecte considera a la persona des de la seva individualitat detectant i responent a les seves necessitat, preferències i interessos.
2. Atenció integral i integrada: l'atenció a la persona es fa considerant totes els àrees d'atenció que la conformen i mitjançant la integració de serveis socials i sanitari.
3. Atenció en el territori, en i amb la comunitat de referència.
4. Participació efectiva: Les persones residents i/o els seus representants legals participen en el projecte des del seu inici, reben tota la informació del procés, participen en la planificació de les decisions anticipades, avaluen mitjançant enquestes de satisfacció i participen en les reunions interdisciplinàries de l'equip.

Principals resultats:

- Increment de la planificació proactiva.
- Augment de l'atenció no presencial.
- Disminució de les consultes externes.
- Increment en les solucions d'atenció intermèdia.
- Disminució dels ingressos hospitalaris.
- Millora de la satisfacció de les famílies/representants legals i dels professionals

Les claus d'èxit són la perseverància, la cura del món relacional intern i extern, la documentació de tots els pactes, l'apoderament dels professionals i la seva implicació en el procés de modelització. L'Atenció integrada és un procés llarg que exigeix humilitat, progressivitat i tenacitat. La integració de TIC relacionades i la promoció dels lideratges professionals, el coneixement i reconeixement mutu entre els agents són fonamentals.

L'element definitiu pel canvi són les persones i les famílies a qui va dirigit. Estar en tot moment informades i promoure la seva participació directa i efectiva és condició sine qua non per l'èxit.

---

### • Programa de gestió de l'atenció complexa d'Osona (#203)

Jordi Roca, Antoni Anglada i Joan Aspauella - *Fundació Hospital de la Santa Creu*

Anna Rufí - *Consell Comarcal d'Osona*

Sílvia Mateu - *Ajuntament de Vic*

Àgata Gelpi - *Ajuntament de Manlleu*

Aida Guilleumet - *Mancomunitat La Plana*

Lourdes Borrallera - *Institut Català de la Salut*

La comarca d'Osona amb gairebé 157.000 habitants, un 3,13% dels quals tenen

85 anys o més, te una trajectòria reconeguda de treball com a "microsistema" social i sanitari que es concreta en projectes d'integració clínica i funcional entre les institucions sanitàries i de creixent col·laboració amb el sector social.

### Com hem abordat la complexitat a Osona?

El 2014, les Àrees Bàsiques de Serveis Socials d'Osona van signar un acord per consensuar la cartera de serveis socials conjunta a tota la comarca i establir nous serveis per donar resposta a les necessitats de la població (PAC Osona, implementació d'un sol model de SAD, el SAD transitori, BAT Osona,... ). Per altra banda, el Servei Català de Salut i les entitats proveïdores en l'àmbit sanitari públic van signar el 2012 el Pacte Territorial d'Osona que preveia la implantació de la Ruta Territorial de Complexitat, que ha assolit resultats rellevants com ara en el nivell de identificació de persones amb complexitat, canvi d'ús de recursos, introducció del PIIC i de l'atenció compartida i altres dels que en presentem els resultats. Aquestes iniciatives han suposat un notable increment de les pràctiques col·laboratives entre tots els agents implicats i compartir la visió com a territori.

Durant aquests anys però, ha quedat palès més que mai la necessitat d'avançar en el constructe del model d'atenció per a la població que aplega altes necessitats socials i sanitàries pel que enguany, per encàrrec dels Departaments d' Afers Socials i Salut, les institucions del territori plantegem en el context del PIAISS un Programa de Gestió de l'Atenció Complexa a les persones amb necessitats complexes sanitàries i socials d' Osona, concretament pel subgrup de persones amb altes necessitats, aproximadament un 1% de la població, en els que la provisió del servei té un cost més elevat. És el perfil en què la intervenció pot ser més efectiva i tenir més impacte.

### Què volem assolir amb aquest Programa?

- Aportar resultats en salut i benestar social, mitjançant la millora del servei d'atenció a les persones amb necessitats complexes socials i sanitàries.
- Definir un nou model d'intervenció integrada entre els diferents proveïdors d'assistència sanitària i social que millori l'experiència de les persones ateses.
- Augmentar l'eficiència en l'ús dels recursos sanitaris i socials i que sigui econòmicament sostenible.
- Que sigui escalable i reproduïble en altres territoris.
- Incorporar la participació ciutadana.

Una vegada implantat, la persona/cuidador ha de rebre una resposta personalitzada, proactiva i anticipada a les seves necessitats amb la seva participació en la decisió del seu pla de serveis. Els punts clau del model d'atenció són la identificació, l'avaluació, el punt d'atenció únic i la gestió dels recursos que es desenvolupen en la presentació. El Programa de Gestió de l'Atenció Complexa te una orientació de triple visió, i es

focalitza en tres components nuclears: Una estructura de govern per la gestió de la població; una implantació dels serveis a la població diana de forma escalonada i progressiva; i un sistema d'aprenentatge per fer-ho perdurable i ampliable.

---

• **Redisseny del procés d'atenció domiciliària integrada social i sanitària - procés col·laboratiu a la Garrotxa (#194)**

Pilar Hilarión i Marta Ballester - *Institut Universitari Avedis Donabedian - Universitat*

*Autònoma de Barcelona*

Joan Carles Contel - *Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) de la Generalitat de Catalunya.*

*L'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa*

*ICS Àrea Bàsica d'Olot-Besalú*

*Consorti d'Acció Social de la Garrotxa*

L'atenció integrada s'ha definit com la coordinació de l'atenció entre múltiples professionals, organitzacions i sectors en sintonia amb les necessitats i preferències dels usuaris.

Partint del marc conceptual de Valentijn et al. es pot concebre la integració de l'atenció en 4 nivells:

- Integració de sistema: perspectiva a nivell macro, de govern.
- Integració organitzativa: perspectiva a nivell meso, de gestió.
- Integració professional: perspectiva de nivell meso, dels professionals.
- Integració del servei: perspectiva a nivell micro, l'atenció rebuda per l'usuari.

El moviment cap a la integració de l'atenció es vincula a diversos estímuls, essent un d'ells la complexitat de les necessitats dels usuaris, que estimulen la vinculació cap a la integració plena.

Amb aquest marc conceptual i necessitats com a impulsores, s'ha realitzat un projecte col·laboratiu de redisseny del procés d'atenció domiciliària integrada social i sanitària a la Garrotxa durant el 2016 i l'inici del 2017. El projecte es va iniciar amb la identificació d'una veu significativa dels usuaris o persones als quals s'estava donant suport, amb una agrupació temàtica dels conceptes que en sortien.

Posteriorment, es varen fer exercicis participatius amb professionals centrats en la identificació dels principals problemes, objectius i prioritats de l'atenció integrada sanitària i social. Per aprofundir en els problemes identificats es va realitzar un

diagrama causa-efecte per identificar les possibles causes que ocasionen el problema objecte d'estudi.

Partint d'aquest procés es varen realitzar 4 sessions presencials amb representants de les principals organitzacions implicades en l'atenció domiciliària per detallar el redisseny de processos de l'atenció.

El projecte s'ha centrat en la integració del servei, revisant el model d'atenció i el desenvolupant de la metodologia de generació de consensos.

Aquesta metodologia col·laborativa es basa en la participació i implicació dels professionals, organitzacions i usuaris des de la fase inicial del redisseny dels processos, facilitant la implementació d'un sistema de salut i serveis socials basat en processos d'atenció centrats en la persona, per millorar i afavorir el seu projecte vital, així com la capacitat del seu entorn relacional i comunitari de donar-hi suport quan sigui necessari.

La comunicació presentarà la metodologia col·laborativa per consensuar el procés de redisseny així com els resultats preliminars.

## BLOC 2.5.

### LES PERSONES CUIDADORES I EL BENESTAR

#### • El cuidado. Elementos relacionales y afectivos constitutivos del cuidar en hombres cuidadores (#101)

Carmina Puig i Ramona Torrens - *Universitat Rovira i Virgili*

Esta comunicación plantea una reflexión sobre la implicación de los hombres en los trabajos de cuidados. En él se explora y discute el concepto de cuidado centrando en los aspectos relacionales y afectivos que están presentes en la acción de cuidar realizada por parte de los hombres en entornos domésticos y que mantienen una relación familiar con la persona a cuidar. Siempre en el ámbito del cuidado de las personas en situación de dependencia, sean sus esposas, padres/madres o hijos/hijas se da un menor reconocimiento social si lo comparamos con las tareas de crianza de los hijos que adquieren más relevancia social y más visibilidad en el marco de las nuevas paternidades.

Su caracterización permitirá plantear aquellos aspectos que, pese a su invisibilidad, son constitutivos del cuidar y así esbozar opciones en las formas de cuidado. Esta comunicación forma parte de una investigación más amplia sobre hombres cuidadores realizada en Cataluña “Hombres cuidadores. Retos y oportunidades para reducir las desigualdades de género y afrontar las nuevas necesidades de cuidado” . Se trata de una investigación participativa que ha contado con el soporte de 43 instituciones o asociaciones implicadas en el cuidado de las personas adultas en situación de vulnerabilidad. Hemos efectuado 208 entrevistas a hombres que cuidan en el entorno familiar, a hombres que hacen trabajos remunerados de cuidados, a gestores de servicios de cuidados (públicos y privados), así como a personas receptoras de cuidados, con el objetivo de evaluar las barreras culturales y de oportunidad que inciden en la implicación de los hombres en los trabajos de cuidados, así como los modelos emergentes. La investigación se ha centrado en los cuidados de larga duración de personas adultas con alto grado de dependencia centrado en el cuidado social. Las principales categorías de análisis son: 1) concepto y discursos sociales sobre el cuidado; 2) desarrollo del itinerario de cuidado y estrategias de adaptación a la situación; 3) gestión y negociación del cuidado; 3) actividades y la toma de decisiones; 4) formas de apoyo a la situación de cuidado; 5) incidencia de la crisis económica; 6) motivaciones para el cuidado; y 7) vivencias y sentimientos en relación a la situación de cuidado. Para esta comunicación nos centramos en los discursos sobre el concepto de cuidado, las motivaciones y las vivencias y sentimientos respecto a la acción de cuidar por parte de los hombres.

La mayoría de personas a quienes propusimos ser entrevistadas aceptaron nuestra

invitación y se sintieron motivadas a participar en el proyecto. Algunos cuidadores familiares no se reconocían a sí mismos como cuidadores, incluso se sorprendían de ser calificados bajo este concepto.

En las conclusiones reflejamos, ya desde el principio, que los cuidadores familiares perciben las actividades y sentimientos relacionados con el cuidado como algo intrínseco al vínculo de parentesco que les une a la persona cuidada. Se destaca la escasez de conocimiento sobre los elementos relacionales y afectivos constitutivos en los trabajos de cuidados de los hombres y la necesidad de ahondar en esta cuestión para poder concebir propuestas y debates que enriquezcan la conceptualización del cuidar siempre desde una perspectiva intergeneracional y entre hombres y mujeres. Con nuestro aporte contribuimos a dar más visibilidad a los cuidados y mostramos que los hombres cuidan a personas adultas con diferentes niveles de dependencia, a pesar de no haber sido socializados en estas tareas. Observamos que se incorporan progresivamente en los trabajos de cuidado en función de la evolución de la enfermedad y siempre se da prioridad a la actividad laboral del hombre que cuida delegando, así, las actividades directas de cuidado y asumiendo la gestión de la misma, lo que implica la movilización de otros recursos disponibles. La opción personal de hombres que se dedican a los trabajos de cuidado responde a la voluntad de no ser una carga familiar, en el ámbito doméstico y como opción laboral, en un contexto de precariedad laboral, en el ámbito remunerado. En cualquier situación las dimensiones emocionales y morales son esenciales.

---

#### • Preferencias de personas cuidadas sobre el sexo de la persona cuidadora (#144)

Tomasa Báñez - *Universitat de Barcelona*

En esta comunicación se presentan los resultados del análisis de los discursos de 37 personas receptoras de cuidados de larga duración, con el objetivo de conocer sus preferencias en relación con el sexo de la persona cuidadora. La metodología de la investigación ha incluido la realización de entrevistas en profundidad a personas cuidadas por hombres en Cataluña. Los resultados de este análisis muestran que, en los discursos de las personas cuidadas en contextos institucionales, el sexo de la persona cuidadora pasa a un segundo plano, enfatizándose las características personales, el trato y la profesionalidad; a la vez que persisten las construcciones sociales de género, sexualidad y cuidado. Este análisis puede contribuir al reconocimiento de las personas receptoras de cuidado como sujetos activos cuyos derechos se encuentran a menudo en tensión con los de otros actores; así como

orientar las prácticas profesionales y las políticas públicas sobre los cuidados de larga duración.

Esta comunicación se ha realizado en el marco de un proyecto de investigación financiado por RecerCaixa, un programa impulsado por la Obra Social 'la Caixa' con la colaboración de la Asociación Catalana de Universidades Públicas (2014ACUP00045).

---

### • La xarxa de grups de suport Cuidem-nos a l'Alt Empordà (#149)

Glòria Pla - *Consell Comarca de l'Alt Empordà*

Aquesta comunicació vol exposar l'experiència del desplegament a la comarca de l'Alt Empordà de la xarxa de grups de suport Cuidem-nos, que té com a objectiu incidir en l'impacte de la cronicitat i la dependència de les persones grans des d'una enfocament comunitari, integral i de proximitat per millorar la qualitat de vida de les persones afectades i els seus familiars.

Aquesta xarxa de grups de suport està dissenyada per atendre dos grups de població de la comarca: en primer lloc, familiars cuidadors de persones afectades de dependència i altres processos crònics i, en segon lloc, persones afectades de malalties cròniques i/o degeneratives (parkinson, fibromiàlgia, processos oncològics, escleròsis múltiple...).

La xarxa de grups de suport ofereix ajut, suport i informació a les famílies per poder conviure millor amb aquestes situacions i aprendre estratègies d'afrontament saludables. Els grups de suport ofereixen un espai de trobada amb altres persones que viuen una situació similar amb l'objectiu d'evitar l'aïllament i compartir experiències, tot afavorint l'aprenentatge de nous rols i estratègies, per adaptar-se al procés de la malaltia.

En aquesta comunicació oral s'exposaran la perspectiva de treball en xarxa que permet incorporar i integrar diversos agents de l'àmbit sociosanitari que treballen conjuntament per oferir aquest recurs a la comarca de l'Alt Empordà (Àrees Bàsiques de Salut, Serveis Socials d'Atenció Primària, serveis especialitzats i entitats socials del territori).

Des de l'àmbit de la gestió sociosanitària, també s'exposaran els processos de detecció, de derivació i de difusió que utilitzen els professionals i les entitats que formen part d'aquesta xarxa de suport. Es presentaran els diversos perfils

professionals que hi intervenen i les seves funcions així com també es presentaran els continguts amb què es dinamitza aquest espai de cura així com els recursos de suport a les famílies que s'ofereixen per tal que puguin garantir la seva participació.

Aquesta experiència es va posar en marxa l'any 2005 i ha funcionat al llarg dels darrers anys fins al moment present en diversos municipis de la comarca. Durant aquest temps s'han consolidat tres línies d'atenció grupal diferenciades i complementàries en les quals han participat un total de 760 famílies.

En concret les tres línies d'atenció s'han centrat en grups de suport a familiars cuidadors; grups d'ajuda mútua i grup de suport Cuidem-nos, cadascun d'ells amb una estratègia d'intervenció pròpia.

Mitjançant aquesta comunicació oral es volen compartir les reflexions professionals que ha generat aquesta experiència així com els reptes de futur que es plantegen per a aquest recurs que situa les persones en el centre de l'atenció integrada social i sanitària a l'Alt Empordà.

Ponent: Glòria Pla, psicòloga i coordinadora de l'Equip de Dependència i Promoció de l'Autonomia de l'àrea de Benestar del Consell Comarcal de l'Alt Empordà. Màster gerontologia, educadora social, postgrau atenció al dol. Membre Grup de Treball maltractaments a a la gent gran a les comarques gironines.

---

### • Primer les persones: cuidar com ens agradaria que ens cuidessin (#169)

Cristina Segura i Carmen Espejo - *Fundació Bancària "la Caixa"*

Mayte Sancho i Elena del Barrio - *Matia Instituto Gerontológico*

El Programa de Gent Gran de la Fundació Bancària "la Caixa" va desenvolupar un procés d'investigació-acció per a identificar els aspectes essencials de la cura de les persones grans i fomentar un procés de reflexió sobre l'atenció actual i futura a les persones, en un context de transformació en la manera d'entendre i atendre a les persones grans.

La realització de dos estudis -quantitatiu i qualitatiu-, la promoció de fòrums de debat a Catalunya, Andalusia, Madrid i País Basc en els que van participar administracions públiques, associacions de gent gran, experts i professionals del sector gerontològic (un total 60 agents socials) i la realització d'entrevistes en profunditat a experts ha permès construir la Carta Primer les persones: cuidar com ens agradaria ser cuidats,

en la que s'exposen els principis de la cura, entre els que s'identifiquen la dignitat, l'autonomia, la coresponsabilitat i transversalitat.

L'estudi quantitatiu ha partit de la realització d'una enquesta on line amb una mostra de 4.784 persones (3.696 ciutadans i 1.088 professionals) planteja tres àmbits : Definició i responsabilitat de la cura , expectatives sobre la cura i el suport i percepcions sobre el cuidar.

Resultats:

- 1. En relació a la definició del cuidar, el concepte que obté més puntuació, un 8.5 ( sobre 10) es “cuidar és ajudar a un altre persona en el moment i el lloc que ho necessiti” i en segon lloc, amb un 8.2 “ Cuidar es ajudar a un altre persona per a que sigui autònoma e independent”
- 2. La responsabilitat de cuidar, recau en un mateix – amb un 8,2 de puntuació. Tenir cura d'un mateix, i preservar la capacitat de decidir i el control sobre les pròpies decisions.
- 3. En relació a la preferència i expectatives sobre la cura, la família és encara la principal encarregada de la cura a les persones grans, amb un 8,6 de puntuació, seguit per els serveis públics i privats amb un 8,1. Hi ha diferències importants segons l'edat, i segons la necessitat d'ajuda; pel 75% els professionals son els encarregats d'atendre la cura personal i les tasques domèstiques.
- 4. Les percepcions sobre les necessitats de cuidar bé es situen, en un 82%,en la necessitat de disposar de temps, així com conèixer bé les necessitats de la persona cuidada i de la cuidadora.

Conclusions:

- Prevenció i responsabilitat :
  - Dotar d'eines i recursos per a la presa de decisions a temps sobre el propi projecte de vida.
  - Evitar l'aïllament construint xarxes socials en entorns comunitaris.
  - Dignitat i el respecte del que cuida i el que es cuidat
- Intervenció integral : la visió sobre la necessitat, el suport i els serveis de forma que situïn a la persona en el centre.
  - Complementarietat en la provisió de serveis.
  - Informació , orientació i acompanyament per ensenyar a cuidar i a cuidar-se.
  - Suport als cuidadors i millora de la capacitat personal.
  - Trencar la idea de que “ cuidar a una persona gran és fàcil”.
- Comunicació, escolta i comprensió
  - Reconeixement de la figura del cuidador ( sigui professional o familiar)
  - Valors del cuidar : solidaritat, la reciprocitat, empatia, l'esforç, la vulnerabilitat.

## • Les persones amb discapacitat intel·lectual i les enquestes de satisfacció amb el servei (#178)

Xavier Vidal, Mirta Agustí, Juliana Reyes i Judith Alamo - *Fundació Vallparadís - Mútua Terrassa*

Les persones amb discapacitat intel·lectual i necessitat de suport generalitzat estan satisfetes amb el servei residencial en el que viuen?. Per respondre a aquests pregunta, hem realitzat un estudi pilot dirigit, en primer lloc, a examinar la competència discriminativa d'aquest col·lectiu de persones per a respondre a preguntes al voltant del seu grau de satisfacció, utilitzant el “test preliminar” de la “Subescala de Satisfacció” que forma part de “L'Escala Comprensiva de Qualitat de Vida per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual (ComQoI-ID)” de Cummins (1993b): en segon lloc, hem adaptat a les seves possibilitats cognitives i comunicatives la Enquesta de Satisfacció dels Usuaris de la Fundació Vallparadís. Els resultats mostren que un 30% de les persones residents son capaces de respondre i expresen, en general, satisfacció amb el servei.



## BLOC 3.1.

### DESENVOLUPAMENT DELS PROFESSIONALS

- **El blog Lleiengel.cat com a xarxa de creació de coneixement en polítiques socials (#128)**

Benet Fusté, Miguel Angel Manzano, Eloi Mayordomo i Xavier Millan - *Llei d'Engel*

Els canals de creació i difusió del coneixement en polítiques socials ha estat sempre molt fragmentat i incomunicat entre l'acadèmia i els sectors professionals vinculats al servei públic o el tercer sector. Han funcionat amb objectius i lògiques diferents i podem afirmar que no han tingut la influència necessària en la formulació, seguiment i avaluació de les mateixes.

També es pot afirmar que, concretament, en els àmbits de serveis socials i salut han tingut un desenvolupament asimètric i posen veritablement difícil l'objectiu d'una cultura del coneixement compartida. També hi ha una forta asimetria en les eines disponibles per als diferents actors en la generació de coneixement i els resultats que obtenen. Simplificant ens trobem les persones vinculades a la docència i la recerca universitària amb una alta presència a congressos i revistes científiques; i els sectors professionals a publicacions específiques i jornades de difusió.

En aquest context neix el bloc lleiengel.cat com a xarxa entre professionals, acadèmics i investigadors per a la creació i difusió de coneixement en el camp de les polítiques socials i per a influir en les polítiques públiques de Catalunya en tots els nivells de l'Administració des del rigor i l'evidència. També vol ser una eina per a l'apoderament dels professionals en la construcció del coneixement necessari per a la seva intervenció. Fent especialment atenció en les bones experiències, les evidències entorn al que funciona o no i la seva incidència en la formulació de les polítiques públiques.

La mateixa definició del bloc resumeix els tres grans objectius:

1. La creació de xarxa que permeti l'intercanvi fluid de coneixement entre els sectors descrits tradicionalment allunyats i, per tant, la creació de sinèrgies.
2. La difusió de teories, avaluacions, estudis, evidències, en definitiva d'allò que funciona en les polítiques socials.
3. Influir i ser una eina útil en la definició de les polítiques socials.

Finalment fer-ho en forma de bloc és una opció significativa en benefici de les possibilitats de participació de experts de diversa procedència i capacitats, d'impacte públic i de creació de sinèrgies amb altres iniciatives.

- **El autoconocimiento como competencia profesional del trabajo social (#143)**

Tomasa Báñez - *Universitat de Barcelona*

En esta comunicación se presentan los resultados de un proyecto de innovación docente que promueve de forma transversal desde las diferentes asignaturas el desarrollo del autoconocimiento como competencia profesional básica en los estudiantes del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. El autoconocimiento de los profesionales es fundamental desde la perspectiva reflexiva y relacional del trabajo social (Trevithick, 2003, 2011 y 2014; Howe, 1998; Murphy, et al. 2013). Un enfoque del trabajo social que implica el uso de uno mismo en el establecimiento de la relación profesional de ayuda y que exige a los profesionales el autoconocimiento y la autoconciencia respecto de sus valores personales y culturales, creencias, tradiciones y prejuicios, así como la capacidad de reflexión para identificar cómo estos valores y creencias pueden influir en su habilidad para establecer relaciones con las personas, y trabajar con diversos grupos de la población y de establecer estrategias de gestión de estas influencias en la realización de una práctica profesional competente. La metodología utilizada para evaluar los resultados del proyecto ha incluido el análisis de contenido de los autoinformes y entrevistas en profundidad a los estudiantes participantes. Esta evaluación ha permitido identificar las estrategias más adecuadas para trabajar el autoconocimiento en la formación en trabajo social, así como los beneficios para el desarrollo personal y profesional del alumnado. La difusión de los resultados de este proyecto puede contribuir a la toma de conciencia de la importancia del autoconocimiento como competencia profesional básica para el ejercicio reflexivo del trabajo social y a su inclusión en la formación académica.

Esta comunicación se ha elaborado en el contexto del Proyecto de innovación docente Tejiendo identidades profesionales. Autoconocimiento y Trabajo Social, 2015PID-UB/026 que, con una duración de cuatro años, reconocido y financiado por el Programa de Mejora e Innovación Docente de la Universidad de Barcelona.

- **La "gamificación" com a eina d'exploració, valoració i intervenció social (#195)**

Jordi Baiget - *Lo Somriure Solidari*

Noves TÈCNiques i DINÀMIQUES terapèutiques des del sentir i viure les EMOCIONS, de com els tècnics i professionals podem posar en JOC la GAMIFICACIÓ com eina i mètode d'intervenció social.



*“Si sabem que per ser lliure en hi ha prou en saber prendre la decisió de com volem viure la vida, ara ens toca JUGAR en com capgirar les regles del JOC, no per innovar, sinó de com empoderar-nos i tenir la capacitat de saber dir NO. En saber desaprendre, i omplir de nous valors les Noves Oportunitats (NO) que ens brinda la vida, i per seguir avançant, fent camí, fins trobar el nostre espai vital per reconèixer-nos”*

Jordi Baiget

PERQUÈ NO CONSTRUIR RESPOSTES A TEMPS REAL DAVANT LES DIFICULTATS, CONFLICTES, DUBTES, PORS, LÍMITS,...? (a tots els nivells)

Des de fa uns anys plantejo com estratègia i metodologia incorporar noves fórmules de treball (a nous temps noves respostes), de saber donar-nos permís per tal d'explorar les nostres capacitats i mirar de com incorporar noves estratègies i metodologies “al nostre maletí” per aconseguir generar noves respostes i estratègies, les quals ens permetin millorar el nostre pensament, els nostres somnis, creant respostes ràpides davant les dificultats o conflictes que sorgeixen en el dia a dia.

Incorporar noves eines a la nostra maleta emocional, per sentir i gestionar millor el nostre dia a dia (la pedagogia de la vida quotidiana). No en tenir por a canviar la manera de treballar, a replantejar-la, com la desenvolupem, i com fer valer les nostres habilitats sociopersonals dins la nostra feina.

El poder que tenen els canvis i com aquests ens pot facilitar redibuixar la realitat que tenim davant i gaudir de la nostra tasca, connectar amb la il·lusió i l'energia positiva, poder establir una línia de treball i d'intervenció dins del treball socioeducatiu, tant en l'atenció individualitzada com el grupal i/o comunitària; això ens aporta un plus en el nostre treball i fer-lo d'una forma més equilibrada.

Les persones amb les que treballem poden col·laborar i aportar les seves respostes en funció de les seves necessitats i capacitats, no des de les expectatives i plantejaments tècnics, i sols elles, dissenyaran el seu pla de treball (PIE, PEI, etc.) de manteniment i/o millora i se'l podran auto-avaluar ells mateixos. Hem comprovat que podem abordar moltes situacions des d'un altre plantejament del pla de (millora de) vida es possible, simplement incidint en l'empoderament i la gamificació com eina de canvi.

El temps és l'espai que hi ha entre emoció i emoció, el ritme el marca com ho sentim. La gamificació (gamification) és l'ús de metodologies del joc en entorns i aplicacions no lúdiques amb la finalitat de potenciar la motivació, la concentració, l'esforç, la fidelització i altres valors positius comuns a tots els jocs.

Es tracta d'una nova i poderosa estratègia per influir i motivar a grups de persones.

## BLOC 3.2.

### PARTICIPACIÓ, QUALITAT DE VIDA I INCLUSIÓ SOCIAL

#### • ¿Se puede medir la calidad de vida en personas sin hogar? L'escala Gencat de calidad de vida (#112)

Eva María Benito i Araceli Maciá - UNED

Carles Alsinet - Universitat de Lleida

Mejorar la Calidad de Vida (CV) de las Personas Sin Hogar (PSH) no supone únicamente dotarlos de bienes materiales, debe fomentar el bienestar psicológico, la autodeterminación o el ejercicio de los derechos fundamentales. Para poder hacerlo, es preciso planificar intervenciones que superen la cobertura de necesidades básicas.

El problema aparece a la hora de planificarlas, ya que la escasa fundamentación teórica limita la práctica diaria de las organizaciones que trabajan con PSH. Una de las metodologías más apropiadas para intervenir con PSH es la Planificación Centrada en la Persona, ya que se fundamenta en la mejora de la CV y en la participación plena de la persona en su proceso de inclusión social, elementos clave en la intervención. Este paradigma está basado en el Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (2002; 2003) quienes definen el constructo como un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene cada persona de varios aspectos de las experiencias de su vida. Se materializa en 8 dimensiones: Bienestar Emocional; Relaciones Interpersonales; Bienestar Material; Desarrollo Personal; Bienestar Físico; Autodeterminación; Inclusión Social y Derechos. Estas se evidencian mediante indicadores de CV que son la base para la medición y evaluación de los resultados personales. Una de las contribuciones más importantes del modelo a la especialización de la intervención social es la posibilidad de medir y evaluar estos resultados (Gómez, Verdugo & Arias, 2010).

Para conseguirlo es preciso contar con instrumentos válidos y fiables. En España se ha producido un único intento de evaluación del constructo en poblaciones usuarias de servicios sociales basado en el modelo de Schalock y Verdugo: la Escala Gencat de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez & Schalock, 2008). Las investigaciones sobre sus propiedades psicométricas han sido muy satisfactorias (Arias, Gómez, Verdugo & Navas, 2010; Benito, Alsinet & Maciá, 2016). Asimismo se ha utilizado la escala para planificar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de los usuarios de servicios sociales (Ruíz, Verdugo & Orgaz, 2011; Aguirre, 2013).

Con estos objetivos se ha analizado la CV en una muestra de 106 PSH de la ciudad de Lleida, mostrando buenas propiedades psicométricas. Los resultados indican que

el nivel de CV de los participantes es bajo en todas las dimensiones exceptuando Derechos. Son las mujeres y las personas con discapacidad quienes manifiestan peores niveles de CV.

Las limitaciones presentadas son el tamaño muestral y las dificultades inherentes al trabajo con PSH.

Las posibilidades de utilización del instrumento en servicios sociales están todavía por explotar, sin embargo este estudio expone su utilidad para la medición y evaluación de los resultados personales de CV de cara a planificar intervenciones individualizadas y adaptadas a las necesidades de las PSH. Esta es, sin duda, la principal aportación del trabajo.

---

### • El impacto del entorno sobre la participación en actividades de personas con discapacidad física (#109)

Laura Vidaña i Sandra Ezquerro - *Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), más de mil millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad, y de estas, 200 millones experimentan dificultades en su funcionamiento diario. En los próximos años, la discapacidad será un tema de mayor preocupación debido a que su prevalencia está en aumento a causa del envejecimiento de la población y del aumento de las enfermedades crónicas. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001) la discapacidad es un constructo con tres dimensiones: deficiencias (problemas en las funciones o estructuras corporales), limitaciones en la actividad (dificultades en la realización de actividades) y restricciones en la participación (problemas para involucrarse en alguna situación vital).

Desde la Terapia Ocupacional, las deficiencias son aquellas que suceden en las estructuras y funciones corporales, las limitaciones están en consonancia con la definición de actividad que se centra en las tareas realizadas, y, por último, las restricciones en la participación, suceden en la ocupación, que es la experiencia de significado que tiene un claro componente subjetivo. La inmovilidad en un hemicuerpo o la falta de una pierna no explica cómo será la ocupación de una persona, de hecho, dos personas pueden tener dos cuerpos iguales y experiencias de participación muy diferentes. En este sentido, cabe destacar que la discapacidad aparece en la interacción de condiciones de salud y factores ambientales. La filosofía del Movimiento de Vida Independiente sitúa el problema de la discapacidad como la

existencia de barreras en el entorno físico, de estigmas y prejuicios en el entorno social y como consecuencia de unas reducidas expectativas de realización personal de este colectivo, que culminan en una discriminación social, política y económica, llegando a invisibilizar a las personas con discapacidad.

Los objetivos de la presente comunicación es describir el tipo de soporte que tienen las personas con discapacidad física para participar en actividades, identificar qué aspectos del entorno, según este colectivo, facilitan y/o limitan la participación en actividades y recoger sus propuestas de cambios en el entorno que facilitarían la participación en actividades. Para este fin, y basándonos en el paradigma fenomenológico, se han entrevistado a 12 personas entre 18 y 65 años, con discapacidad física como consecuencia de una lesión adquirida, que viven en la comunidad. Según un marco previo sobre categorías ambientales basadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, se han recogido facilitadores, limitaciones y propuestas de mejoras para la participación en actividades en relación a personas, profesionales sociosanitarios, servicios y políticas.

---

### • Factores psicosociales de salud i de bienestar en trajectòries d'exclusió social (#162)

Jèssica Cantos, Jordi Tous i Esteve Espelt - *Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona*

*Universitat Rovira i Virgili de Tarragona*

*Universitat de Barcelona*

La promoció de la salut i del bienestar s'ha convertit en una estratègia necessària per desenvolupar iniciatives determinades de promoció i de protecció de la salut per a la comunitat, però particularment en els grups més vulnerables de la societat i en situació de risc o exclusió social.

Existeixen evidències que en aquests anys ha augmentat la taxa de pobresa i el risc d'exclusió social com a conseqüència de la crisi que s'ha viscut. Per això no és d'estranyar que en l'actualitat s'hagin obert noves línies d'investigació que pretenen impulsar la recerca sobre la salut en totes les polítiques públiques i l'avaluació de l'impacte en salut de les mateixes, fent atenció especial als efectes de la salut en les desigualtats dels sectors més vulnerables de la població amb la intenció de proposar polítiques i intervencions (PINSAP, 2014)

En aquest context, doncs, es considera rellevant avaluar l'estat de la salut i del bienestar en els processos d'exclusió social, ampliant els models teòrics actuals,

dissenyant i avaluant models explicatius que siguin capaços de contribuir i preservar la salut i la qualitat de vida i que s'ajustin als interessos, necessitats i potencialitats de la població en situació d'exclusió social.

Aquesta investigació pretén ampliar els coneixements en aquest camp d'estudi mitjançant el testimoni de 54 persones, amb el pretext d'examinar els diversos trencaments vitals en les trajectòries de vida de persones en situació d'exclusió social. L'objectiu és fer una relació entre el malestar psíquic i la percepció subjectiva de la pròpia salut de cadascú, i avaluar quin paper jugarien les estratègies d'afrontament i els factors de benestar psicològic i social com a recursos amortidors per disminuir els factors de risc psicosocials.

Promoure investigacions en aquest camp té un doble interès: els múltiples esdeveniments disruptius en les trajectòries vitals d'aquestes persones fan que tinguin un major risc de viure factors estressants, amb implicacions gens menyspreables en el benestar psicològic i en els esforços cognitius per superar la situació de desavantatge. D'altra banda, aprofundir en el seu coneixement té un interès més enllà de l'estrictament científic, poder obrir la porta a dissenyar programes de prevenció i intervenció més ajustats a les problemàtiques i necessitats que aquests col·lectius experimenten.

Les dades analitzades fins ara mantenen una tendència a que persones en situació d'exclusió social presenten alts nivells de malestar psíquic i una percepció negativa de la pròpia salut, expressions emocionals negatives, poques relacions interpersonals i baix interès per l'entorn social.

Amb aquesta investigació és pretén descriure dos estratègies d'intervenció entre els serveis socials i els centres d'atenció primària: la reflexió i reconeixement d'atendre la persona en el centre de l'atenció integrada social i sanitària mitjançant la gestió compartida de casos, i fomentar recursos que tinguin l'abast de construir xarxes i espais de suport social com a alternativa per superar millor les ruptures en les trajectòries vitals.

---

• **Personas sin hogar: una experiencia de participación (#167)**

Eva María Benito i Araceli Macià - UNED

Carles Alsinet - Universitat de Lleida

Las Personas en situación de Sin Hogar (PSH) son aquellas que muestran dificultades para acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios

o con la ayuda de los servicios sociales, así como aquellas que viven en instituciones pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir, y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de hacinamiento.

La situación de exclusión social severa se manifiesta en las limitaciones en el ejercicio de sus derechos básicos y de la participación en aquellos aspectos que les conciernen. Por este motivo las políticas sociales deben evitar medidas que consideren a las PSH como meras receptores pasivos y promover aquellas que pongan énfasis en los derechos, la autonomía y la toma de decisiones.

Según diferentes autores, la participación de las PSH tiene por objetivos reconocer los derechos de las personas a decidir sobre su propia vida, fomentando el protagonismo de la intervención social y desarrollar competencias personales, autoestima y autoconfianza. La finalidad última es que puedan convertirse en miembros activos de la sociedad.

La recomendación que entidades como FEANTSA realizan para conseguir estos objetivos es la utilización de diferentes herramientas e instrumentos eficaces y fáciles de implementar. Entre ellos son muy adecuados los grupos de discusión, sobretodo en el diseño de programas y proyectos de intervención.

Pese a ser una técnica bastante utilizada, la mayoría de estudios emplean el grupo de discusión para profundizar en el conocimiento del sinhogarismo o analizar las historias de vida. Aquellos que pretenden analizar los procesos de participación directa de las personas son escasos. Incluir a las PSH en las decisiones sobre la gestión de los recursos y servicios es poco frecuente.

La experiencia presentada en las siguientes líneas se ha materializado en la ciudad de Lleida. Su objetivo fundamental ha sido promover la participación de las PSH incorporando mecanismos de participación directa en las decisiones relativas a la gestión de los recursos destinados al colectivo.

Partiendo de la puesta en marcha de cuatro grupos de discusión con un total de 20 participantes, se han analizado una serie de cuestiones relativas a percepciones, opiniones y valoraciones sobre los mecanismos de participación existentes en los recursos y servicios municipales destinados a PSH, así como las limitaciones y dificultades que se encuentran las personas para hacerla efectiva.

También se han incluido preguntas cuestiones sobre las potencialidades y posibles soluciones que pueden aportar tanto las personas como los profesionales para

superar estos problemas.

Las conclusiones principales han permitido implementar diferentes instrumentos de participación, como las asambleas, que se han ido desarrollando de forma periódica. En éstas se han propuesto medidas y actuaciones que han permitido mejorar y modificar la gestión de los diferentes recursos y servicios destinados a las PSH y, sobretodo, hacer efectivo el derecho de las personas a la participación y a la toma de decisiones.

## BLOC 3.3.

### SISTEMES D'INFORMACIÓ PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA

- **Intersocial: interoperabilitat semàntica en l'àmbit de l'atenció social (#110)**

Ariadna Rius, Bruna Miralpeix, Jordi Martínez i Francesc García - *Fundació TicSalut*  
Ester Sarquella - *Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) de la Generalitat de Catalunya.*

Manu Vidal-Ribas - *Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya*

#### Introducció

Intersocial és un projecte que es va realitzar durant l'any 2016 i que té per objectiu normalitzar els vocabularis controlats que s'utilitzen en l'àmbit de l'atenció social, utilitzant estàndards internacionals. El projecte s'ha gestionat des de la Fundació TicSalut i ha comptat amb la col·laboració de la UVic-UCC (a través de les càtedres de Tic i Salut, de Serveis Socials i de Cures pal·liatives) i del PIAISS, així com del suport d'Esteve Teijin HealthCare.

#### Objectiu

L'objectiu del projecte ha estat definir el vocabulari controlat comú a utilitzar per intercanviar informació en l'àmbit de l'atenció social, particularment adreçada a les persones que tenen necessitats socials i sanitàries. Mitjançant aquest vocabulari es pretén aconseguir una major integració de les dades dels diferents sistemes de gestió en l'àmbit de l'atenció social a Catalunya. D'aquesta manera, s'han treballat les problemàtiques i les respostes, perquè es puguin compartir entre els centres de serveis socials bàsics i amb els serveis d'atenció social de l'àmbit de la salut.

#### Mètode

La metodologia utilitzada està basada en les següents tasques:

- 1. Elaboració del mapa de sistemes d'informació utilitzats en l'àmbit social a Catalunya.
- 2. Anàlisi de l'estat de l'art de vocabularis controlats en l'àmbit de l'atenció social, a nivell català, espanyol, europeu i internacional. S'ha restringit als vocabularis que permetin representar problemàtiques i respostes de l'àmbit social, entenent aquestes últimes com l'activitat que realitzen els professionals d'atenció social per a resoldre una o més situacions problemàtiques.
- 3. Redacció d'un cas d'ús al qual donar resposta.
- 4. Selecció d'un vocabulari controlat estàndard de referència.
- 5. Elaboració d'una llista única de problemàtiques i una de respostes, a partir dels diferents vocabularis identificats.
- 6. Revisió dels dos llistats per seleccionar els conceptes necessaris, garantint que

es dona resposta al cas d'ús. Aquests llistats s'han treballat per part d'un grup d'experts multidisciplinari amb membres procedents tant de l'àrea sociosanitària com de l'atenció social del territori català.

- 7. Mapeig dels llistats finals al vocabulari de referència seleccionat.

Després d'analitzar l'estat de l'art de vocabularis controlats en l'àmbit de l'atenció social, i davant la inexistència d'una terminologia estàndard comú, s'ha seleccionat SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) com l'estàndard de representació. Els subconjunts de SNOMED CT per representar aquests conceptes s'han definit seguint la metodologia de creació de subconjunts de SNOMED CT elaborada per l'Oficina d'Estàndards i Interoperabilitat de la Fundació TicSalut.

### Resultats

S'han creat dos subconjunts de SNOMED CT: un de problemàtiques i un altre de respostes. El primer consta de 125 conceptes organitzats en 10 categories que inclouen problemes d'entorn, educatius, legals, laborals, de benestar emocional, etc. El subconjunt de respostes conté 35 conceptes d'actuacions generals. Aquesta normalització implica poder comptar amb un vocabulari comú per garantir l'intercanvi d'informació coherent, tant entre centres d'atenció social, com amb l'entorn sanitari, proporcionant així una de les peces fonamentals per assolir aquesta interoperabilitat.

---

### • Compartint la història clínica i social per avançar cap a la integració social i sanitària (#118)

Marta Fabà - *Institut Municipal de Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona*

Pilar Solanes - *Direcció de Salut. Ajuntament de Barcelona*

Aina Plaza - *Consorti Sanitari de Barcelona*

L'Atenció integrada social i sanitària passa sovint per una comunicació que no es dona amb la fluïdesa que s'hauria de donar. Un dels projectes que pot facilitar més la bona comunicació entre entitats tant socials com sanitàries és l'intercanvi de dades socials i sanitàries entre els centres d'atenció primària i els centres de serveis socials.

En aquest sentit, l'Ajuntament de Barcelona, juntament amb el Departament de Salut de Catalunya, han iniciat l'anomenat intercanvi de dades entre la història clínica compartida a Catalunya i el sistema d'informació de serveis socials de l'Ajuntament de Barcelona. Aquest intercanvi de dades té per finalitat que els professionals dels àmbits social i sanitari puguin compartir informació, per tal que la seva comunicació

sigui més fluida, per millorar l'eficiència dels sistemes propis i oferir una millor qualitat en el servei que es dona a la ciutadania. Si volem una millor sostenibilitat dels sistemes sanitari i social i en conseqüència un millor estat del benestar, és necessari optimitzar els recursos i capacitats conjunts i establir protocols assistencials conjunts.

En el camí cap aquest treball col·laboratiu, el primer pas és la integració dels dos sistemes d'informació i la consegüent instrumentalització de les TIC per donar suport als processos de valoració i planificació d'intervencions conjunts entre els professionals de l'àmbit social i sanitari.

Amb aquest motiu, es donarà pas a una prova pilot que començarà el proper mes de maig entre dos territoris de la ciutat de Barcelona, on els centres de serveis socials i els centres d'atenció primària podran compartir les dades de les persones ateses a través dels seus propis aplicatius, previ consentiment de la persona atesa. Aquesta prova pilot portarà lligada una avaluació que determinarà la viabilitat i les millores necessàries per fer extensiu el projecte a tota la ciutat.

Intercanviar informació digital entre els serveis socials d'atenció bàsica i el sistema de salut, és només el primer pas per facilitar l'accessibilitat, les intervencions integrals i la continuïtat en l'atenció sanitària i social.

---

### • Proyecto Alborada: el Sistema de Información de Atención Temprana de Andalucía (#125)

Antonio Sagués i Antonio Pons - *Junta de Andalucía*

Javier Alcazar i Carlos Cacho - *Everis*

El Sistema de Información de Atención Temprana es un sistema de información y comunicación perteneciente a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que tiene como objetivo ser la herramienta que facilite la coordinación de todos los actores que intervienen en el seguimiento del paciente menor de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias. Esta herramienta facilita la provisión de una atención integrada y continuada al menor.

La Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar, pertenecientes a diferentes sectores (Salud, Educación, Servicios Sociales) y niveles. Este tipo de intervención interdisciplinar precisa de una adecuada estrategia de atención integrada que asegure la continuidad de la atención.

Por otra parte, la correcta planificación y optimización de los recursos necesarios que precisa esta atención conlleva el conocimiento de la población atendida no sólo cuantitativamente sino cualitativamente. Es necesario conocer las diferentes tipologías y perfiles de niños que están siendo atendidos por presentar trastornos del desarrollo.

#### **Descripción de la práctica**

**El Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada) es un Sistema de Gestión, que tiene como objetivo general ser la herramienta que facilite la coordinación de todos los equipos profesionales que intervienen en el seguimiento de menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias.**

El Sistema da cobertura a todo el ciclo de vida de la AT, con el objetivo de que se mejore la atención que se da al colectivo afectado, (tanto a menores como a sus familias) acortando los plazos de intervención, integrando dicha atención con los sistemas de información de historia de salud digital del sistema sanitario andaluz (DIRAYA), de forma que, al disponer los equipos profesionales implicados de una información completa acerca de los antecedentes personales y familiares de la población menor, así como sus seguimiento posterior, puedan tomar mejores decisiones respecto a la atención.

Para asegurar esa cobertura el Sistema es utilizado, con el mismo nivel de visibilidad de la información, por profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, profesionales de los Centros de Atención Infantil Temprana, profesionales del ámbito educativo, social y profesionales que aseguren una correcta coordinación provincial desde las Delegaciones Provinciales con competencias en Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social constituidas como Equipo provincial de Atención Temprana (EPAT).

Los objetivos específicos de este sistema son:

- 1. Conocer la prevalencia y cobertura real de la atención a la discapacidad infantil en Andalucía.
- 2. Conocer las diferentes factores de riesgo, causas y tipo de trastornos de discapacidad en la población infantil menor de seis años de Andalucía.
- 3. Conocer los recursos de intervención Temprana existentes, tanto públicos como

privados, que reciban financiación de la Junta de Andalucía.

- 4. Conocer las características de la Intervención recibida.
- 5. Conocer los recursos asignados desde los diferentes sectores a la población afectada.
- 6. Realizar control de calidad de las intervenciones.
- 7. Establecer mecanismos ágiles (online) de relación entre Centros de Intervención Temprana, Servicios Sanitarios, Sociales y Educativos para asegurar la continuidad de la atención entre niveles y sectores.



## BLOC 3.4.

### XARXES COMUNITÀRIES I ATENCIÓ INTEGRADA

#### • Taula de Salut Comunitària de Vic; procés de gestació i línies de treball. (#156)

Feliu Fusté - *Projecte d'intervenció comunitària intercultural - Associació Tapis*  
Maria Dolors Col - *Departament de Salut. Generalitat de Catalunya*

L'acció comunitària per a la salut des de la perspectiva ciutadana intercultural, s'ha entès en el Projecte d'Intervenció Comunitària Intercultural com la contribució i l'esforç coordinat de recursos, institucions i agents socials, aplicant mètodes i estratègies orientats a incrementar el control de la comunitat sobre els seus determinants de salut, per tal de millorar les oportunitats d'assolir el major nivell de salut possible, de manera participativa, equitativa i tenint en compte la diversitat.

En termes concrets, això vol dir que el procés de gestació i desenvolupament de la Taula de Salut Comunitària de Vic, ha suposat una oportunitat (a través de reunions i trobades planificades) de poder posar en comú, debatre i discutir la informació existent i les principals preocupacions sobre els factors i determinants que afecten la salut del territori des de la perspectiva dels diferents àmbits institucionals (sanitari, social, educatiu, etc.), tècnics que hi treballen i entitats socials i ciutadania implicades en aspectes de la salut, per tal d'identificar les prioritats que cal abordar de forma conjunta i organitzada.

La Salut Comunitària representa una oportunitat per impulsar la participació en els processos comunitaris interculturals. I és des d'aquest treballar junts que el Projecte ICI impulsa la convivència i pretén millorar la qualitat de vida del territori. Fins ara, s'han anat identificant i establint relacions col·laboratives per treballar conjuntament amb la diversitat d'actors i recursos per promocionar la Convivència Intercultural desde la corresponsabilitat.

Després d'una primera fase en la que s'han fet col·loquis-escoltes, activitats diverses de promoció de la salut, s'ha recollit informació, identificat línies de treball, etc. S'ha generat un consens de que cal avançar cap a la consolidació dels espais de relació, treball i cooperació sostinguda amb els diferents recursos i agents del territori implicats en l'àmbit de la salut. Per això, s'ha constituït la Taula de salut comunitària de Vic per poder seguir avançant en el procés de coneixement compartit de la situació de salut del territori i en la identificació de necessitats, problemes de salut, actius i recursos per abordar-los de manera integral des de l'acció en xarxa i participativa encaminada a millorar la salut del territori. Actualment, els recursos que formen el

grup motor de la taula són; els servei municipal de salut de l'Ajuntament de Vic, les àrees bàsiques, la Universitat de Vic, el Consorci Hospitalari de Vic, el servei d'atenció a la salut sexual i reproductiva i l'Agència de Salut Pública.

---

#### • Projecte Radars. Una mirada sensible i respectuosa vers les persones grans (#148)

Rosa Rubio i Anna de Palau - *Institut Municipal de Serveis Socials de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.*

El projecte Radars és un projecte d'Acció Comunitària liderat pels Serveis Socials bàsics territorials de l'Ajuntament de Barcelona, en funcionament des del 2008. S'adreça a detectar i prevenir situacions de risc de les persones grans, i a pal·liar els efectes negatius o impacte de la solitud no volguda en la seva qualitat de vida i benestar, tot comptant amb la complicitat de l'entorn (entitats, serveis, veïns i comunitat en genera), amb un enfocament preventiu.

Actualment està present als 10 Districtes de la Ciutat i s'està implementant a 31 dels 78 barris de la ciutat de Barcelona.

Els objectius del projecte Radars són:

- Detectar i prevenir situacions de risc de les persones grans, amb la finalitat d'evitar les problemàtiques o emergències que pugui patir la població gran més fràgil.
- Pal·liar la soledat no volguda i/o conseqüències negatives de la soledat de les persones grans i vincular-les a la seva comunitat (intervenció des de les polítiques socials i sanitàries per a incidir en la solitud de les persones com a mitjà preventiu).

El Projecte s'adreça tant a persones grans (majors de 65 anys) que viuen soles, com a aquelles que se senten soles.

En tant que projecte comunitari, Radars es dissenya i configura en cada barri, en funció de la idiosincràsia i necessitats del territori i hi participen activament diferents tipus d'agents:

- Entitats i serveis (representades per persones voluntàries i professionals), i les persones voluntàries del projecte que participen a títol individual. Hi ha espais de participació diversos, amb diferents nivells d'implicació.
  - Els "Radars", persones adherides al projecte a títol de "Veïns", "Comerços" o "Farmàcies". Acceptant convertir-se en part de la xarxa comunitària, informen de qualsevol situació que puguin detectar.

- La comunitat en general. Pot participar per a comunicar situacions de risc / solitud que afectin a persones grans.

El procés de treball ve liderat des del Centre de Serveis Socials, amb la següent seqüència de treball:

- Es convida als agents locals (entitats, equipaments, comerciants, serveis públics, etc.) a participar en el principal òrgan del projecte, la Taula d'Entitats Radars, amb l'objectiu de dissenyar les estratègies i actuacions que es portaran a terme en el marc del projecte.
- Aquests agents s'organitzen en diferents espais de participació (difusió, detecció, vinculació al territori, ..), i es comencen a implementar les accions de difusió.
- Comencen les deteccions per part de la Xarxa RADARS i el Porta a Porta..
- Es crea la Plataforma de Seguiment Telefònic amb persones voluntàries de barri.
- Es consoliden els principals espais de participació i voluntariat del projecte (Taula d'Entitats, Difusió, Plataforma de Seguiment Telefònic etc.) i les accions de vinculació al territori amb les persones usuàries de RADARS.

Un element a destacar és la complementarietat amb els Serveis sanitaris: Centres d'Atenció Primària, hospitals, farmàcies, organitzacions de salut. És destacable el conveni amb el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, pel qual les Farmàcies actuen com a Radars, exercint d'agents detectors, així com desenvolupant activitats amb l'objectiu d'aglutinar usuaris del Servei i crear vincle entre ells.

## BLOC 3.5.

### INICIATIVES PER A LA TRANSFORMACIÓ DEL SISTEMA

#### • Consens terminològic de l'atenció integrada (#111)

Ester Sarquella - *Generalitat de Catalunya. PIAISS*

Marta Sabater i Amor Montané - *Termcat. Centre de Terminologia*

#### Introducció

El Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), creat l'any 2013, té per objectiu implementar a Catalunya un model d'atenció integrada social i sanitària per a les persones que utilitzen els serveis de salut i els serveis socials. Per assolir aquest objectiu amb èxit, cal definir un marc conceptual sòlid, en el qual la terminologia ha de tenir un paper important. La transformació del model d'atenció requereix la combinació de dos, o diversos, punts de vista en una sola visió, per la qual cosa el consens terminològic en aquest cas pren una importància especial. No es tracta, o no es tracta només, de decidir quina és la denominació més adequada per a fer referència a un concepte, sinó que sobretot convé acordar a què fa referència cada terme.

#### Mètode

En aquest context, el TERMCAT, el centre de terminologia de la llengua catalana de la Generalitat de Catalunya, conjuntament amb el PIAISS, ha convidat les diferents parts implicades en la transformació del model a participar en un diàleg per arribar a un consens sobre la terminologia bàsica catalana de l'atenció integrada.

La metodologia utilitzada s'ha inspirat en experiències prèvies, en les quals diferents professionals i institucions estableixen els termes i les definicions de referència sobre la base del consens. Concretament, les definicions dels termes han estat validades, per blocs, per un total de vuitanta especialistes. A més, els termes que en aquesta supervisió han comptat amb menys consens, han estat estudiats posteriorment en una sessió de normalització, una reunió de treball entre terminòlegs i una dotzena d'experts, procedents d'àmbits i nivells d'atenció diferents, per arribar a un acord en les definicions de termes com atenció centrada en la persona, atenció de llarga durada, atenció continuada o atenció intermèdia.

#### Resultats

El resultat d'aquest procés participatiu i dels esforços de consens de totes les parts és un diccionari en línia d'accés lliure sobre la terminologia bàsica de l'atenció integrada, que inclou una vuitantena de termes en català, amb equivalents en castellà i en anglès, i les definicions acordades pels principals experts involucrats en el nou

model d'atenció. Els termes es troben distribuïts en quatre grans àrees temàtiques: conceptes generals (atenció integrada, atenció integral, etc.), persones (complexitat, discapacitat, etc.), model d'atenció (dimensió comunitària, professional de referència, etc.) i instruments (pla d'atenció compartit, planificació de l'alta, etc.).

### Conclusió

La mateixa col·laboració intersectorial que promou el model d'atenció integrada esdevé també clau per al treball terminològic, i aquest treball ajudarà sens dubte a construir un marc conceptual sòlid que permeti la transformació de l'atenció.

D'altra banda, tot i que l'objecte d'aquest projecte és la terminologia catalana, els acords en català poden ser útils per a altres contextos d'altres llengües, ja que la discussió no s'ha centrat en qüestions lingüístiques sinó en els conceptes que són fonamentals per a l'atenció integrada, i que haurien d'establir-se en tots els casos de transformació del model d'atenció.

---

### • La gestió per processos, eina clau per a la transformació dels serveis socials bàsics (#126)

Étienne Pagès, Marisa Arumí, Gustavo Barriga, Judith Carmona,  
Miguel Angel Manzano, Marta Solé, Lúdia Garcia, Lola Gutiérrez i Francisco Ruiz  
*- Servei d'Acció Social. Gerència de Serveis de Benestar Social. Diputació de Barcelona*

El desenvolupament històric dels Serveis Socials moderns ha arrossegat una feblesa: l'ambigüitat en la definició de l'objecte d'intervenció. El marc d'actuació va des de competències autonòmiques i locals en assistència social (d'antics models de beneficència) a objectius i projectes emmarcats en el discurs ideològic, legal i tècnic de la universalitat.

En aquest context i amb l'agreujament de dificultats derivades de la crisi econòmica, els Serveis Socials Bàsics (en endavant, SSB) s'han configurat com un conjunt de prestacions econòmiques, de servei i actuacions professionals encaixades en un continuïum assistencial poc planificat i heterogeni entre territoris, inclús, dins de les pròpies organitzacions. Procés què ha afavorit la generació, sovint inconscient, de duplicitats i activitats sense aporten valor afegit que alenteixen temps de treball i afebleixen l'impacte de les actuacions. Un entorn caracteritzat per la gestió professional individual què, davant l'absència de pautes clares, pretén donar resposta a les necessitats més urgents.

Un primer pas imprescindible per millorar la cadena de valor envers la ciutadania és ordenació i sistematitzar la intervenció. La gestió per processos, com a mètode de gestió i estructuració organitzativa, permet avançar-hi. Un model construït des del treball i consens de les organitzacions. Una proposta metodològica de Manual de Processos implementable a qualsevol organització de SSB.

Es pretén donar resposta als reptes:

- 1. D'identificar i endreçar les principals activitats dels SSB d'atenció centrada en la persona que persegueix l'eficàcia i l'eficiència.
- 2. Estandarditzar, a partir del consens professional, processos clau d'atenció i intervenció social, així com de gestió i estratègics.
- 3. Generar valor afegit i oportunitats d'integració amb altres sistemes a partir del consens conceptual, criteris d'actuació professional i provisió de prestacions.

El resultat, adaptable a cada ens, és un Manual de gestió per processos als SSB que té com a punts forts:

- 1. Mapa de Processos estandarditzat i aplicable a qualsevol ABSS amb la globalitat d'actuacions i processos.
- 2. Identificació dels processos clau i descripció dels procediments.
- 3. Creació d'eines i instruccions per a l'establiment de criteris compartits.

Els beneficis, àmpliament reconeguts, rau en l'establiment d'objectius transversals, l'optimització de procediments, l'avaluació dels serveis i millora de l'eficàcia, eficiència i imatge dels serveis.

Per a l'àmbit esdevé una eina necessària, l'estandardització permet superar, progressivament, la discrecionalitat en la provisió de serveis i representa l'inici per a la integració amb altres sistemes de protecció i atenció a les persones. Destacar, la vinculació amb la integració i transversalitat, permeten alinear visió, línies estratègiques i objectius de l'organització amb la coordinació i comunicació interadministrativa.

La gestió per processos és una oportunitat per a introduir transformacions de major abast, visualitzant la globalitat de l'acció de cada organització i assentant les bases per al canvi cultural a favor de la implicació de les organitzacions en una visió compartida d'atenció a les persones.

## • Un indicador per a un finançament de l'atenció primària més just (#175)

Cristina Colls, Dolores Ruiz-Muñoz, Montse Mias i Anna García-Altés - *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries*

### Introducció

Els índexs de privació s'han utilitzat àmpliament per a l'anàlisi d'àrees petites i la orientació de polítiques sanitàries. El MEDEA és l'índex més utilitzat a Catalunya, però no es disposa de càlculs de totes les àrees bàsiques de salut (ABS) catalanes i les fonts utilitzades només permeten la seva actualització cada 10 anys. S'ha desenvolupat un indicador de privació/socioeconòmic nou per donar resposta a la necessitat de tenir un índex vàlid per a totes les ABS i amb una capacitat d'actualització suficient per captar canvis socioeconòmics a curt termini (2-3 anys).

### Metodologia

Anàlisi de components principals a partir de 3 variables de renda, una de mercat laboral, una de nivell d'educatiu i dues d'estat de salut. Les fonts d'informació han estat el registre central de persones assegurades, el CMBD HA, el registre estadístic de població i el registre de mortalitat.

### Resultats

L'indicador resultant pren valors entre -0,014 i 5,679. Valors elevats s'interpreten com pitjor situació socioeconòmica. L'índex correlaciona amb variables de pressió assistencial, especialment amb la complexitat, calculada amb els grups de morbiditat ajustats, (cor. 0,715), i en menor mesura amb el percentatge de població atesa a l'atenció primària (cor. 0,595) i el nombre de visites (cor. 0,545). També correlaciona amb l'índex MEDEA (cor. 0,888).

### Discussió

Els resultats de l'indicador socioeconòmic han estat aplicats per al redisseny de la fórmula de finançament de l'atenció primària a Catalunya. Igualment, es preveu la seva aplicació en el disseny i avaluació de polítiques de salut.



**#InklusioCat · [www.inklusio.cat](http://www.inklusio.cat)**