inclusió.cat

II Congrés de l'Acció Social

Dimecres 3 i dijous 4 de juliol de 2019 | Vic

PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL I ATENCIÓ DES DE LA PROXIMITAT

Recull de pòsters

HO ORGANITZA:

Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

UVIC
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

Càtedra de Serveis Socials

Índex

1.01. Aula Salut. Programa de formació i acompanyament per a persones cuidadores 05

1.02. Pla de serveis individualitzats social (PSI social): atenció psiquiàtrica a persones en situació d'exclusió social i trastorn mental greu 06

1.03. Arribant a qui no arriba. Pla de Serveis Individuals social: una experiència d'atenció integrada dirigida a persones en situació d'exclusió social i trastorn mental greu 07

1.04. XarXaJoves: acompanyem i donem suport als joves amb problemes de salut mental 08

1.05. Mediació intercultural com a eina d'inclusió 09

1.06. Gestors de casos, figura de coordinació entre CAPs i serveis socials 10

1.07. Atenció a l'envelliment de persones amb síndrome de Down i malaltia d'Alzheimer 11

1.08. Ments Despertes 12

1.09. Apoderant els pares des d'una atenció precoç basada en la mentalització 13

1.10. Atenció integrada a la complexitat a domicili 14

1.11. Intervenció comunitària en demències a Nou Barris 15

1.12. Intervenció integrada sobre persones amb necessitats complexes 16

1.13. Com vull organitzar el meu procés de recuperació en salut mental i addiccions? 17

1.14. Avaluació de capacitats conjunta coordinada entre els usuaris, els professionals dels serveis de salut mental i la fundació tutelar 18

1.15. Atenció psicològica a malalts crònics, els seus cuidadors i familiars. Els dos primers anys d'un servei pioner 19

1.16. Aptitude: projecte transfronterer per a la prevenció de la dependència en la gent gran 20

Índex

1.17. Des d'una mirada integradora (alta complexitat social i sanitària) 21

2.01. Teixint Autonomia 22

2.02. Implementació del programa grans actius a l'equipament Casernes: una experiència de treball en xarxa sociosanitària 23

2.03. "Family Group Conference" (FGC) o reunions del grup familiar, una nova mirada en la intervenció en famílies 24

2.04. Xarxa Participada d'Acollida als Nouvinguts (XPAN) 25

2.05. Voluntariat intergeneracional social (VIS) 26

2.06. Espai Cuidadors 27

2.07. Promoció de l'autonomia personal a una llar d'entrenament per a persones amb Intel·ligència Límit o Discapacitat Intel·lectual lleu 28

2.08. Discapacitat: participació i comunitat 29

2.09. Promoció de la participació de persones afectades de trastorns de la conducta alimentària en el disseny de les accions de prevenció dels trastorns de la conducta alimentària 30

2.10. Com tenir cura de les persones cuidadores no professionals i com facilitar-los la seva tasca 31

2.11. Protocol d'abordadge de riscos laborals al servei d'atenció a domicili 32

2.12. Programa de foment d'hàbits de vida saludables en persones amb trastorn del desenvolupament intel·lectual i/o trastorns de la salut mental 33

2.13. Espais Activa't 34

3.01. Gestió compartida del Centre Cívic Santa Anna de Vic per part de la Fundació Sant Tomàs i l'Ajuntament de Vic: serveis integrats 35

3.02. Projecte EVI: model d'escola de vida independent per a adults amb autisme 36

Índex

3.03. Perfil de persones ateses a Comunitats Terapèutiques i Pisos de Reinserció per a Drogodependents el 2018 37

3.04. Una porta d'entrada a la xarxa comunitària per als joves que migren sols: el recurs de primera oportunitat 38

3.05. Eina de diagnòstic i impacte social (EDIS) 39

3.06. La Saleta: treballant per la inclusió a l'escola bressol 40

3.07. SoCaTel: una plataforma tecnològica per millorar l'atenció de les persones que necessiten cures de llarga durada 41

3.08. Programa Làbora: Aliança Publicosocial per a l'Ocupació 42

4.01. Perseguint l'autodeterminació: autogestió de les persones amb discapacitat intel·lectual de la comarca d'Osona 43

4.02. Construint Ponts 44

1.01. Aula Salut. Programa de formació i acompanyament per a persones cuidadores

Mercè Aranda - *Ajuntament de Sant Sant Sadurní d'Anoia*
Alba París - *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies*
Rosa Raventós - *Universitat Rovira i Virgili*
Susanna Prat - *Institut Català de la Salut*
Elisabeth Ortega - *Consorci de Benestar Social del Ripollès*
Mireia Zarco - *Hospital de Campdevànol*

AULA SALUT

Programa de formació i acompanyament per a persones cuidadores

inclusió.cat
II Congrés de l'Acció Social

Autors: Mercè Aranda, Alba París, Rosa Raventós
Institucions: Ajuntament de St Sadurní d'Anoia ,Dep. Treball Afers Socials i Families ,Institut Català de la Salut, Universitat Rovira i Virgili
Correu:arandarm@santsadurni.cat, madalmau@ambitcp.catsalut.net;rosadolores.raventos@urv.cat

INTRODUCCIÓ/JUSTIFICACIÓ

Facilitar recursos formals i informals i solucions creatives, per aquelles famílies o cuidadors que tenen cura de persones que inicien un procés de malaltia, i que es troben en fases mitges i avançades de deteriorament i de dependència.

Objectiu general

Proporcionar les habilitats necessàries a la persona cuidadora per millorar la qualitat de vida de la persona dependent i ,al mateix temps, facilitar eines que li permetin viure positivament l'experiència de cuidar.

Objectius específics

- Facilitar el suport emocional als cuidadors/es mitjançant actuacions d'autocura.
- Facilitar coneixements bàsics als cuidadors/es per a efectuar la cura a les persones en situació de dependència.
- Promoure que als cuidadors/es apliquin els procediments i les estratègies més adequades per mantenir i millorar l'autonomia de la persona en situació de dependència i la seva relació amb l'entorn.

Hipòtesi

Unificar recursos i treballar per un mateix objectiu des de la demanda de la població permetrà millorar l'apoderament dels cuidadors, disminuir l'impacte emocional i la utilització de recursos.

Metodologia emprada

Es va partir d'un metodologia quantitativa i una qualitativa
Enquesta inicial, recollint dades sociodemogràfiques i altres dades d'interès
Enquesta final de satisfacció als cuidadors i als professionals participants.
En la part qualitativa es va realitza una entrevista semi dirigida als cuidadors.

Intervencions

Resultats obtinguts

Quantitatius

La majoria són dones: filles o cònjuges

Entre 3 i 6 anys fent les tasques d'acompanyament i cura de la persona (un 67%), Amb una freqüència de més de 5 hores diàries de cura

Patologies més freqüents

Alzheimer	3	25%
Fragilitat	1	8%
Trastorn mental	1	8%
Altres	7	58%

Qualitatius

"Les primeres sessions amb al psicòloga van ajudar molt..."

..."jo m'organitzava ben d'hora al matí, perquè sabia que a les 10:30 tenia aula de salut al CAP, i em volia trobar amb el grup."

"...Ajuda el saber que altres persones es troben en situacions similars, i el fet de compartir, i que l'altre t'entengui, t'ajuda a descarregar"

Impacte

Aula Salut ha permès treballar des de la visió del cuidador, despertant l'interès dels participants, amb un fort impacte que ha dut a una elevada participació i satisfacció del grup. Aquest ha transcendit mes enllà , obtenint reconeixements locals i institucionals(Banc de bones pràctiques de la Fundació Pi Sunyer, i en la Direcció d'Atenció Primària), paral·lelament ha estat difós en la jornada COIB.

Conclusions

Constatem que l'escolta, l'oferir un espai d'acompanyament i donar eines als cuidadors informals, en moltes ocasions permet que les persones amb dependència puguin continuar més temps en el seu entorn familiar i social. La intervenció es tradueix en permetre que els cuidadors puguin conèixer, resoldre i decidir, donant un major empoderament.
Així mateix també ha disminuint la demanda, la utilització de recursos formals i fins i tot s'ha pogut mantenir l'estada de les persones al seu domicili i/ o evitant l' ingrés a centres de salut o residencials.

Universitat Rovira i Virgili Facultat d'Infermeria · Institut Català de la Salut Equip d'Atenció Primària Sant Sadurní · Generalitat de Catalunya Departament de Treball, Afers Socials i Famílies · Ajuntament de Sant Sadurní d'Anoia

1.02. Pla de serveis individualitzats social (PSI social): atenció psiquiàtrica a persones en situació d'exclusió social i trastorn mental greu

Eva Maria Benito, Míriam Iribarren i Aleksandra Cetnarowska
Hospital Universitari Santa Maria de Lleida-GSS

Gestió de Serveis Sanitaris

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

II Congrés de l'Acció Social. Juliol 2019. Vic

Pla de Serveis Individualitzats Social (PSI Social): atenció psiquiàtrica a persones en situació d'exclusió social. Primers resultats.

Benito Herráez, E. M.; Iribarren Felip, M.; Cetnarowska, A.
Hospital Universitari Santa Maria- Gestió de Serveis Sanitaris

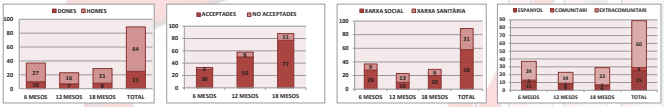
OBJECTIUS

El programa d'intervenció comunitària Pla de Serveis Individuals Social de Lleida (PSI Social) s'ubica dins el model d'atenció comunitària del Pla director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya.
Mitjançant un equip multidisciplinar (psiquiatra, infermera i educadora social) el programa té per objectiu oferir atenció psiquiàtrica a persones en situació d'exclusió social que pateixen Trastorn Mental Sever (TMS).

METODOLOGIA

Per tal d'avaluar els primers resultats de la implementació del programa s'han recollit les dades descriptives relatives a les derivacions rebudes des de l'inici, a l'octubre de 2017, fins al mes de març de 2019.
Han sigut un total de 89 derivacions. D'aquestes, el 65% corresponen a la xarxa social i el 35% restants provenen de la xarxa sanitària. De les derivacions només 11 han sigut refusades per no complir els criteris d'inclusió al programa realitzant-se la valoració del cas i l'assessorament i orientació al recurs més adient.

RESULTATS



És destacable el nombre de derivacions provinents de les entitats que treballen amb persones en situació de sense llar (el 74% dels casos), tot i que cal remarcar que el 14% del total de derivacions de la xarxa social han arribat dels equips bàsics d'atenció social primària de la ciutat.
Una altra dada important és el nombre de casos que han pogut ser valorats des del programa de refugiats i demandants d'asil depenent de Creu Roja (el 7% del total de derivacions).
Pel que fa a la xarxa sanitària, el percentatge més important de derivacions han arribat per part de la unitat d'aguts de psiquiatria de l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida (un 42%).

DISCUSSIÓ

- Les dades posen de manifest la importància del programa en quant a la disponibilitat en l'atenció a persones en situació d'exclusió i TMS.
- La possibilitat d'arribar a persones en diferents situacions d'exclusió i no només persones sense llar, destinataris habituals dels programes gestors i de Tractament Assertiu Comunitari.
- La potenciació del treball en xarxa amb diferents entitats i recursos socials i/o comunitaris.
- La sensibilització per part dels serveis sanitaris, especialment en la unitat de crisis psiquiàtrica.
- La possibilitat de poder assessorar a les entitats en aquells casos de persones que no s'inclouen en el programa és també una aportació significativa.

Contacte: **psisocial@gss.scs.es**

1.03. Arribant a qui no arriba. Pla de Serveis Individuals social: una experiència d'atenció integrada dirigida a persones en situació d'exclusió social i trastorn mental greu

Eva Maria Benito, Míriam Iribarren i Aleksandra Cetnarowska
Hospital Universitari Santa Maria de Lleida-GSS

Gestió de Serveis Sanitaris

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

II Congrés de l'Acció Social. Juliol 2019. Vic

ARRIBANT A QUI NO ARRIBA.
PSI Social: Una experiència d'atenció integrada dirigida a persones en situació d'exclusió social i Trastorn Mental Sever

Benito Herráez, E. M.; Iribarren Felip, M.; Cetnarowska, A.
Hospital Universitari Santa Maria- Gestió de Serveis Sanitaris

OBJECTIUS

El programa d'intervenció comunitària Pla de Serveis Individualitzats Social de Lleida (PSI Social) neix dins el model d'atenció comunitària argumentat en el Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Les estratègies concretes d'atenció que recull el model plantegen enfocaments basats en una atenció integrada i centrada en les persones, on aquestes assumeixin un nou rol apoderat i on la resposta a les necessitats es doni des d'una intervenció col·laborativa.
Sota aquests principis, la innovadora proposta que es presenta té per objectiu donar atenció psiquiàtrica a persones en situació d'exclusió social que pateixen Trastorn Mental Sever (TMS).

METODOLOGIA

La població diana són persones majors d'edat que es troben en situació d'exclusió social i amb TMS i/o susceptibles de tenir-lo. Per aquest motiu les derivacions podran venir tant de la xarxa de salut mental com de la xarxa social (administració pública local i entitats del tercer sector de Lleida).
Les intervencions s'implementen amb un doble model: el Tractament Assertiu Comunitari (TAC) i la Gestió de Casos (GC). Es du a terme amb un equip multidisciplinar; psiquiatra, infermera i educadora social.
L'atenció és integral, integrada, amb intervencions directes a la comunitat, centrada en la persona i amb un enfocament compartit i col·laboratiu entre la xarxa sanitària i social.

1 DERIVACIÓ I ASSIGNACIÓ DE REFERENT
2 ACOLLIDA I VINCULACIÓ
3 ATENCIÓ I ALTA

IMPACTE I CONCLUSIONS

- L'existència d'una professional de la psiquiatria dins l'equip permet realitzar aproximacions diagnòstiques i assessorament a professionals de l'atenció social.
- L'accessibilitat d'accés al programa tant per part de la xarxa sanitària especialitzada en salut mental com de la xarxa social aporta facilitat de contacte amb el programa, rapidesa i agilitat de la resposta i de l'actuació.
- Intervenció directa en l'àmbit més proper per a la persona: la comunitat. El recurs s'adapta en la mesura del possible a les necessitats i possibilitats d'accés a la persona.
- La intervenció integral i integrada mitjançant un abordatge col·laboratiu i coordinat amb els diferents estaments i institucions.
- L'elaboració d'un pla de treball individualitzat conjuntament amb la persona on aquesta és la protagonista del procés.

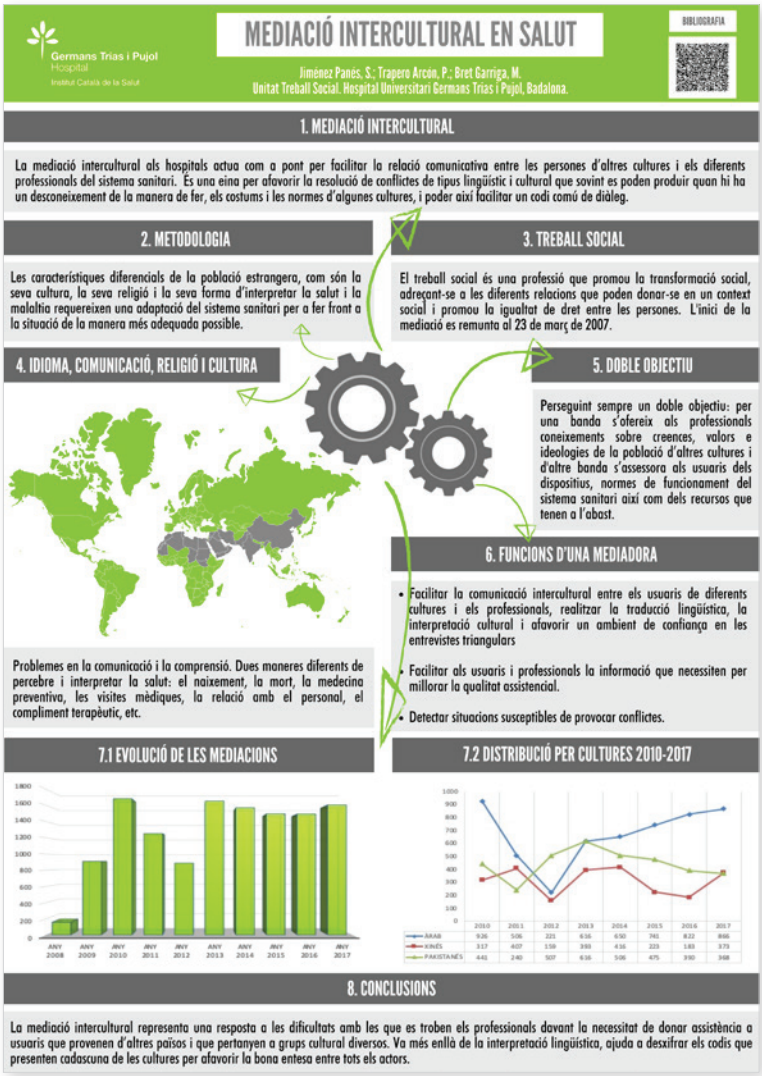
Contacte: **psisocial@gss.scs.es**

1.04. XarXaJoves: acompanyem i donem suport als joves amb problemes de salut mental

Carles Bonete i Marta Segrelles - *Federació Salut Mental Catalunya*

1.05. Mediació intercultural com a eina d'inclusió

Montserrat Bret, Sonia Jiménez i Paz Trapero
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol



1.06. Gestors de casos, figura de coordinació entre CAPs i serveis socials

Albert Bueno, Ricard Bonet, Àngels Font, Hounayda Boukharak, Roger Lloveras i Josep Lloveras - *Institut Català de la Salut*

inclusió.cat
II Congrés de l'Acció Social
PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL I ATENCIÓ DES DE LA PROXIMITAT

Gestors de casos, figura de coordinació entre CAP i serveis socials

Autors: BUENO BRUGUÉS, A;BONET PORQUERAS, R; FONT ANGLADA, A; BOUKHARAK, H; LLOVERAS DILME, R; LLOVERAS DILME, J. EAP ROSES, ROSES (ALT EMPORDÀ)

Introducció, justificació

l'ICS disposa de 244,5 treballadors i treballadores socials d'atenció primària que tenen presència als equips d'atenció primària , sigui amb cobertura al 100% o compartida. Tot i que hi ha territoris on encara no s'ofereix l'atenció social sanitària, principalment a Terres d'Ebre i alguns centres de Girona.
Aquest seria la situació de la nostra Àrea Bàsica. La qual ha de coordinar-se amb treballadors i treballadores socials de dues entitats diferents.
Des de fa 5 anys la introducció de les infermeres de gestió de casos a la nostra EAP ha comportat una nova manera de cooperar i de coordinar-se amb els agents socials de la zona.

Objectius

L'activitat assistencial s'adreça bàsicament a les persones assignades als equips d'atenció primària que, ja sigui per la seva situació de malaltia o per risc d'emmalaltir, presenten situacions de risc social i psicosocial, especialment, als pacients crònics complexos (PCC). Aquesta tasca és la mateixa què tenen les gestores de casos. Valorar la tasca de les gestores de casos en la coordinació i la cooperació amb les treballadores socials de la zona.

Disseny

Es va avaluar la satisfacció i utilitat de les gestores de casos mitjançant una enquesta amb respostes graduades d'1 (molt malament) a 5 (molt bé)

Resultats

En l'enquesta, les treballadores i educadores socials van valorar molt positivament la satisfacció global en la coordinació amb les gestores de casos (amb una mitjana de 4,75), la utilitat en la feina quotidiana de les treballadores i educadores socials d'aquesta coordinació (4,5), el grau de comunicació assolit amb les gestores (4,75), el grau de comunicació assolit amb els altres professionals del CAP (3), el benefici pels usuaris d'aquesta coordinació (5), la facilitat de posar-se en contacte amb les gestores (4,75), la facilitat de posar-se en contacte amb altres professionals del CAP (3), si les gestores han donat una resposta ràpida a les demandes de les TS (4,75), la satisfacció amb la feina de les gestores (5) i la satisfacció amb la seva coordinació (5). Finalment les treballadores social van puntuar amb una puntuació màxima la via telefònica i el correu electrònic com a mitjans de comunicació més útil per a realitzar la coordinació amb les gestores per davant de la visita presencial (1) i el whatsapp (0).

Conclusions

Queda palès que la tasca de coordinació què realitzen les gestores de casos amb les treballadores socials és un benefici mutu i sobretot pels usuaris.

Institut Català de la Salut
Equip d'Atenció Primària Roses

1.07. Atenció a l'envelliment de persones amb síndrome de Down i malaltia d'Alzheimer

Núria Ferrer i Pep Ruf - *Fundació Catalana Síndrome de Down*

ATENCIÓ A L'ENVELLIMENT DE PERSONES AMB SÍNDROME DE DOWN I MALALTIA D'ALZHEIMER

FCSD... Fundació Catalana Síndrome de Down

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

La millora en la qualitat de vida i l'augment de l'esperança de vida de les persones amb síndrome de Down (SD) ha permès conèixer els seus processos d'envelliment i la incidència de patologies com la malaltia d'Alzheimer (MA), que pot afectar al 50% de persones >40 anys.

Això és degut a la coincidència de localització de la trisomia al cromosoma 21, que produeix també la proteïna precursora de l'amiloide (APP) característica de la MA.

L'any 2012 la Fundació Catalana Síndrome de Down i l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau creen la Unitat Alzheimer-Down, integrada per un equip mèdic i psico-social que ofereix prevenció, detecció, diagnòstic i atenció a la persona i als seus cuidadors.

METODOLOGIA DE TREBALL

Un model de gestió partenariat entre una entitat sanitària i una altra sòcio-educativa permet oferir un **programa assistencial integral**, que parteix d'una **metodologia centrada en la persona**, amb projecció comunitària que implica un **treball en xarxa** amb altres serveis (generals i/o especialitzats).

La promoció de l'**autonomia personal** esdevé la millor **prevenció** per un envelliment saludable i la reducció de situacions de **dependència**.

L'avaluació de l'atenció proporcionada es basa en indicadors de **qualitat de vida** i de **qualitat de vida familiar** que mesuren els resultats aconseguits.

El programa té una especial **orientació de gènere** ateses les càrregues afegides que suporten moltes dones cuidadores.

RESULTATS OBTINGUTS (impacte)

La Unitat Alzheimer-Down col·labora en la creació d'un cens de persones amb la síndrome de Down que pateixen la malaltia d'Alzheimer.

Actualment, estem atenent a 572 persones amb síndrome de Down, de les quals 189 tenen un diagnòstic de Malaltia d'Alzheimer.

Anualment, la Unitat realitza 518 visites mèdiques i 281 intervencions sòcio-educatives (estimulació cognitiva i orientacions a cuidadors/es).

RECERCA, DOCÈNCIA I GRUPS DE TREBALL

National Institute of Health (EEUU) · Instituto de Salut Carlos III
Jerome Lejeune Foundation · Horizon 21 Consortium · Fundació La Caixa
Global Brain Health Initiative · National Institute of Aging · Down España

PROGRAMA ASSISTENCIAL

PER A USUARIS/ES

- **Valoració neuropsicològica preventiva anual.** Estableix el perfil cognitiu bassal que permet detectar els primers símptomes de deteriorament.
- **Projecte Davis.** Equip mòbil que realitza les valoracions neuropsicològiques en centres d'atenció a persones amb discapacitat de tot el territori.
- **Agilització d'exploracions i proves mèdiques complementàries** que completen el diagnòstic.
- **Programa d'estimulació cognitiva.** Individual, grupal, presencial o virtual, amb un seguiment personalitzat.
- ***Espai d'art.*** Activitat d'atenció diurna que promou habilitats funcionals i socials.

PER A CUIDADORS (FAMILIARS I/O PROFESSIONALS)

- **Acollida i acompanyament** durant el procés diagnòstic per prevenir i detectar situacions de vulnerabilitat.
- **Visites a domicili** per valorar accessibilitat de la llar o per fer seguiment de casos en períodes d'inactivitat.
- **Gestió de cas** per adaptar l'atenció, prevenir situacions de risc o una possible claudicació del cuidador principal.
- **Grups de suport.** Trobades periòdiques per compartir experiències i donar-se suport mutu.
- **Servei de formació i assessorament** sobre l'evolució de la malaltia i l'adaptació a noves necessitats.

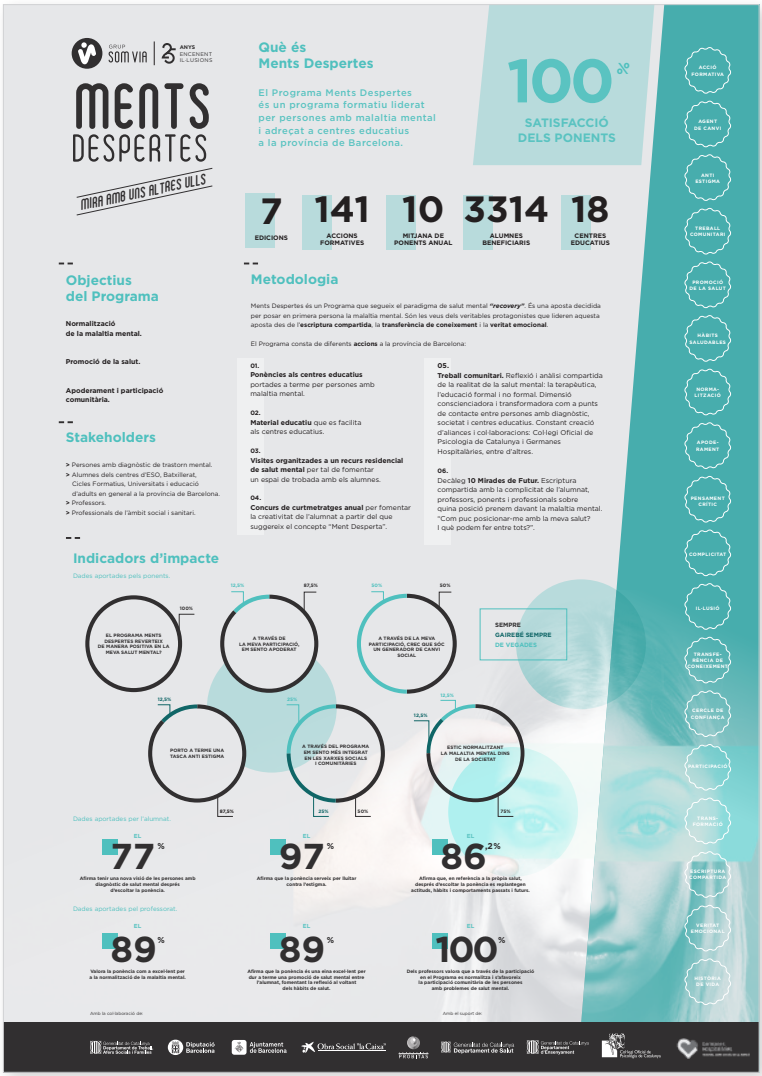
Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Ajuntament de Barcelona

Obra Social "la Caixa"

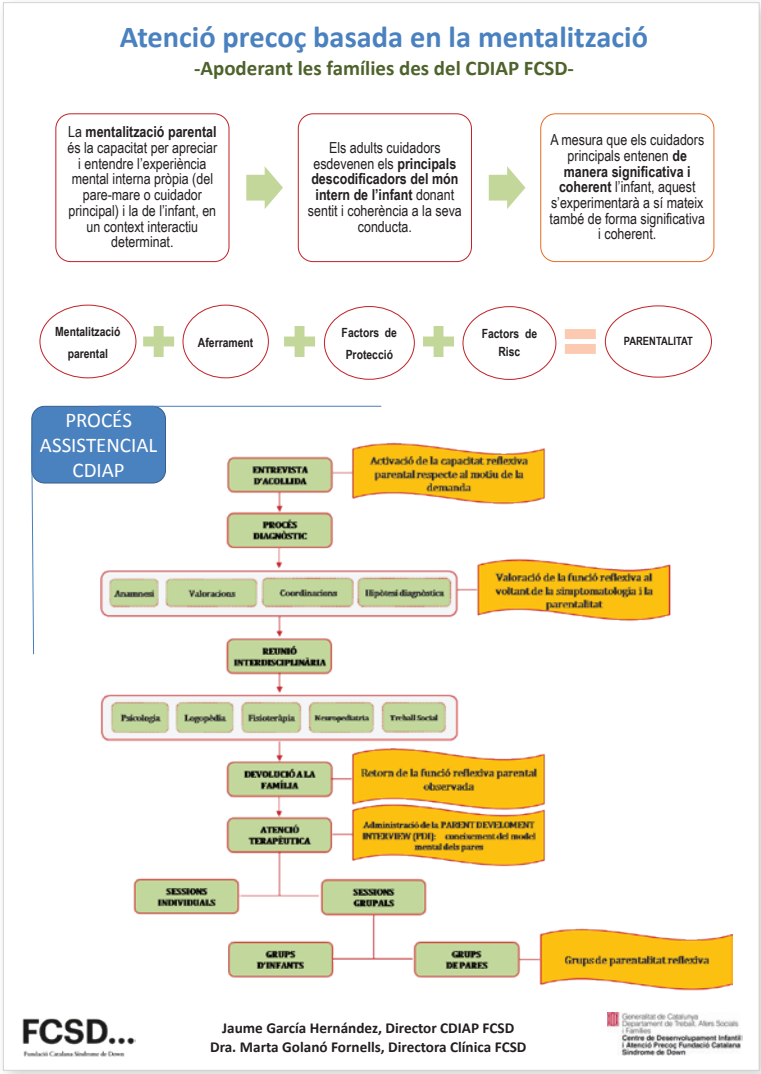
1.08. Ments Despertes

Bibiana Barnadas, Silvia Garcia i Marta Viaplana - *Fundació Via Activa*
Carmen Armengol - *Fundació Viaclara*



1.09. Apoderant els pares des d'una atenció precoç basada en la mentalització

Marta Golanó i Jaume García - *Fundació Catalana Síndrome de Down - Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç*



1.10. Atenció integrada a la complexitat a domicili

Sara Jaurrieta, Lucia Salvans, Visitación Perdiguero i Lourdes García
Centre Integral de Salut Cotxeres (Consorci de Salut i Social de Catalunya)
Carme Balboa i Ana Ortega - *Centre de Serveis Socials de Porta-Vilapicina (Ajuntament de Barcelona)*

ATENCIÓ INTEGRADA A LA COMPLEXITAT A DOMICILI
Nou Barris - Barcelona

Equip motor del projecte: Carme Balboa, Lourdes García, Domingo Gutiérrez, Sara Jaurrieta, Carola Oller, Ana Ortega, Visi Perdiguero, Lucia Salvans i Vanessa Suárez. CAP Cotxeres, Consorci de Salut i Social de Catalunya, i Centre de Serveis Socials de Porta-Vilapicina i la Torre Llobeta, Ajuntament de Barcelona

INTRODUCCIÓ

Els indicadors de salut del Districte de Nou Barris, un dels 10 districtes de Barcelona, presenten uns registres més desafavorits que els de la resta de la ciutat, associats segurament al menor nivell socioeconòmic. També té unes taxes d'envelliment i **sobre-envelliment** significativament elevades i dels percentatge més alts de **gent gran que viu sola** d'entre 85 i 94 anys (42% al 2014) de tot Barcelona, alhora que té una població amb la taxa més elevada de la ciutat amb **trastorn crònic múltiple** (cinc o més patologies).

OBJECTIU

Dissenyar i desenvolupar una atenció social i sanitària conjunta a domicili al llarg de 2017 i 2018, que sigui efectiva, basada en una visió interdisciplinar, i tenint a la persona en el centre del sistema.

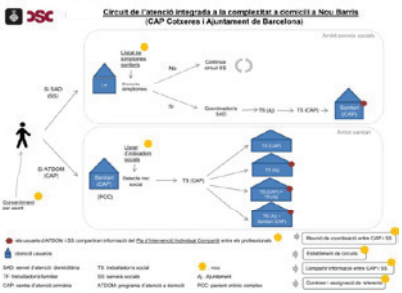
1/01/17 — 18 mesos — 30/06/18

METODOLOGIA

Passos de la intervenció:

- Identificar població diana*
- Seleccionar indicadors quantitatius (13)
- Escollir informació a compartir entre els serveis
- Dissenyar una plataforma amb les dades
- Definir símptomes sanitaris
- Definir símptomes de deteriorament social
- Escrit d'autorització de cessió dades (LOPD)
- Recollir indicadors quantitatius i qualitatius (9 entrevistes)
- Mantenir la informació actualitzada
- Reunions mensuals de coordinació
- Elaborar l'avaluació i les conclusions

* Població diana:
PCC
MACA
ATDOM
>=75 anys
ABS 8J



RESULTATS

CONCLUSIONS

BENEFICIS

- Millora l'experiència de l'usuari/a (IEXPAC)
- Facilita la **informació** i **la presa de decisions** a l'usuari/a
- **Agilitat a les urgències** socials i sanitàries
- Inclou vessant **preventiva en serveis socials**
- **Detecció precoç** de la persona amb fragilitat i de les descompensacions
- Evita duplicitat de recursos
- **Indicadors quantitatius:** lleugera baixada d'ús d'urgències
- **Indicadors qualitatius:** valoració positiva dels professionals
- Ha millorat la comunicació i la coordinació entre els 2 serveis (avís prealt)
- Permet conèixer les funcions d'altres professionals
- Arrel del projecte s'han generat altres: prova pilot SAD Cotxeres amb Ajuntament de Barcelona i grup de cuidadors/es

LIMITACIONS

- Població diana inicial **massa fràgil**
- Població final **no significativa**
- **No** disposem d'un **grup control**
- Usuaris de **mútua privada**, pèrdua d'informació
- **No** participació **altres recursos** (PADES, rehabilitació, salut mental, SADEP...)
- **Consentiment informat** fa lent el procés de recollida de dades
- **Llenguatge diferent** entre salut i serveis socials
- **Manca cultura de treball compartit**

Bibliografia: *Stepping up to the place Thekey to successful health and care integration. The NHS Confederation 2016* / Atenció integral social i sanitària: elements per a la reflexió. Revista de Treball Social. Núm. 206-des. 2015. Col·legi oficial de treball social de Catalunya / B. H. Gray, D. O. Sarnak, and J. S. Burgers, *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model, The Commonwealth Fund, May 2015.*

Consorci de Salut i Social de Catalunya — Centre Integral de Salut Cotxeres — Ajuntament de Barcelona

1.11. Intervenció comunitària en demències a Nou Barris

Guillem Martin i Edurne Iturmendi - *Fundació Privada Uszheimer per a Malalties Neurodegeneratives*

INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA A NOU BARRIS

OBJECTIUS D'INTERVENCIÓ

COMUNITAT

Sensibilitzar-se sobre les malalties neurodegeneratives.

PERSONA

Donar suport emocional i estimulació primerenca per alentir els curs de les malalties neurodegeneratives.

FAMÍLIA

Millorar la comprensió sobre la malaltia. Donar suport i acompanyament. Facilitar l'expressió del dolor emocional que suposa el diagnòstic.

ACCIONS PER ASSOLIR AQUESTS OBJECTIUS D'INTERVENCIÓ

UNITAT DE MEMÒRIA

Intervenció basada en l'estimulació cognitiva adreçada a persones diagnosticades d'un DCL o en fase inicial de demència.
Venen derivades del seu CAP de referència

PUNT D'INFORMACIÓ EN DEMÈNCIES

Servei d'informació, orientació i assessorament sobre diversos aspectes de les malalties neurodegeneratives.

CURS DE FORMACIÓ PER CUIDADORS

Oferir eines a persones cuidadores no professionals que es veuen amb el repte de cuidar a casa.

IMPACTE

- 15 Persones a la **Unitat de Memòria**
- 40 assistents al **Curs de cuidadors**
- 14 persones ateses al **Punt d'informació en demències**

METODOLOGIA i RESULTATS

- *El **grup d'unitat de memòria** va iniciar-se al febrer i va finalitzar al desembre. Es van dur a terme un total de 38 sessions, de 90 minuts de duració, a l'espai comunitari de la Guineueta, els divendres al matí. Els usuaris van ser pacients derivats pels serveis mèdics dels CAPs del Districte de Nou Barris tenint en compte uns criteris clínics definits per l'equip de professionals de la Fundació: obtenir una puntuació en el test Minimental de Lobo (35p) entre 26 i 31. Els usuaris, 11 dones i 4 homes, amb una mitjana d'edat de 80 anys, van assistir una mitja de 24 sessions per persona.*
- *El **punt d'informació en demències** va atendre a 14 persones. Buscaven, sobretot, informació i eines per comprendre millor la persona malalta i així gestionar millor la situació a casa i prendre decisions.*
- *Al **curs de formació** hi van assistir unes 40 persones. La participació va permetre resoldre dubtes i oferir informació respecte a com les famílies s'enfronten a aquestes malalties.*

CONCLUSIONS

- *El projecte d'intervenció comunitària per atenció a demències a Nou Barris és un **exemple** de com, a partir d'un **treball en xarxa entre CAPs, Ajuntament de Barcelona, Serveis Socials** i entitats com la **Fundació Uszheimer**, es pot arribar a atendre de forma efectiva i molt satisfactòria a persones malaltes i cuidadors (família) dins del seu entorn proper.*
- *Respecte al **grup d'unitat de memòria**, cal destacar la implicació dels usuaris així com el **sentiment de grup** que s'hi va formar. A més, hem observat una **millora de l'autoestima** no objectivable però que alguns dels participants han manifestat de forma oberta.*
- *El grau de satisfacció respecte **punt d'informació en demències** va ser molt positiva. El 100% van considerar-lo com a **molt necessari i van valorar molt positivament** l'atenció rebuda.*

Autors: Edurne Iturmendi, Guillem Martín
Fundació Uszheimer.

Fundació USZHEIMER
Per a malalties neurodegeneratives

1.12. Intervenció integrada sobre persones amb necessitats complexes

Ana Martinez, Mireia Zarco i Pilar Vilà - *Fundació Hospital Campdevànol*
Ana Solé, Carme Berrocal i Elisabeth Ortega - *Consorci deBenestar Social del Ripollès*

Títol **Intervenció integrada sobre persones amb necessitats complexes**

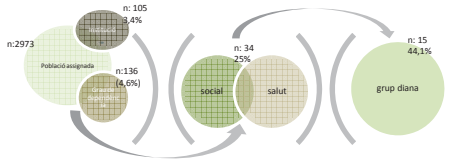
Autors: A Martinez[1], M Zarco[1], P Vilà[1], C Berrocal[2], A Soler[2] i E Ortega[2]. [1]Fundació Hospital Campdevànol, [2]Consorci Benestar Social

Objectiu Avaluar les necessitats de salut i serveis socials del grup diana de persones amb necessitats complexes

Metodologia

Iniciem el projecte en la població adulta no institucionalitzada i assignada al CAP de Campdevànol. Es fa un anàlisi quantitatiu a través d´un primer llistat de persones que tenen la resolució de la **llei de dependència** i amb **demència** i/o PCC-MACA ***(pacient crònic complexe)*** i/o CRG 7 ***(clinical risk group)***. Al llistat resultant s'aplica **judici professiona**l social i sanitari i s´escullen les persones considerades complexes que tenen necessitat d'intervenció integrada social i sanitària. Aquestes persones seleccionades formaran part del GD de PNC. Es fa prova pilot sobre un petit grup de persones fent una anàlisi de millora i ampliant posteriorment l'avaluació a la resta de persones del GD. S'assigna un GC ***(gestor de cas)*** i es constitueix un **equip interdisciplinar *ad hoc*** a cada cas i s'aplica una avaluació sistemàtica interdisciplinar. Aquest equip està format per professionals de la UBA, ABSS i GC de forma permanent, i la incorporació d'altres professionals (geriatre, psiquiatre,...) en el cas de que sigui necessari.

Resultats



Avaluació integral:

Clínica	El 53,3% presenta un estadi avançat de la malaltia, polimedicació (>10 fàrmacs): el 60% . El 73% té alterades 7 o més necessitats
Funcional	El 80% presenta un barthel amb dependència moderada-severa. La mobilitat està alterada en el 86,7% de casos
Social	El 80% viuen sols i/o amb xarxa insuficient
Personal - emocional	El 73% presenta un deterior cognitiu, el 50% és DC moderat-greu. El 47% ha expressat valors -preferències. 33% ha treballat la PDA. En cap cas hi ha hagut document de voluntats anticipades.

Conclusions

- ✓ La coincidència de població assignada en ambdós serveis junt amb compartir l'espai físic ha estat un fet rellevant que ha facilitat la coordinació dels professionals.
- ✓ Es confirma l'edat avançada en el GD
- ✓ Dominant presència de persones amb malaltia avançada, polimedicació i pèrdua de necessitats bàsiques en el GD
- ✓ Destaca elevat percentatge de mobilitat alterada i deterior cognitiu moderat-greu en el GD
- ✓ Important detecció de xarxa social de suport insuficient (80%)
- ✓ Alt percentatge de persones en que s'ha pogut identificar els valors i preferències així com fer el PDA (80%)

1.13. Com vull organitzar el meu procés de recuperació en salut mental i addiccions?

Victòria Monell i Fran Núñez - *Fundació Malalts Mentals de Catalunya*

1.14. Avaluació de capacitats conjunta coordinada entre els usuaris, els professionals dels serveis de salut mental i la fundació tutelar

Victòria Monell i Ana Mestres - *Fundació Malalts Mentals de Catalunya*

1.15. Atenció psicològica a malalts crònics, els seus cuidadors i familiars. Els dos primers anys d'un servei pioner

Pilar Olmo, Anabella Bellelli, Arantzazu Aguerri, Nora Cavarischia, Melany Martínez, Susanna Roca i Lídia Portet - *HSS Mutuam Girona*

1.16. Aptitude: projecte transfronterer per a la prevenció de la dependència en la gent gran

Susanna Prat - *Institut Català de la Salut*
Elisabeth Ortega - *Consorci de Benestar Social del Ripollès*
Mireia Zarco - *Hospital de Campdevànol*

APTITUDE: PROJECTE TRANSFRONTERER PER LA PREVENCIÓ DE LA DEPENDÈNCIA EN LA GENT GRAN

Objectius

És un projecte d'implementació que té com a objectiu fer un cribatge poblacional de fragilitat en 5 territoris diferents a Catalunya(Alt Urgell, Badalona, Baix Camp, Ripollès i Terres de l'Ebre), també simultàniament a Navarra, Andorra i Toulose. Posteriorment, es determinarà una intervenció multicomponent per aquest grup d'usuaris que pugui afavorir el retard en la seva entrada en un estat de dependència.

Intervenció

Al Ripollès, s'ha creat el grup de referents amb professionals multidisciplinars de les següents institucions: H. de Campdevànol, Consorci de Benestar Social, Agència de Salut Pública i Institut Català de la Salut. Aquests, han constituït una xarxa de participants amb ciutadania de diferents sectors entorn de la població fràgil: ajuntaments, professionals de la salut, treballadores socials, residències geriàtriques, farmàcies, fundacions de servei a gent gran, Creu Roja, centres cívics i associacions.

Metodologia

- ***Qui és fràgil?*** Es realitzarà el cribatge a la població detectada fràgil segons el criteris de Fried, administrant a la població el test GÉRONTÔPOLE.
- ***Perquè és fràgil?*** Es farà una valoració geriàtrica integral del pacient fent ús d'una bateria de tests que permetran avaluar la fragilitat de la persona des de un punt de vista: clínic, funcional, mental i social.
- ***Intervenció multicomponent:*** Anirà encaminada a enfortir les capacitats de la persona sobre aquestes 4 temàtiques: síndromes geriàtriques, revisió del pla farmacològic, sociabilitat, exercici físic i alimentació saludable. Aquestes activitats sorgiran del propi teixit associatiu i comunitari de cada territori i aniran dirigides per la figura d'un professional dinamitzador que haurà estat format específicament per aquesta tasca.
- ***Avaluació i seguiment:*** Un cop realitzades les intervencions adients caldrà fer els seguiments necessaris per tal d'assegurar la trajectòria del projecte i poder avaluar a posterior l'efecte d'aquest en la població.

Conclusions

El treball cooperatiu reforçarà la visió holística també en l'àmbit preventiu i ens donarà la oportunitat de reforçar llaços de treball i compartir punts de vista establint objectius comuns.El cribatge precoç de la fragilitat ens permetrà ser proactius i treballar el manteniment de la capacitat intrínseca de les persones abans que es vegi més disminuïda.

1.17. Des d'una mirada integradora (alta complexitat social i sanitària)

Anna Suñé i Sandra Casado - *Consorci d'Acció Social de la Garrotxa (CASG)*
Montse Canet - *Institut d'Assistència Sanitària i Institut Català de la Salut (ICS)*

ALTA COMPLEXITAT SOCIAL I SANITÀRIA

DES D'UNA MIRADA INTEGRADA

En dades

CASOS TREBALLATS EL 2018 PER TS / ACSS	CASOS COMPARTITS AMB GESTORES DE CASOS	EXTRACCIÓ D'INDICADORS	CASOS VALORATS COM A ACSS
51	32	51 CASOS	15

ACSS
ALTA COMPLEXITAT SOCIAL I SANITÀRIA

TS ACSS
TREBALLADORA SOCIAL ALTA COMPLEXITAT SOCIAL I SANITÀRIA

La figura de la TS ACSS

La figura de TS ACSS busca oferir una atenció que pugui respondre a les necessitats d'alta intensitat que requereixen aquests casos complexos, des d'una mirada especialitzada, integradora i preventiva; per tot això, el treball a domicili esdevé un mitjà inqüestionable i indispensable.
El treball d'alta intensitat i la intervenció en l'entorn mateix en els casos ACSS afavoreix la creació d'un vincle i una relació de confiança, tan necessari per poder treballar-hi de manera més efectiva.
Un altre aspecte a destacar, i que valorem com a element clau que afavoreix aquest model, és l'accés a la informació tant en l'àmbit sanitari com social, mitjançant els diferents programes informàtics.

ATENCIÓ!

L'accés a aquesta figura professional parteix, principalment, de derivacions fetes d'altres professionals, siguin sanitaris o socials. Esdevé una figura que s'assimila a la gestora de casos de les àrees bàsiques de salut.
S'ha establert un circuit de relació i treball entre TS ACSS, infermeres gestores i psicòloga de cronicitat.

DERIVACIONS
- GESTORES DE CASOS
- SBAS
- HOSPITAL
- ICO
- PSICÒLOGA CPAC

VALORACIÓ ÍTEMS ALTA COMPLEXITAT SOCIALS I SANITÀRIA
- ESCALA SOCIAL CASG
- GMA + COMPLEXITAT >5

Criteris Casos ACSS

La coexistència dels criteris següents són el punt de partida per considerar que un cas és d'alta complexitat social i sanitària:
#1: Les necessitats d'autonomia i/o relacionals amb l'entorn.
#2: Manca de suport familiar per inexistent o per inadequat.
#3: Les dades del GMA 3-4 *(grups de morbiditat ajustats).*
Aquesta dada, que la podem trobar en la història clínica de salut del pacient, no s'havia tingut en compte anteriorment en les valoracions.
A més vam observar que s'hi haurien d'incloure les persones amb malalties degeneratives i oncològiques en estat avançat, tot i tenir un GMA menor de 3-4, ja que també requerien molta intensitat d'atenció, sobretot si aquest criteri es donava en pacients menors de 60 anys.

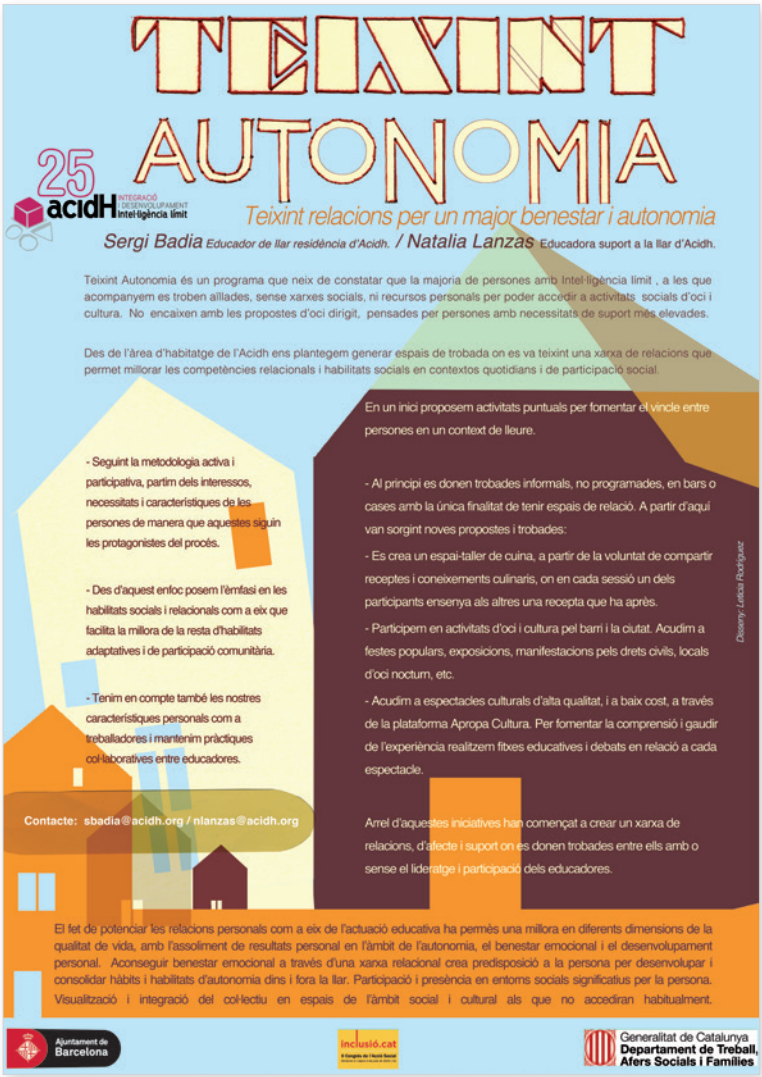
Consorci d'ACCIÓ SOCIAL de la Garrotxa

Institut Català de la Salut
Gerència Territorial Girona

Anna Suñé
Margarida Rabassa
Núria Barberí
Arantzazu Aguerri
Sandra Casado

2.01. Teixint Autonomia

Sergi Badia, Natalia Lanzas i Yaiza González - *Associació ACIDH*

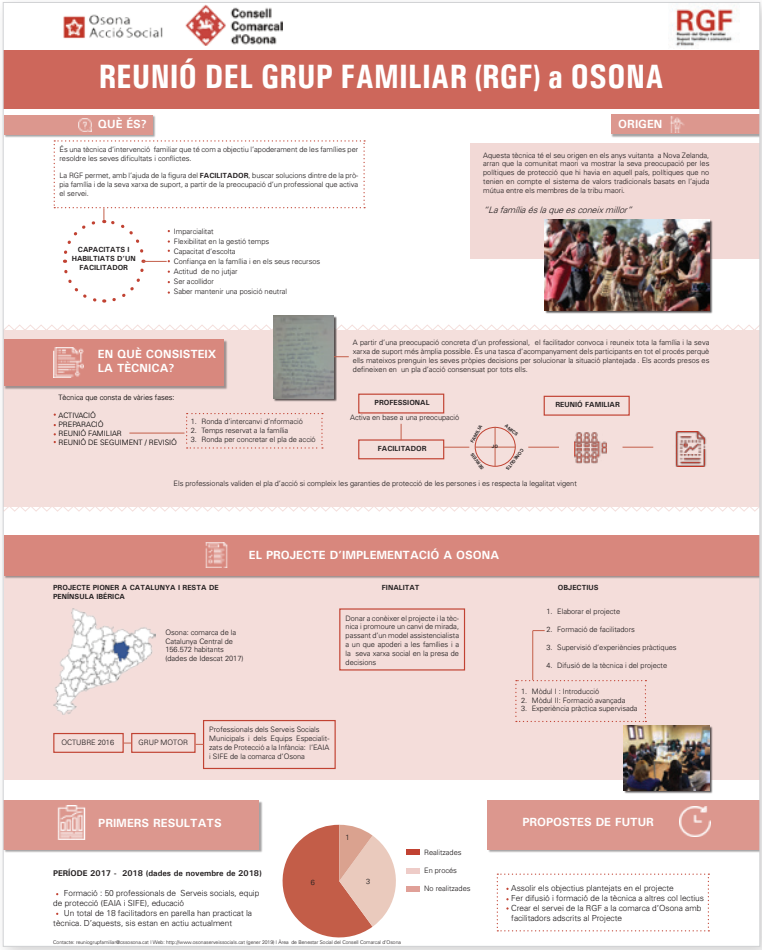


2.02. Implementació del programa grans actius a l'equipament Casernes: una experiència de treball en xarxa sociosanitària

Fina Bonet - *Centres Blauclinic. Centre Sociosanitari Isabel Roig*
Montserrat Blasco, Irma Esteban i Pepita Rodríguez - *ICS. Centre d'Atenció Primària Casernes*
Noemí Sanmartí - *Federació Catalana de Voluntariat Social (FCVS)*
Fundació Vidal i Barraquer. Centre de salut mental de Casernes

2.03. “Family Group Conference” (FGC) o reunions del grup familiar, una nova mirada en la intervenció en famílies

Neus Casadevall i Mercè Castells - *Consorci d’Osona de Serveis Socials*



2.04. Xarxa Participada d'Acollida als Nouvinguts (XPAN)

Sílvia Durany i Francesc X. Rodríguez - *Associació per la Recerca i l'Acció Social - VINCLE*

2.05. Voluntariat intergeneracional social (VIS)

Fernando Fuster-Fabra - *Associació SVS - Acció en Blau*

VOLUNTARIAT INTERGENERACIONAL SOCIAL

ACCIÓ en BLAU

CURA, ATENCIÓ I ACOMPANYAMENT DE LES PERSONES GRANS AMB UN VOLUNTARIAT INTERGENERACIONAL SOCIAL, SOLIDARI I SOSTENIBLE

OBJECTIU:

Mitjançant l'acció del voluntariat social, aconseguir igualtat de tracte i oportunitats a les persones grans i/o amb discapacitats que generin dependència, rebin aquelles prestacions socials de cura, atenció i acompanyament, ja sigui en el seu domicili o en espais compartits comunitaris, sense que les seves limitacions econòmiques acabin excloent-los de la participació en la societat civil de Catalunya.

PRIORITAT:

LES PERSONES SENSE DISCRIMINACIÓ PER LES SEVES CONDICIONS INDIVIDUALS

RECURSOS:

- **Persones de diferents generacions capacitades per a efectuar un voluntariat social amb atenció emocional de persones grans i/o dependents, sense interferir en les cures professionals sanitàries**
- **Informació contrastada sobre les condicions personals individuals de les persones usuàries beneficiàries de l'acompanyament del voluntariat**
- **Punts d'atenció comunitari en centres públics i xarxa logística d'atenció social comunitària**

EINES:

Mentoría Interngeneracional / Co-habitatge Intergeneracional

Formació d'especialització VIS / Tallers de sensibilització VIS

Més informació: intergeneracional@accioenblau.org

2.06. Espai Cuidadors

Anaïs Godefroy, Silvia Rams, Anna Marin i Rosa Megia
Corporació de Salut del Maresme i la Selva

ESPAI CUIDADOR

Anaïs Godefroy
Treballadora Social
CAP Lloret de Mar

Anna Marín
Treballadora Social
CAP Calella

Rosa Megia
Treballadora Social
CAP Malgrat de Mar

Silvia Rams
Treballadora Social
CAP Lloret de Mar

II Congrés de l'Acció Social | 3 i 4 de juliol 2019, Vic| www.inclusio.cat

INTRODUCCIÓ

Donat l'increment de Pacients Crònic Complexes i les dificultats de maneig que implica normalment als seus cuidadors; valorem necessari la creació d'un espai de informació i suport per tal de reconèixer als cuidadors , potenciar les seves habilitats i reduir la sobrecàrrega. Des de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva, l'any 2018 s'inicia aquest espai a tres CAP (Malgrat de Mar, Calella i Lloret de Mar).

OBJECTIUS

- Disminuir el risc de claudicació dels cuidadors
- Millorar l'atenció del PCC a domicili

HIPÒTESIS

- Augmentar coneixements dels cuidadors afavorirà la cura integral del pacient.
- Reconeixent i recolzant la tasca del cuidador millorem la relació cuidador - pacient.
- L'assistència al grup afavoreix la relació entre professionals i cuidadors.

REPTES

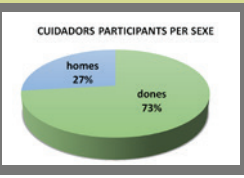
És un espai de suport a un grup de cuidadors de pacients que requereixen atenció a domicili. El suport que pretenem oferir és:

- Formar en malalties cròniques, síndromes geriàtriques i en el seu maneig.
- Educar als cuidadors en les diferents tècniques sanitàries que poden ser realitzades per ells.
- Oferir estratègies davant els problemes de salut comuns en els cuidadors (sobrecàrrega).
- Promocionar els hàbits de vida saludables.
- Informar sobre recursos socials.
- Oferir un espai per compartir experiències, expressar dubtes i emocions

METODOLOGIA

El projecte consta de **sessions formatives mensuals** al CAP d'una hora / hora i mitja de durada.

RESULTATS 2018:



CONCLUSIONS

- Aquest projecte ha tingut molt bona acollida per part professionals del CAP i d'altres serveis, que s'han implicat realitzant alguna xerrada/taller.
- Donada la satisfacció manifestada pels assistents i la seva demanda, hem valorat la continuïtat de l'espai cuidadors durant el 2019.
- Amb els cuidadors que venen més regularment a les sessions s'ha creat un vincle més fort, donant-los confiança a poder expressar dificultats, dubtes o experiències tant personals com emocionals . Amb els professionals i entre ells.

Corporació de Salut del Maresme i la Selva

2.07. Promoció de l'autonomia personal a una llar d'entrenament per a persones amb Intel·ligència Límit o Discapacitat Intel·lectual lleu

Elena Godoy, Antonella Chiasse i Jose Luis Redondo - *ACIDH*

PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL A UNA LLAR D'ENTRENAMENT PER A PERSONES AMB INTEL·LIGÈNCIA LÍMIT O DI LLEU

Elena Godoy[1,2], Antonella Chiaesse[3], Jose Luis Redondo[3], Maribel Guillén[4]

1.Directora Àrea Habitatge ACIDH - 2.Àrea de recerca i Innovació ACIDH - 3.Educadors Socials Àrea Habitatge ACIDH 4.Psicòloga ACIDH

OBJECTIUS

- Proporcionar **entrenament** en les activitats de vida diària (AVD) a una llar amb un sistema de recolzament professional individualitzat i adaptat a cada un perquè les acabin realitzant amb la **màxima autonomia possible**.
- Facilitar la **integració** de les persones a la comunitat, cercant la normalització.
- Donar **l'oportunitat** per a què la persona pugui prendre les seves pròpies decisions i assumeixi una sèrie de responsabilitats i obligacions.
- Apoderar la persona per tal de millorar el seu autoconcepte i **canviar el seu rol** dins la família.

METODOLOGIA

L'entrada a la llar és progressiva (3 dies a la setmana en els 3 primers mesos, 5 dies posteriorment, fins a fer la setmana sencera transcorregut un temps) Aquesta incorporació gradual ens permet valorar la capacitat adaptativa de la persona a la nova situació (més enllà de les entrevistes inicials i l'administració de qüestionaris sistematitzats que utilitzem – ABASS II. Escala Gencat de Qualitat de Vida i Escala Rosenberg -) i ens permet ajustar els nivells d'exigència i suports segons vagi reaccionant la persona.

A partir de la Planificació Centrada en la Persona, entesa com a procés continu d'escolta i acompanyament, centrat en els seus interessos i en les seves capacitats, es dissenya conjuntament amb ella, el pla de suport que recull les àrees d'autocura, domèstiques, benestar emocional i comunitàries.
Es proporciona una supervisió a la persona per planificar i gestionar la llar, els seus assumptes administratius i financers, la seva salut, la convivència i la utilització dels recursos de la comunitat, entre d'altres.

RESULTATS

El resultat qualitatiu més important és la millora del grau d'autoconeixement de les persones participants al projecte.
El 75% de les persones que han passat per la llar han tingut accés a una vida autònoma i independent. D'aquestes, el 35% provenien de llars residencia i la llar d'entrenament ha esdevingut un trampolí que ha suposat l'alliberament de places públiques.
L'altre 25% continua necessitant un període major de temps d'intervenció i recursos amb un grau de suport més elevat per a l'acompanyament en aquest procés d'autonomia.

El fet que les persones amb DI tinguin dret a ser protagonistes de la seva vida i a poder escollir com la volen viure, no vol dir que tinguin la capacitat per poder exercir-lo directament. És necessari, a més de la formació prèvia, un temps llarg d'entrenament en situacions reals per poder ajustar habilitats i competències personals i socials, però, sobretot, es necessita creure en les seves possibilitats i atorgar-los el dret a assumir riscos controlats.

Què és la llar d'entrenament
Aquest projecte és un escenari d'entrenament on les persones amb IL o DI lleu tenen l'oportunitat de posar en pràctica les habilitats i aprenentatges funcionals necessaris per a que puguin accedir a una vida autònoma. Es un recurs on les persones poden descobrir les seves capacitats i potencialitats, però també les àrees en les que necessitaran suport quan es trobin en situacions reals de la vida quotidiana.
En aquesta llar, amb capacitat per a quatre persones, s'ofereix una estada temporal amb un suport professional individualitzat i adaptat a cadascú, amb major intensitat a l'inici de l'estada de les persones i que es va reduint progressivament a mida que la persona assoleix les seves fites personals.

La llar d'entrenament no és un recurs finalista i últim en si mateix, sinó que pretén ser un vehicle mitjançant el qual les persones del col·lectiu a qui s'adreça recorrin un itinerari d'inclusió social progressiu d'acord a amb les possibilitats evolutives de cadascú

CONCLUSIONS

Aquest projecte proporciona a les persones l'oportunitat d'iniciar un procés per adaptar-se a noves situacions i aprendre a reaccionar davant les circumstàncies que es deriven d'una vida autònoma. La llar suposa un augment de la qualitat de vida de vida de les persones quan aquestes perceben que poden participar de la presa de decisions que afecten a les seves vides.

Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

inclusió.cat

Ajuntament de Barcelona

2.08. Discapacitat: participació i comunitat

Isa López, Cristina Estañol i Rafa Garcia - *Fundació Estany*

2.09. Promoció de la participació de persones afectades de trastorns de la conducta alimentària en el disseny de les accions de prevenció dels trastorns de la conducta alimentària

Meritxell Lozano i Mercedes Galán - *Fundación FITA*

fita.
fundación fita

LA CARA OCULTA DEL TCA
La prevenció en primera persona

Galán, Mercedes; Lozano, Meritxell

1. Introducció

- Els trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) són **malalties mentals**.
- S'inicien a l'adolescència però **poden desenvolupar-se al llarg de la vida**.
- Els canvis en la imatge corporal, l'alteració en la ingesta d'aliments i les oscil·lacions de pes són la part visible i més coneguda del trastorn a nivell social. **La simptomatologia alimentària és la manifestació visible de la manca d'eines necessàries per a gestionar situacions personals desbordants i multiproblemàtiques.**
- La **visió estereotipada de la malaltia** caracteritzada en una noia adolescent, extremadament prima i obsessionada amb les dietes dificulta la detecció precoç i la realització de programes de prevenció.
- Les **accions de sensibilització han de donar a conèixer la realitat dels TCA** més enllà de la simptomatologia alimentaria.
- Es proposa dur a terme una **campanya de sensibilització dissenyada per persones que han desenvolupat la malaltia** per tal que puguin transmetre la realitat del TCA sense missatges estereotipats.

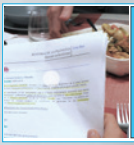
2. Metodologia

Equip de voluntaris en diferents moments del projecte

- **Participants en el procés de disseny**: grup amb 8 persones amb TCA, 2 professionals de l'acció social i 4 professionals dels mitjans audiovisuals.
- Mitjançant la **metodologia participativa i l'acompanyament social** es duen a terme reunions de treball per tal de dissenyar la campanya de sensibilització tenint en compte:
  1. La vivència de les persones amb TCA.
  2. El llenguatge dels mitjans audiovisuals.
  3. Criteris de sensibilització social no sensacionalista.
- **Participants en el procés d'elaboració:** 50 voluntaris (actors, actrius, professionals de mitjans audiovisuals, locutors/es i suport organitzatiu).

3. Resultats

- Com resultat s'han obtingut **4 vídeos de sensibilització i una pàgina web que expliquen la Cara Oculta del TCA** en primera persona trencant amb estereotips d'edat i sexe.

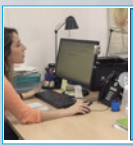


1 de cada 5 adolescents pot desenvolupar un TCA

A l'adolescència existeix **major risc de desenvolupar un TCA**. L'elevada **exigència personal, baixa autoestima** i la percepció negativa de la pròpia imatge personal són factors precipitants. Un **context familiar sobreprotector o desestructurat** combinats amb **situacions de major estrès** i pressió social poden precipitar el desenvolupament d'un TCA. Potenciar la comunicació familiar des de la infància, posar-nos en la pell de l'adolescent i compartir àpats en família almenys un cop al dia, son factors protectors.

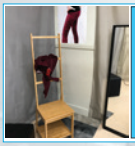
1 de cada 10 persones amb TCA és home

Els homes amb TCA són més **obsessius**, tendint a la **rigidesa** i al **perfeccionisme**. Hi ha més tendència als furts compulsius i un **estrès efectiu més elevat**. Hi pot haver presència d'una **hiperactivitat exagerada** com a mecanisme de control de pes. Es relaciona amb el culturisme, l'afició desmesurada pel gimnàs i la preocupació pel cos. Poden manifestar dificultats **per sentir i expressar les seves emocions**. L'abús de l'exercici físic com a mecanisme de control de pes i desconnexió de les emocions i preocupacions poden desencadenar en un TCA.



20% de dones en risc de desenvolupar un TCA

Dones en edat adulta també conviuen amb el TCA, majoritàriament iniciat en l'adolescència. En molts casos parlem de dones laboral i socialment competents i sovint amb càrregues familiars. **Sota l'aparença de control hi ha una dona que pateix un desgast físic i emocional considerable, assumint més responsabilitats del que els pertoca**. Sovint es perceben a elles mateixes com a poc competents autoimposant-se la necessitat de demostrar als altres la seva validesa, sobretot en contextos laborals.



70% de persones amb TCA es curen després de realitzar un tractament especialitzat.

Conèixer la realitat dels Trastorns de la Conducta Alimentària facilita la detecció i intervenció primerenca, reduint el nombre de població afectada i la durada dels tractaments en els casos en que es desenvolupa la malaltia.

- **7 de les 8 persones amb TCA que han participat en el projecte verbalitzen que les ha ajudat a treballar aspectes encara no resolts de la malaltia.**
- El col·lectiu de professionals sanitaris i socials que treballa amb persones afectades de TCA valora positivament el projecte.

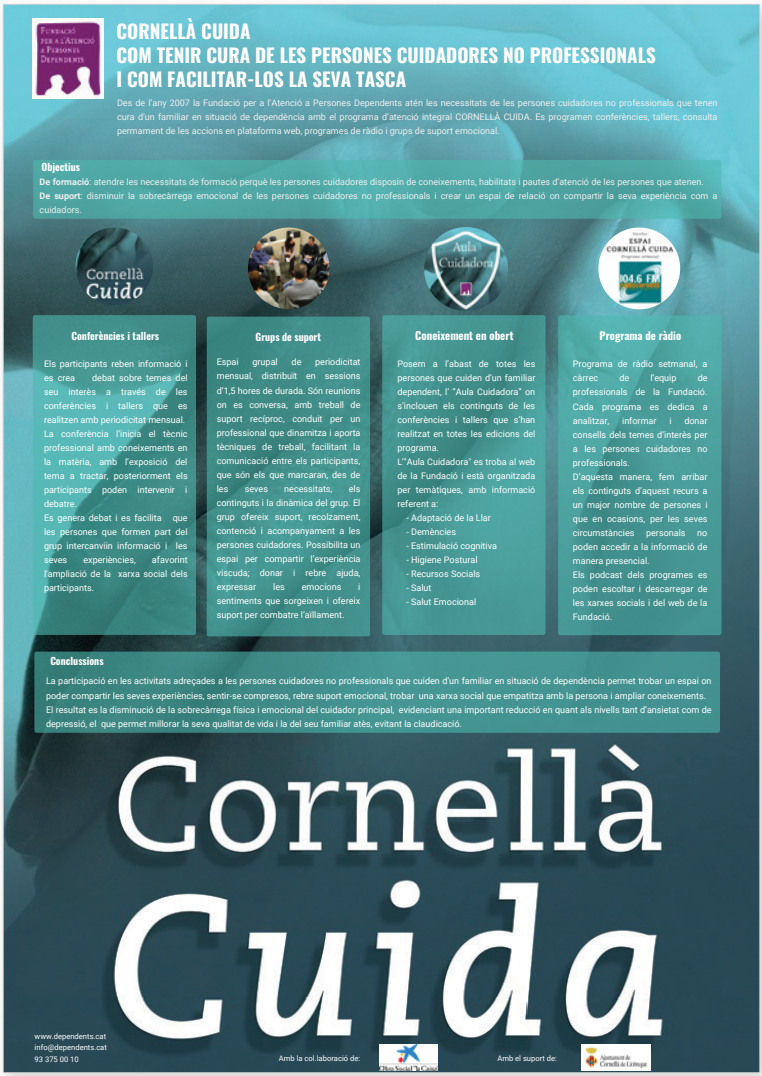
4. Conclusions

- A partir de l'experiència obtinguda es valora necessari **promoure la participació activa de les persones que pateixen un TCA en el disseny de les accions de sensibilització i prevenció.**
- El projecte obre la porta a la participació activa de les persones afectades de TCA en el disseny de recursos, accions i serveis adreçats a promoure la seva recuperació i posterior promoció de la pròpia autonomia personal.

Fundació FITA · C/Nicaragua,23 · 08029 Barcelona · mlozano@fundacion-ita.org · 93.144.00.59 · @fitafundacion

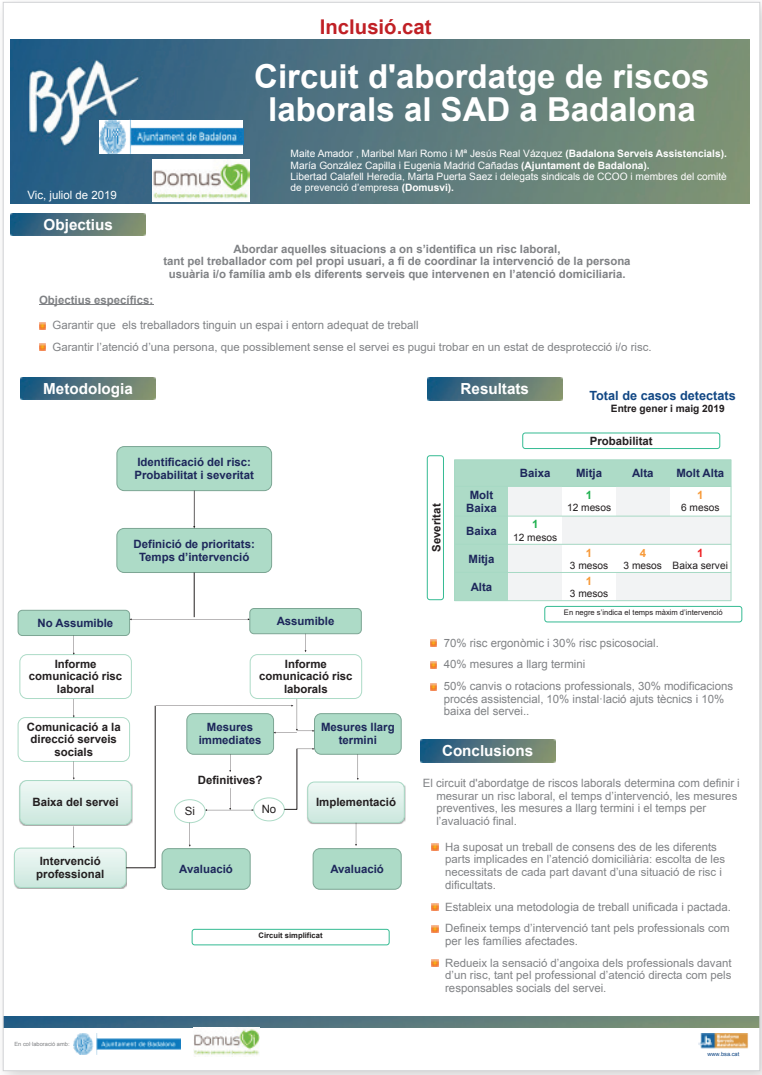
2.10. Com tenir cura de les persones cuidadores no professionals i com facilitar-los la seva tasca

Remedios Moral - *Fundació per a l'Atenció a Persones Dependents*



2.11. Protocol d'abordadge de riscos laborals al servei d'atenció a domicili

M. Jesús Real, Maribel Mari i Maite Amador - *Badalona Serveis Assistencials*
Eugenia Madrid - *Ajuntament de Badalona*
Libertad Calafell - *Domusvi*
Delegats sindicals de CCOO i membres del comitè d'empresa - *Domusvi*

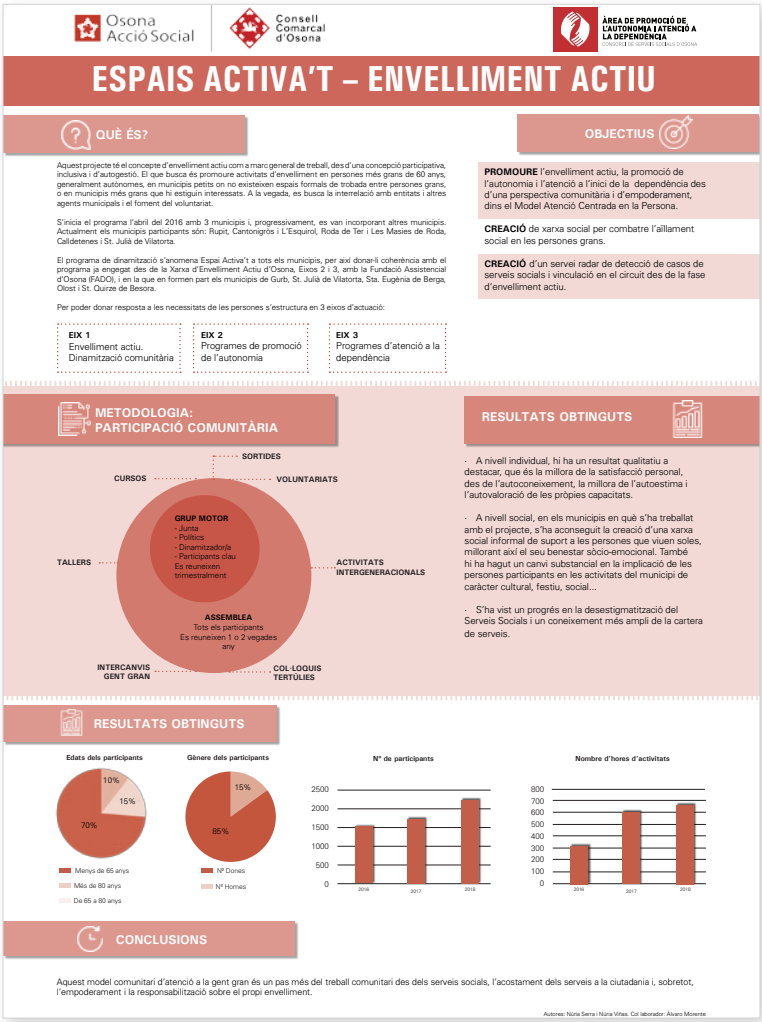


2.12. Programa de foment d'hàbits de vida saludables en persones amb trastorn del desenvolupament intel·lectual i/o trastorns de la salut mental

Joan Roa, Èlia López i Laura Dueñas - *Fundació Viver de Bell-lloc*
Imma Carbonell i Laura Dueñas - *Fundació Lluïsa Oller*

2.13. Espais Activa't

Núria Serra i Núria Viñas - *Consorci d'Osona de Serveis Socials*



3.01. Gestió compartida del Centre Cívic Santa Anna de Vic per part de la Fundació Sant Tomàs i l'Ajuntament de Vic: serveis integrats

Ariadna Bayot i Montse Ropero - *Fundació Sant Tomàs*

Gestió compartida del Centre Cívic Santa Anna

Fundació Sant Tomàs i Ajuntament de Vic: *Serveis Integrats*

La fundació Sant Tomàs assumeix la funció d'agent del centre cívic Santa Anna amb 9 persones amb diferents necessitats de suport, com a projecte inclusiu, obert i proper a la ciutat.

Objectius:

- Promoció de l'autonomia personal.
- Apoderament de les persones.
- Participació com a agents actius en el seu entorn comunitari pròxim.

Metodologia:

La persona és el centre de la nostra entitat.

- Posar la persona en el centre de l'atenció suposa canviar formes de treballar, modificar elements de la nostra organització, però també del conjunt del territori per tal que Vic esdevingui una ciutat inclusiva.
- Vinculació de la persona al territori que pretén donar-li atenció en la proximitat: les persones que hi participen són de Vic i algunes del barri de Santa Anna.

Tres eixos metodològics:

- Participació en el seu projecte de vida: realitzar inquietuds i accionar el seu valor i interès pel voluntariat i l'intercanvi.
- Participació comunitària: en activitats, projectes i serveis amb entitats del centre cívic, del barri i de la ciutat, creant aliances, compartint sinèrgies i xarxes de suport a la comunitat.
- Participació de la dinàmica interna de la gestió del centre cívic: cura de l'espai, atenció al públic, participació en la programació "Tallers Centres Cívics".

Experiències compratides...

Banc del Temps Vic:
manteniment d'un jardí particular

Tallers trimestrals C.Cívic Vic:
rutes a cavall amb guia a Ponicat

L'abella laboriosa:
confecció de peces de roba amb un grup de dones

Gegants de Santa Anna:
col·laboració i participació 'Festa Desembre 2018'

Banc del Temps Vic:
caminades obertes a la ciutadania

Joguines sense Fronteres:
reviure i restaar joguines

Guitarra:
aprendre a tocar la guitarra

Rebost Solidari de Cartas Vic:
organització dels alimants emmagatzemats

Impacte:

Les persones s'expressen...

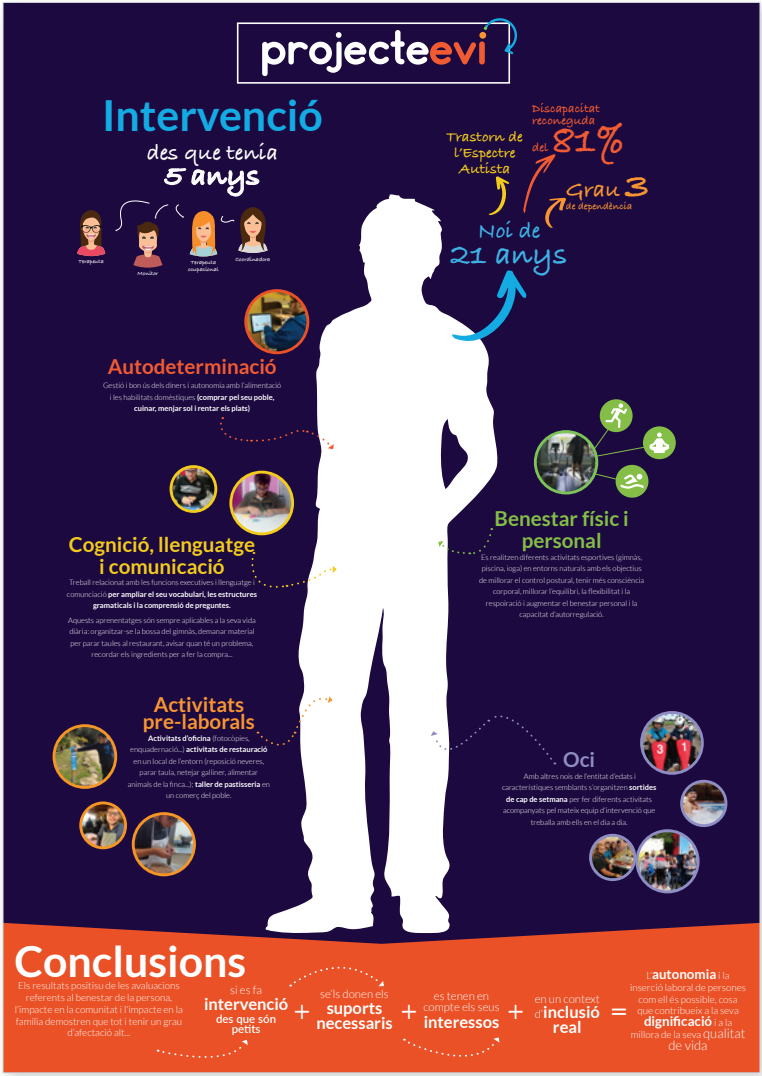
- "Estic bé, aquí. Més tranquil, correcte. Vaig a l'Atlàntida. Toco la guitarra". *Alfons*
- "M'agrada tot. Coses de joguines. Allò de cuinar amb gent de fora". *Albert*
- "M'agarada el curs que faig amb aquest noi. Josep. Informàtica". *David*
- "Estic content. Tot m'agrada. Anar a comprar m'agrada. Sortir". *Toni*
- "M'agrada tot. Aquí estic més tranquil. Faig més bromes". *Quico*
- "Me gusta coser a máquina con la Susanna". *Puri*
- "Ballar Zumba a la Guixa. Ajudar als de joguines". *Tarek*
- "M'agrada posar el rentaplats. Anar a comprar i fer ioga". *Robert*

Conclusions:

Participar en aquest projecte integrat ha estat una oportunitat de coneixença mútua entre les persones amb discapacitat intel·lectual implicades i les persones i entitats de Santa Anna. La interacció i coneixença han obert la possibilitat de compartir experiències significatives de mantera natural i espontània i oferir i rebre propostes d'accions col·laboratives conjuntes.
La inclusió és compromís i voluntat de tota la ciutadania.

3.02. Projecte EVI: model d'escola de vida independent per a adults amb autisme

Marta Campo i Marian Garcia - *Fundació Junts Autisme*



3.03. Perfil de persones ateses a Comunitats Terapèutiques i Pisos de Reinserció per a Drogodependents el 2018

Mercè Cervantes, Judith Sanjuan, Maite Tudela i Marie-Anne Aimée

Comunitats Terapèutiques i Pisos de Reinserció per a Drogodependents de Catalunya

COORDINADORA DE COMUNITATS TERAPÈUTIQUES, PISOS DE REINSERCIÓ I CENTRES DE DIA PER A DROGODEPENDENTS DE CATALUNYA

QUI SOM

12 entitats

La **Coordinadora** es va constituir l'any 2001. Les entitats que la formem desenvolupem serveis professionals de Comunitat Terapèutica (CT), Pis de Reinserció (PR) i Centre de Dia (CD), dedicats a la rehabilitació i reinserció de persones amb conductes addictives.

L'objectiu que ens mou és oferir serveis d'atenció professional a les persones amb conducta addictiva, sempre en coordinació amb la Xarxa Pública a la qual estem integrades.

Totes les entitats treballem seguint criteris de qualitat i bones pràctiques conjuntament amb el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya, formant part de la seva cartera de serveis.

OBJECTIUS

1. **Representar** el sector de les Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de Dia de Catalunya davant de professionals, l'Administració i la societat en general.
2. **Ser un referent** per a l'Administració pel que fa a temes de tractament comunitari per a persones amb conducta addictiva.
3. **Crear coneixement** basat en l'evidència a través d'estudis i recerca.
4. **Treballar conjuntament** amb el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya en la creació i actualització de la cartera de serveis.
5. **Desenvolupar i donar a conèixer** el model comunitari d'intervenció aplicat als nostres serveis.
6. **Fomentar el coneixement i la innovació** en el sector.

MISSIÓ, VISIÓ I VALORS

Missió
Promoure i vetllar pel model d'intervenció comunitària dels nostres serveis i la cohesió del seu marc teòric i metodològic, així com difondre el model a altres professionals i a la societat en general.

Visió
Aconseguir una identitat del servei consolidada, que sigui coneguda i reconeguda dins del sector professional i de la societat en general.

Valors
Col·laboració
Transparència
Compromís
Innovació

METODOLOGIA DE TREBALL

- Equips de treball específics:
  - Grup de CCTT, PPRR i CCDD
  - Grup de memòria única
  - Grup d'unificació de documents
  - Grup de comunicació
- Reunions a serveis de diferents entitats de la Coordinadora amb la participació de professionals dels equips
- Formació conjunta
- Jornades internes
- Jornades externes

RESULTATS

- Ser **referents** del sector
- Facilitar el **diàleg** amb l'administració
- Major **professionalització** de les entitats
- **Unificació** del conveni laboral
- Document de **definició del model** de Comunitat Terapèutica
- Document de definició del model de Pis de Reinserció
- Document de definició del model de Centre de Dia
- Revisió dels **protocols**, unificació de **documents**, creació de **memòries** conjuntes, edició de **manuals**, etc.

COMUNITATS TERAPÈUTIQUES

La **Comunitat Terapèutica** és un recurs assistencial professionalitzat que proporciona serveis especialitzats de tractament de les addiccions.

És la reproducció d'un espai social construït amb finalitat terapèutica. Proporciona a la persona un tractament integral, en el qual pren part activa. La participació diària en la vida comunitària és una experiència orientada a aconseguir el control i l'extinció de les conductes addictives, així com un canvi d'estil de vida.

Característiques:
- Intervenció psicoterapèutica individual.
- Èmfasi en el grup i la cohesió grupal.
- Participació activa de la persona en el desenvolupament del seu propi tractament.
- Intervenció socioeducativa.
- Teràpia ambiental.
- Teràpia ocupacional.
- Intervenció bio-psico-social, des de l'ingrés fins a l'alta.

PISOS DE REINSERCIÓ

El **Pis de Reinserció** és un recurs orientat a facilitar la reinserció i total integració social de les persones amb problemes de conductes addictives de llarga duració que, després de passar per un període de deshabituació i de rehabilitació previ -ja sigui en programes de C.T. o d'altres-, presenten dificultats per reincorporar-se al seu medi, i necessiten continuar el seu procés terapèutic a través d'un recurs urbà dos del qual puguin consolidar totes les estratègies que han après.

Objectius
- Progressar i consolidar el procés terapèutic.
- Reformar i consolidar la responsabilitat i autonomia.
- Donar suport necessari per a dur a terme el pla de futur.
- Facilitar la consolidació i el manteniment de l'abstinència de substàncies d'abús.
- Fomentar noves formes d'oci i temps de lleure.
- Fomentar la creació d'una nova xarxa social.
- Facilitar l'ús d'eines per gestionar els recursos econòmics.
- Donar suport en el treball de redefinició de les relacions familiars.

CENTRES DE DIA

El **Centre de Dia** per a persones amb addiccions és un servei social especialitzat dirigit a la rehabilitació i la inclusió social i comunitària de les persones usuàries. La seva finalitat és donar resposta a les diferents necessitats biopsicosocials que es poden presentar durant el seu procés de deshabituació.

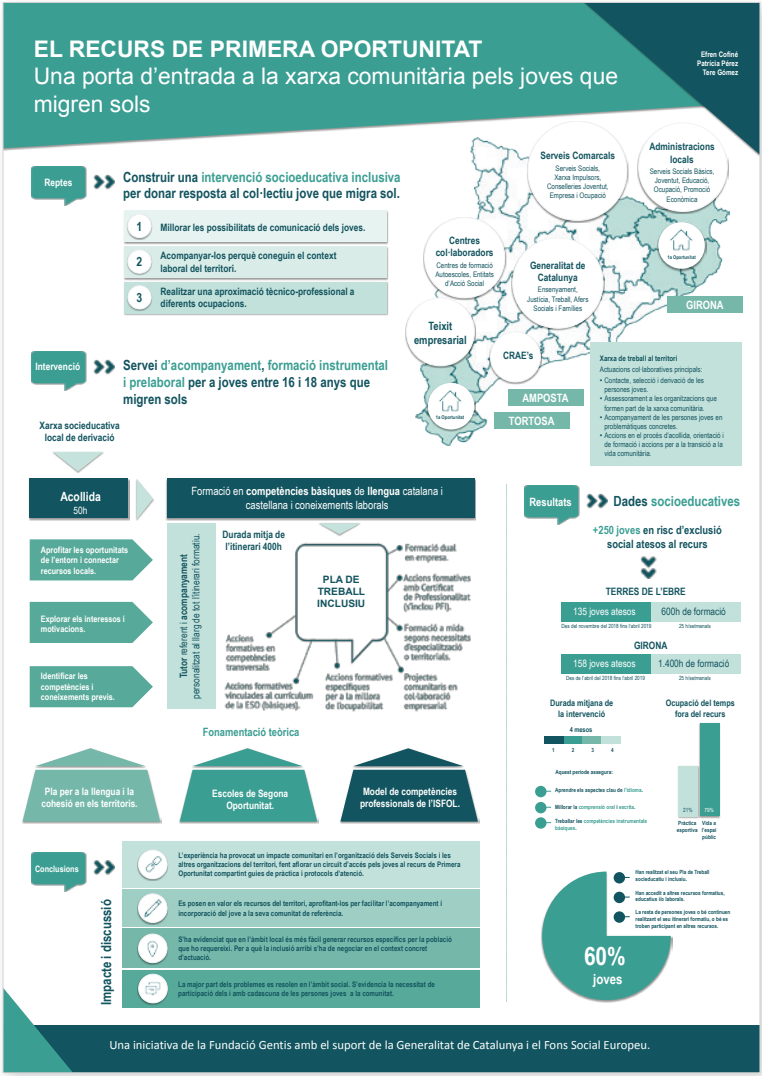
Aquest servei pot ser complementari a altres serveis socials, sanitaris i socisanitaris especialitzats que participen dins la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya (XAD).

Objectius:
- Contribuir al manteniment i la consolidació de l'abstinència.
- Oferir tractament psicosocial i educatiu.
- Oferir suport i acompanyament en el procés d'inserció.
- Millorar la qualitat de vida de les persones ateses.
- Promoure el desenvolupament personal.
- Promoure l'aprenentatge social i cultural.

www.coordinadrog.org

3.04. Una porta d'entrada a la xarxa comunitària per als joves que migren sols: el recurs de primera oportunitat

Efren Cofine, Tere Gómez, Patrícia Pérez - *Fundació Gentis*



3.05. Eina de diagnòstic i impacte social (EDIS)

Laura Jiménez, Rebeca Fernández, Mònica Garcia, Maria Gil, Ana María Marin, Shaila Torroella, Clara A. Rodríguez i Laura Sánchez - *Ajuntament de Mataró*

Eina de Diagnòstic i Impacte Social (EDIS)

INTRODUCCIÓ

L'Agència d'Atenció a Persones amb Dependència de l'Ajuntament de Mataró ha posat en marxa un canvi organitzatiu que potencia l'atenció centrada en la persona, a través de la configuració de cinc subunitats de treball amb encàrrecs diferenciats (UAAU, PIA, Complexitat, Cartera, Acció Comunitària). La Unitat de Complexitat, s'adreça a l'atenció de tots aquells casos que, per les seves característiques, requereixen d'una major intensitat en la intervenció i el seguiment. Per tal de poder determinar les característiques i el perfil de les persones usuàries d'aquesta Unitat, calia la generació d'una eina de treball que permetés establir la línia base d'inici de la intervenció i la seva evolució, a partir de l'impacte de la intervenció social realitzada. A partir de la Self-Sufficient-Matrix (Lauriks, Buster, De Wit, Van de Weerd, Theunissen, Schlonsbergen, & Fassaert, 2013), es va crear l'Eina de Diagnòstic i Impacte Social (EDIS) instrument que respon a les necessitats d'avaluació inicial i seguiment de l'evolució de cada cas. Tanmateix, a partir de l'Eina de Diagnòstic i Impacte Social (EDIS) s'ha generat una Fitxa de Derivació a la Unitat de Complexitat (FDUC). A continuació, s'exemplifica el funcionament d'aquestes dues eines a partir d'un cas pràctic.

CAS PRÀCTIC : FITXA DE DERIVACIÓ A LA UNITAT DE COMPLEXITAT (FDUC)

El cas entra al Servei a través de la Unitat d'Acollida i Atenció a Urgències que, després de la primera exploració i realitza les següents accions:

- Activació del SAD (Servei d'atenció a domicili) social municipal.
- Derivació de la Sra. Núria al CAP perquè des del metge de capçalera es faci la derivació pertinent al CSMA.
- Comunicació al jutjat de la situació de risc de la Sra. Montserrat.
- Tramitació de la LAPAD de la Sra. Montserrat.
- Gestió del 'I.E.R (informe d'exclusió residencial) per evitar tall de subministraments.
- **Derivació del cas a la Unitat de Complexitat, perquè complex criteris de la FDUC**

Un cop es derivo el cas, des de la Unitat de Complexitat es realitza una primera avaluació a través de la EDIS i, posteriorment, s'avalua l'evolució cada 6 mesos, per tal de determinar l'impacte de la intervenció social i la detecció de noves necessitats. D'acord amb aquesta metodologia, en el cas presentat es realitza el següent:

- Valoració inicial
- Coordinació amb els recursos de salut de la xarxa
- Tramitació d'ajuts pertinents
- Entrevistes amb la Sra. Núria per treballar l'acceptació de la malaltia de la mare, així com les seves pròpies limitacions per cuidar-la
- Visites a domicili per explorar la relació entre elles i l'evolució del SAD
- Coordinació SAD per reajustar objectius i tasques, si s'escau
- Fer seguiment de les gestions econòmiques familiars

- Valoració als 6 mesos
- Implementació LAPAD: Grau II compatibilitat de SAD i Centre de Dia. Reserva de plaça residencial pública
- Seguiment principalment per la comunicació de risc
- Sol·licitud de mesures cautelars
- Visites a domicili per explorar la relació entre elles i l'evolució del SAD
- Coordinació SAD per reajustar objectius i tasques, si s'escau
- Coordinació amb CSMA i proposta d'activitats per la Sra. Núria

- Valoració als 12 mesos
- Seguiment de l'evolució del cas a l'espera de resolució judicial i posterior assignació de Fundació Tutelar, si s'escau.

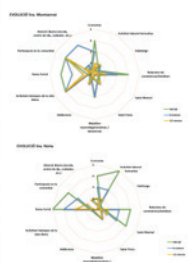
EINA DE DIAGNÒSTIC I IMPACTE SOCIAL (EDIS): AVALUACIÓ INICIAL

Àmbit	0 - Crític	1 - No Auto-suficient	2 - Amb prou feines autosuficient	3 - Adequadament autosuficient	4 - Completament autosuficient
Assistència					
Autoritat Influència Normativa					
Habitatge					
Relacions de convivència / Familiars					
Salut Mental					
Salut Física					
Situacions d'especial rellevància / Discriminació					
Vinculacions					
Activitats Quotidianes de la vida diària					
Xarxes Socials					
Participació en la comunitat					
Absència d'abús (alcohol, sexual, de dits, violència, etc.)					

Sra. Montserrat
Sra. Núria

EVOLUCIÓ DEL CAS

(de 5-Crític a 1-Autosuficient)



Les pràctiques de seguiment permeten observar l'evolució del cas, donos les puntes situades més a l'interior (puntuacions de 4-5) plasmen les situacions més crítiques. A mesura que avança la intervenció social, s'observa la reducció de l'amplitud de la pràctica, indicant que la intervenció és positiva i té impacte.

En el cas de la Sra. Montserrat, hi ha aspectes que no s'han pogut modificar amb la intervenció social realitzada, com el grau de dependència en les ABVD o el diagnòstic de demència.

CONCLUSIONS

A partir del cas pràctic presentat, es constata que la FDUC permet realitzar un cribratge de les persones que necessiten d'una major intensitat en la intervenció i seguiment per la complexitat de la situació que presenten. Tanmateix, la EDIS permet valorar la situació inicial d'un cas, així com l'impacte a posteriori de la intervenció social realitzada, podent comparar l'evolució de la persona i de la unitat familiar en cada àmbit, i detectar noves necessitats. A més, permet identificar els punts forts de la persona i reforçar-los. Aquests instruments impliquen un pas endavant en la capacitat de diagnòstic, avaluació i seguiment dels casos que requereixen atenció social, per part dels Serveis Socials Bàsics, així com ajustar i objectivitar a l'hora de definir la complexitat d'un cas.

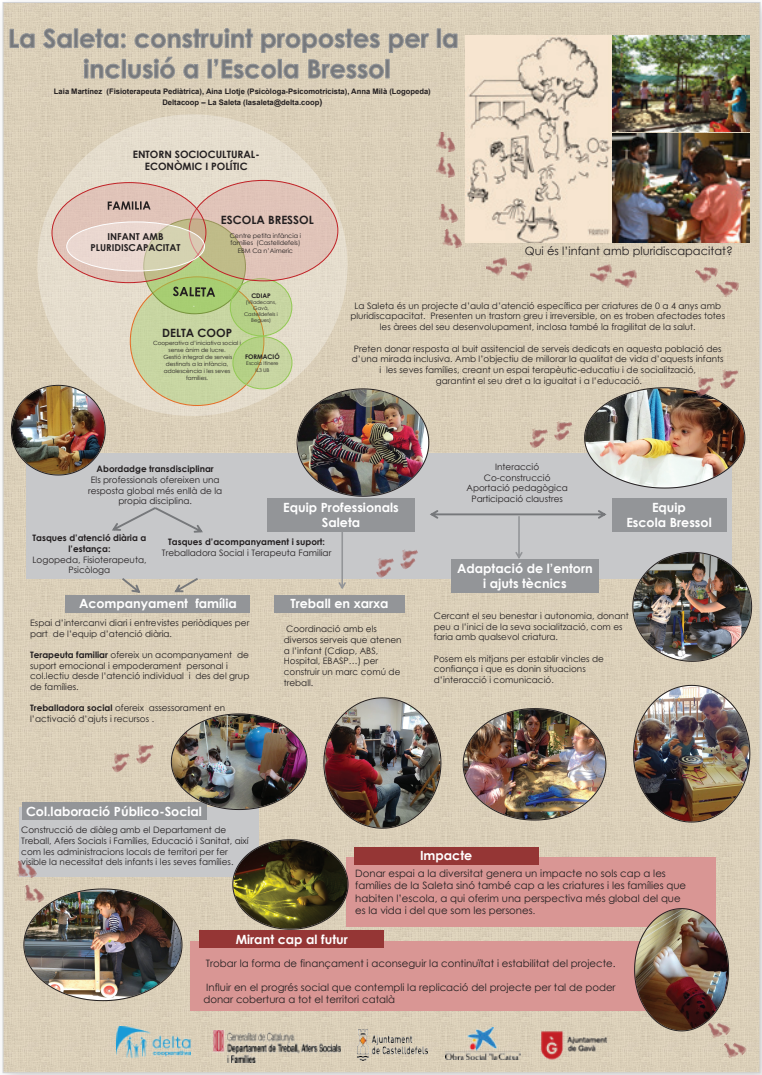
AUTORES: Fernández, R., García, M., Gil, M., Jiménez, L., Marín, A., Rodríguez, C.A., Sánchez, L., & Torroella, S.
Servei de Benestar Social. Ajuntament de Mataró (2019)

Ajuntament de Mataró

Referència: Lauriks, S., Buster, M.C.A., Dorhöf, M.A.E., van de Weerd, R., Tigchelaar, E., & Fassaert, T. (2013). Self Sufficient Matrix. GGD Amsterdam.

3.06. La Saleta: treballant per la inclusió a l'escola bressol

Laia Martínez, Aina Llotje i Anna Milà - *Delta Cooperativa*

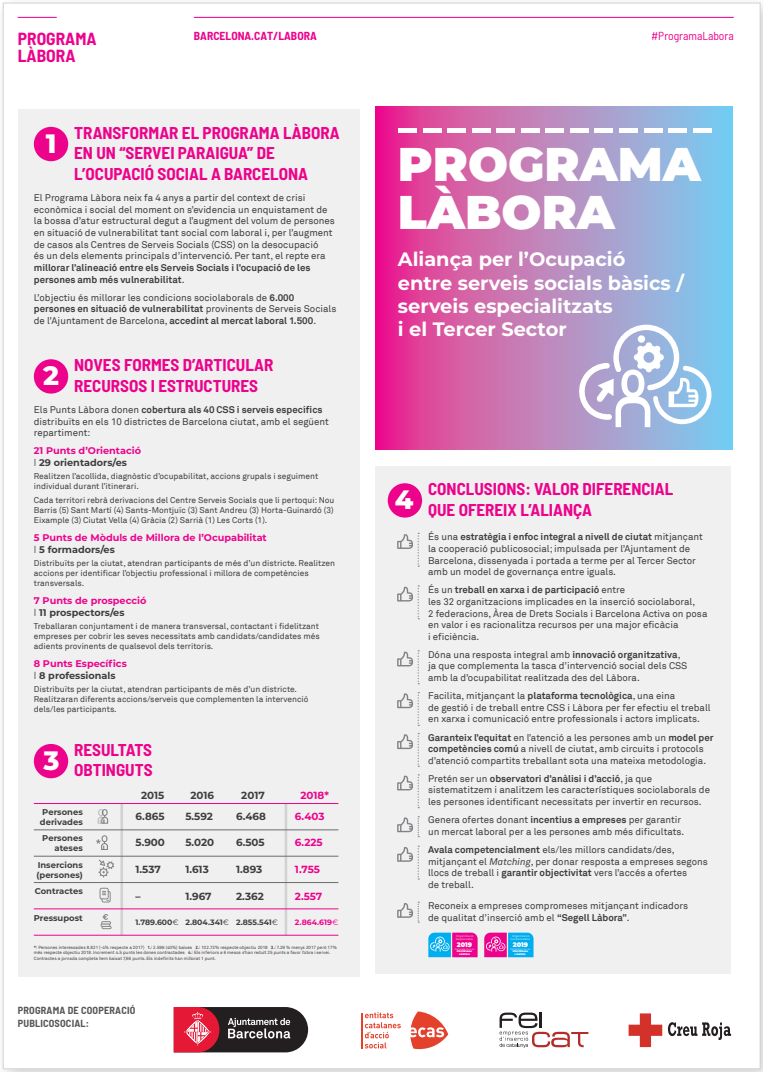


3.07. SoCaTel: una plataforma tecnològica per millorar l'atenció de les persones que necessiten cures de llarga durada

Josep Maria Ranchal - *Ajuntament de Vilanova i la Geltrú*
Blanca Deusdad i Isabella Riccò - *Universitat Rovira i Virgili de Tarragona*

3.08. Programa Làbora: Aliança Publicosocial per a l'Ocupació

Antònia Giménez - *Programa Làbora (Creu Roja)*
Teresa Roigé - *Programa Làbora*
Ajuntament de Barcelona: Institut Municipal de Serveis Socials I Barcelona Activa
Entitats Catalanes d'Acció Social -ECAS
Federació d'Empreses d'Inserció de Catalunya -FEICAT
Creu Roja



PROGRAMA LÀBORA

BARCELONA.CAT/LABORA

#ProgramaLabora

1 TRANSFORMAR EL PROGRAMA LÀBORA EN UN "SERVEI PARAIGUA" DE L'OCUPACIÓ SOCIAL A BARCELONA

El Programa Làbora neix fa 4 anys a partir del context de crisi econòmica i social del moment on s'evidencia un enquistament de la bossa d'atur estructural degut a l'augment del volum de persones en situació de vulnerabilitat tant social com laboral i, per l'augment de casos als Centres de Serveis Socials (CSS) on la desocupació és un dels elements principals d'intervenció. Per tant, el repte era **millorar l'alineació entre els Serveis Socials i l'ocupació de les persones amb més vulnerabilitat**.

L'objectiu és millorar les condicions sociolaborals de **6.000 persones en situació de vulnerabilitat** provinents de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona, **accedint al mercat laboral 1.500**.

2 NOVES FORMES D'ARTICULAR RECURSOS I ESTRUCTURES

Els Punts Làbora donen **cobertura als 40 CSS i serveis específics** distribuïts en els 10 districtes de Barcelona ciutat, amb el següent repartiment:

21 Punts d'Orientació
| 29 orientadors/es

Realitzen l'acollida, diagnòstic d'ocupabilitat, accions grupals i seguiment individual durant l'itinerari.

Cada territori rebrà derivacions del Centre Serveis Socials que li pertoqui: Nou Barris (5) Sant Martí (4) Sants-Montjuïc (3) Sant Andreu (3) Horta-Guinardó (3) Eixample (3) Ciutat Vella (4) Gràcia (2) Sarrià (1) Les Corts (1).

5 Punts de Mòduls de Millora de l'Ocupabilitat
| 5 formadors/es

Distribuïts per la ciutat, atendran participants de més d'un districte. Realitzen accions per identificar l'objectiu professional i millora de competències transversals.

7 Punts de prospecció
| 11 prospectors/es

Treballaran conjuntament i de manera transversal, contactant i fidelitzant empreses per cobrir les seves necessitats amb candidats/candidates més adients provinents de qualsevol dels territoris.

8 Punts Específics
| 8 professionals

Distribuïts per la ciutat, atendran participants de més d'un districte. Realitzaran diferents accions/serveis que complementen la intervenció dels/les participants.

3 RESULTATS OBTINGUTS

	2015	2016	2017	2018*
Persones derivades	6.865	5.592	6.468	6.403
Persones ateses	5.900	5.020	6.505	6.225
Insercions (persones)	1.537	1.613	1.893	1.755
Contractes	–	1.967	2.362	2.557
Pressupost	1.789.600€	2.804.341€	2.855.541€	2.864.619€

* Persones interessades 6.821 (-6% respecte a 2017) . % 2.386 (40%) baixes . 2: 102.72% respecte objectiu. 2018 . 3: -7.28 % menys 2017 però 17% més respecte objectiu 2018. Increment x3 punts les dones contractades . 4.: Bla inferiors a 6 mesos d'han reduit 25 punts a favor Ocina i servei. Contractes a jornada completa hem baixat 7,66 punts. Bla indefinits han millorat 1 punt.

PROGRAMA LÀBORA

Aliança per l'Ocupació entre serveis socials bàsics / serveis especialitzats i el Tercer Sector

4 CONCLUSIONS: VALOR DIFERENCIAL QUE OFEREIX L'ALIANÇA

- És una **estratègia i enfoc integral a nivell de ciutat** mitjançant la cooperació publicosocial; impulsada per l'Ajuntament de Barcelona, dissenyada i portada a terme per al Tercer Sector amb un model de governança entre iguals.
- És un **treball en xarxa i de participació** entre les 32 organitzacions implicades en la inserció sociolaboral, 2 federacions, Àrea de Drets Socials i Barcelona Activa on posa en valor i es racionalitza recursos per una major eficàcia i eficiència.
- Dóna una resposta integral amb **innovació organitzativa**, ja que complementa la tasca d'intervenció social dels CSS amb la d'ocupabilitat realitzada des del Làbora.
- Facilita, mitjançant la **plataforma tecnològica**, una eina de gestió i de treball entre CSS i Làbora per fer efectiu el treball en xarxa i comunicació entre professionals i actors implicats.
- **Garanteix l'equitat** en l'atenció a les persones amb un **model per competències comú** a nivell de ciutat, amb circuits i protocols d'atenció compartits treballant sota una mateixa metodologia.
- Pretén ser un **observatori d'anàlisi i d'acció**, ja que sistematitzem i analitzem les característiques sociolaborals de les persones identificant necessitats per invertir en recursos.
- Genera ofertes donant **incentius a empreses** per garantir un mercat laboral per a les persones amb més dificultats.
- **Avala competencialment** els/les millors candidats/des, mitjançant el *Matching*, per donar resposta a empreses segons llocs de treball i **garantir objectivitat** vers l'accés a ofertes de treball.
- Reconeix a empreses compromeses mitjançant indicadors de qualitat d'inserció amb el **"Segell Làbora"**.

PROGRAMA DE COOPERACIÓ PUBLICOSOCIAL:

Ajuntament de Barcelona · entitats catalanes d'acció social ecas · fei empreses d'inserció de Catalunya CAT · Creu Roja

4.01. Perseguint l'autodeterminació: autogestió de les persones amb discapacitat intel·lectual de la comarca d'Osona

Laura Solà i Esther Crespi - *Fundació Sant Tomàs*

PERSEGUINT L'AUTODETERMINACIÓ

AUTOGESTIÓ DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL•LECTUAL DE LA COMARCA D'OSONA

st santtomàs
Gent molt capaç!

L'autodeterminació és una de les dimensions del model de Qualitat de Vida i té, juntament amb la dimensió Drets, una importància i un pes major que les altres dimensions. Sense Autodeterminació i Drets les persones amb discapacitat poden estar sanes, ben cuidades i amb les seves necessitats bàsiques ateses, però no tenen control sobre les seves vides, no prenen decisions rellevants sobre la seva vida i el seu futur, no en són protagonistes.

QUÈ PRETENEM?

El grup d'autogestors pretenen ser un espai d'apoderament, autonomia, autoregulació i autorealització per assolir una conducta autodeterminada. Les persones amb discapacitat intel•lectual que hi participen com a mostra d'una col•lectivitat amb diferents intensitats de suport comparteixen un espai i l'acompanyament d'una persona de suport per optimitzar les competències personals tenint present les oportunitats que ofereix l'entorn.

COM HO FEM?

Actualment tenim 2 grups d'autogestors: oasis i protagonistes; els quals estan formats per deu i onze persones respectivament que es troben quinzenalment amb una persona de suport durant 90 minuts. Un espai on les persones aprenen (amb la pràctica) habilitats bàsiques d'autogestió, de participació (comunicació efectiva) i els components essencials de l'autodeterminació:

- Elecció, presa de decisions
- Establiment i assoliment de metes
- Resolució de problemes
- Autodefensa (o autogestió)
- Relacions amb altres
- Autoconsciència, autoavaluació, auto observació i auto reforç

VOLEM DECIDIR

és el nostre present i futur!

QUI SOM?

Som persones amb discapacitat intel•lectual en edat adulta de diferents municipis de la comarca d'Osona vinculats a Sant Tomàs.

QUÈ FEM?

Ens reunim, parlem, conversem i compartim els interessos i opinions. D'aquesta manera ens ajudem els uns als altres i sentim que formem part d'un grup. Formar part d'aquest grup fa que puguem parlar i decidir més per a nosaltres.

RESULTATS OBTINGUTS

Les persones manifesten assolir aprenentatges positius, apoderament i autonomia en el seu dia a dia com eixos fonamentals en l'autodeterminació.

SENTIM QUE...

Tenim l'oportunitat i responsabilitat de millorar la situació actual i futura de les persones amb discapacitat intel·lectual.
Tenim l'oportunitat de representar a les persones amb discapacitat intel•lectual amb el repte de millorar la situació actual i futura d'aquestes.
El nostre repte és poder parlar per nosaltres mateixos i que se'ns pregunti com a tothom. Creem les nostres opinions i sabem com expressar-les.
Demanem a la societat que ens escolti i sigui inclusiva amb nosaltres.

CONCLUSIONS

Són essencials espais de confiança i aprenentatge per perseguir l'autodeterminació i l'assoliment de drets.

REFLEXIONEM

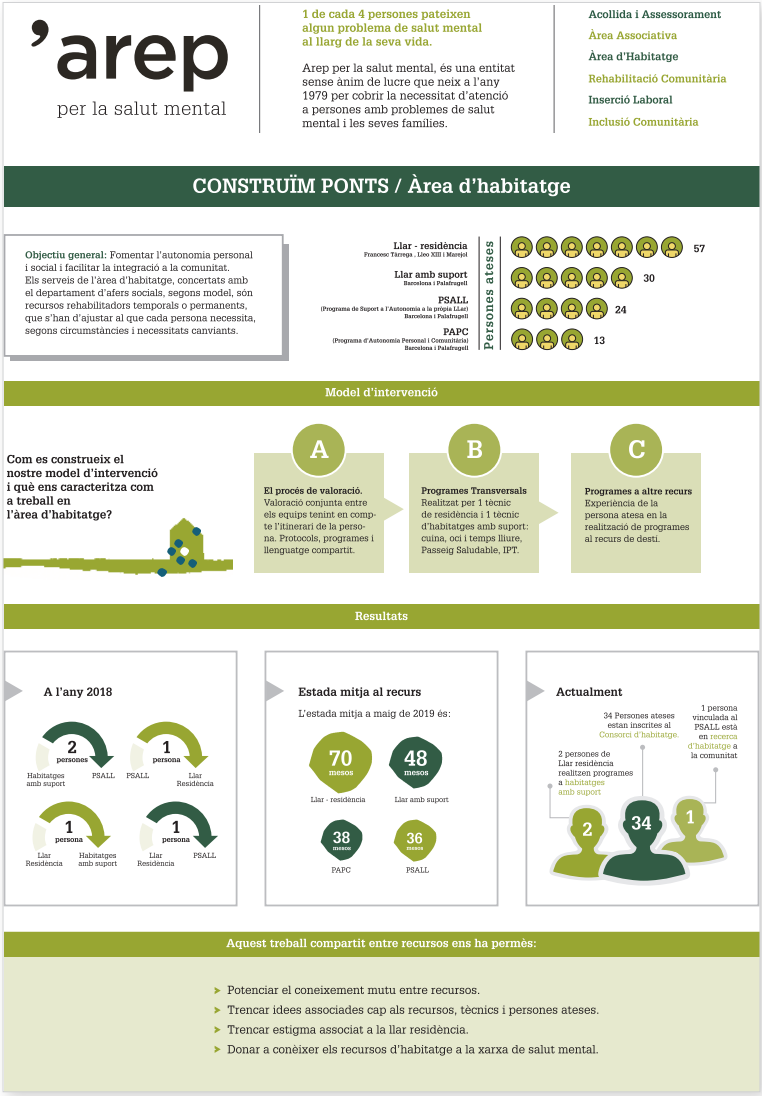
Tenim discapacitat però volem lluitar perquè l'etiqueta no impedeixi veure'ns i que ens vegin com a persones amb veu pròpia.
El nostre repte és poder parlar i decidir per nosaltres mateixos.
Creem les nostres opinions i sabem expressar-les.
Demanem a la societat que ens escolti i sigui inclusiva amb nosaltres.

OASIS En sentim com una illa enmig del mar o com una gota d'aigua enmig d'un desert. Grup format per: Marta, Joan Carles, Mariona, Laura, Ignasi, Joan, Josep M., Raquel i Pilar. Persona de suport: Esther Crespi.

PROTAGONISTES Perquè volem ser els únics protagonistes de la nostra pròpia vida. Grup format per: Marta, Marina, Núria, Elisabet, Paolo, Arnau, Sergi i David. Persona de suport: Laura Solà.

4.02. Construint Ponts

Claudia Hernández, Mireia Ballús i Carla Del Amo - *AREP*



#InclusioCat · www.inclusio.cat