

# Programa de transformació dels suports per a persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament amb malaltia mental o conducta que preocupa

## Elevada complexitat.

Aida Palacín, cap del Servei de Discapacitat Intel·lectual.IAS.

Salut/IAS Institut  
d'Assistència  
Sanitària

 Generalitat de Catalunya  
Departament de la Presidència



# Grup de treball

Coordinació:

- Ramon Novell (IAS)

Membres del Grup :

- Gemma Parcerisa (ACIDH)
- Pius Camprubí (ACIDH)
- Laura Plans (ALTHAIA)
- Cecília Fàbregues (Dep Drets Socials)
- Noelia Casanueva (Fund Catalònia)
- Leo Gallart (mare)
- Juanjo Collado (ASPROS)
- Alba Aguilera (ASPROS)
- Carlos Peña (Sant Joan de Déu)
- Anna García (PRODIS)
- Imma Bellatriu (ASTRES)
- Aida Palacín (IAS)



# DE QUI PARLEM?



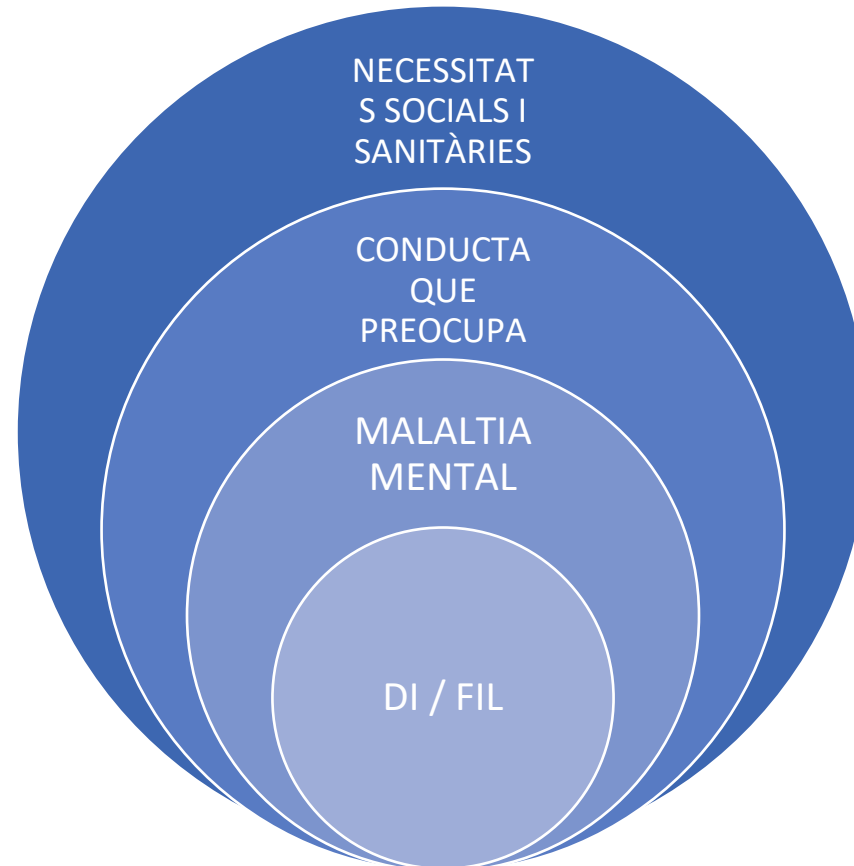
Problemes amb justícia

Consum de tòxics / joc

Experiències traumàtiques durant la infància

Dificultats inserció laboral

Problemes residencials



Escassa xarxa sociofamiliar /  
Clandicació

Víctimes d'abusos / estafes

Majors comorbiditats orgàniques

Polifreqüentació dels serveis / desvinculació

Educació

# CONDUCTA QUE PREOCUPA

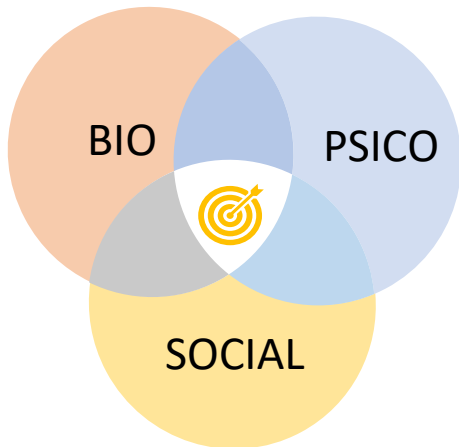


CONDUCTA = PERSONA ↔ ENTORN

Crits  
Autolesions  
Heteroagressivitat  
Destrucció d'objectes  
Aïllament  
Furts / delictes  
Altres

Malltia mental  
Malaltia física  
Sd Genètiques  
Alteracions sensorials  
Dificultats cognitives  
Personalitat  
Desintegració cognitiva  
Consum tòxics

Escassos ingressos  
Absència d'oportunitats  
Entorn restrictiu  
Abús psicològic, físic, sexual  
Escassa participació social  
Estrés del cuidador/a  
Absència cercle social  
Escassa ocupació/laboral  
No formació del personal



# CONDUCTA QUE PREOCUPA



Tenint en compte que les conductes que preocupen és el producte d'una interacció complexa entre factors biològics (malaltia física i mental, determinants genètiques, sensorials, etc), de desenvolupament, psicològics i ambientals

- hi ha una forta evidència que **alguns dels factors clau que les causen i/o mantenen són SUSCEPTIBLES DE CANVIAR**, i que
- el canvi en aquests factors està associat a **notables reduccions del risc de dany i exposició a respostes restrictives, aversives i d'exclusió social**, així com la **millora de la qualitat de vida** de les persones i les seves famílies.

# MALALTIA MENTAL



Fins a un 41% de persones amb discapacitat intel·lectual presenten trastorns psiquiàtrics incloent conductes que preocupen. Una quarta part reuneixen criteris d'elevada complexitat.

Fins un **28% de persones amb discapacitat intel·lectual presenten trastorns psiquiàtrics**, si s'exclouen problemes de conducta.

La prevalença de trastorns psiquiàtrics augmenta com més greu és el nivell de discapacitat intel·lectual.

Les persones amb FIL (infants, adolescents i adults) tenen major risc de desenvolupar patologies mentals que la població general.

# ELEVADA COMPLEXITAT



“Complex no és una etiqueta que haguem de posar a una persona.

És una descripció de la complexitat de la resposta dels serveis, necessària per satisfer les seves necessitats.

La resposta del servei és de naturalesa complexa perquè **requereix la col·laboració d'almenys dos, sinó tres o quatre serveis** des d'un enfocament transversal.”

Situacions en les que **els protocols establerts** habitualment **no s'adapten**, existeixen **divergències d'opinió**, es poden presentar situacions en els quals s'ha de donar resposta moltes vegades de forma urgent, sovint **innovadores** i amb un abordatge que implica un **treball integrat entre diferents xarxes**

# ELEVADA COMPLEXITAT



Definició **pacient crònic complex de salut mental** (PDSMiA + PPAC):

- (a) presència d'un **diagnòstic de trastorn mental**,
- (b) la seva **comorbiditat** (orgànica i de salut mental),
- (c) **indicadors socials** de complexitat
- (d) **Desvinculació o abandonament de tractament**,
- (e) **hiperfreqüentació de visites**, especialment a urgències de salut mental
- (f) **indicadors educatius** de complexitat i indicadors de **desenvolupament** (població IJ)



# ELEVADA COMPLEXITAT



- 5.9. PERFILS DE PERSONES ATESES \_\_\_\_\_
- 5.9.1. Perfils dels/de les adolescents amb TSMiA i trastorn de conducta disruptius i amb impacte social  
30
- 5.9.2. Perfil de les persones amb dany cerebral, TSMiA i trastorns de conducta \_\_\_\_\_
- 5.9.3. Persones amb Discapacitat Intel.lectual, TSMiA i trastorn de conducta \_\_\_\_\_
- 5.9.4. Persones amb Trastorn del Neurodesenvolupament, TSMiA i trastorn de conducta \_\_\_\_\_
- 5.9.5. Persones amb TEA/Autisme, TSMiA i trastorn de conducta \_\_\_\_\_
- 5.9.6. Persones amb Trastorns de l'Espectre Alcohòlic fetal (TEAF), TSMiA i trastorn de conducta \_\_\_\_\_
- 5.9.7. Persones sense llar, amb TSMiA i amb necessitats objectivades d'atenció complexa \_\_\_\_\_
- 5.9.8. Persones en centres penitenciaris amb TSMiA amb necessitats d'atenció complexa associada i implicacions pel sistema judicial. \_\_\_\_\_

# ELEVADA COMPLEXITAT



- Persones amb **Trastorn del neurodesenvolupament amb malalties mentals comòrbides i/o "trastorns de la conducta" greus**, que interfereixen significativament en el seu funcionament.
- **Conductes jurídicament punibles** (robatoris, violència, assetjament sexual, etc.)
- **Desintegració cognitiva**: dificultat de la persona per entendre i expressar el seu estat i gestionar estratègies de suport.
- **Poca o nul·la consciència de malaltia**. No demana ajuda ni l'accepta.
- Consum, abús o dependència de **substàncies o addiccions comportamentals**
- **Eclipsament diagnòstic**, manca de suports/tractaments adequats
- **Claudicació familiar**

# PERÒ TOT I AIXÍ....



- Manca d'agilitat a l'hora de prendre decisions per garantir la continuïtat assistencial, amb la qual cosa, **la persona està desatenta i és expulsada de les xarxes de suport.**
- **Els serveis no estan adaptats** a les necessitats reals i especificitats dels perfils anteriorment definits **i això augmenta la complexitat**
- L'elevada institucionalització cronifica la situació
- **Manca de circuits establerts entre departaments i serveis**, factor que provoca confusió i desatenció
- **Cartera de serveis socials obsoleta**
- **Cartera de serveis de salut que NO considera aquest perfil** de persones

# El suport a l'elevada complexitat en el moment actual



Desplegament operatiu de l'Atenció a la Salut Mental i Addiccions.

Prioritats 2023-2024

Consorci Social i Sanitari – Dep Salut

La transformació de la salut mental comença per disposar de les bases d'uns sistemes i serveis de Salut Mental que funcionin bé (Organització Mundial de la Salut, Pla d'Acció 2013-2030)

- Com funciona la promoció i prevenció Salut Mental i Patologia Dual
- Com funciona l'atenció integrada Salut Mental i Atenció Primària i Comunitària (PCP)
- Com funciona l'atenció salut mental comunitària i Centres Salut Mental Adults, CSM Infantil i Juvenil, Centres Atenció i Seguiment de les Drogodependències i programes:
  - Programa atenció precoç psicosis
  - Programa crisi Infantil i Juvenil
  - Programa TCA transversal CSMA-CSMIJ
  - Programa de complexitat Salut Mental: Persones en Condició de Complexitat Adults, Equips Guia (infants i joves)
  - Atenció proximitat i domiciliària
- Com funciona l'hospitalització parcial i les alternatives a l'hospitalització:
  - Intensitat o alternatives hospitalització: Hospital de Dia Adults & Infantil i Juvenil, Atenció Crisis-Alternatives a l'Hospitalització – H. Domiciliària
  - Recuperació: Servei Rehabilitació Comunitària
- Com funciona l'atenció hospitalització:
  - Aguda
  - Post-aguda
  - Continuitat assistencial

# El suport a l'elevada complexitat en el moment actual



- Com funciona l'atenció salut mental comunitària: Centre Salut Mental Adults, CSM Infantil i Juvenil, Centres Atenció i Seguiment de les Drogodependències i programes:
  - Programa atenció precoç psicosis
  - Programa crisi Infantil i Juvenil
  - Programa TCA transversal CSMA-CSMIJ
  - Programa de complexitat Salut Mental: Persona Condició Complexitat Adults, Equips Guia (infants i joves)
  - Atenció proximitat i domiciliària

No es menciona l'atenció de salut mental comunitària a les PDID (SESMDI)

**WARNING**  
YOU MAY BE  
IN A  
BLIND SPOT

|  |               |
|--|---------------|
| Programa Atenció Precoç Psicosi  | PDID EXCLOSES |
| Programa de Crisi Infantil i Juvenil   | PDID EXCLOSES |
| Programa TCA transversal CSMA-CSMIJ  | PDID EXCLOSES |
| Programa de complexitat salut mental: persona condició complexitat adults, Equips Guia (infants i joves) | PDID EXCLOSES |
| Atenció proximitat i domiciliària  | PDID EXCLOSES |

# El suport a l'elevada complexitat en el moment actual



- Com funciona l'hospitalització parcial i les alternatives a l'hospitalització:
  - Intensitat o alternatives hospitalització: Hospital de Dia Adults & Infantil i Juvenil, Atenció Crisis-Alternatives a l'Hospitalització – H. Domiciliària
  - Recuperació: Servei Rehabilitació Comunitària
- Com funciona l'atenció hospitalització:
  - Aguda
  - Post-aguda
  - Continuitat assistencial



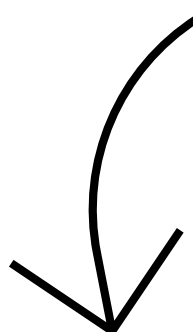
Si observem la descripció de: “Com funciona l'hospitalització parcial i alternatives a l'hospitalització”:

|   |               |
|---|---------------|
| Intensitat o alternatives a l'hospitalització: Hospital de Dia d'adults & Infantil i Juvenil, Atenció Crisis-Alternatives a l'hospitalització – Domiciliària. | PDID EXCLOSES |
| Recuperació: Servei de Rehabilitació Comunitària  | PDID EXCLOSES |

Si observem la descripció de: “Com funciona l'Hospitalització”:

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| Aguda                    | INCLOSES AMB DIFICULTAT |
| Post Aguda               | PDID EXCLOSES           |
| Continuïtat Assistencial | PDID EXCLOSES           |

**WARNING**  
 YOU MAY BE  
 IN A  
 BLIND SPOT



# El suport a l'elevada complexitat en el moment actual



## Organització Desplegament Operatiu

### Accions prioritàries: desplegament e impuls

- Programa Col.laboració Salut Mental a APiC
- Trastorn de la Conducta Alimentària
- Alternatives Hospitalització
- Atenció Complexitat
- Unitat Funcional Projecte de Vida i Recuperació
- Drets i Plans de Qualitat

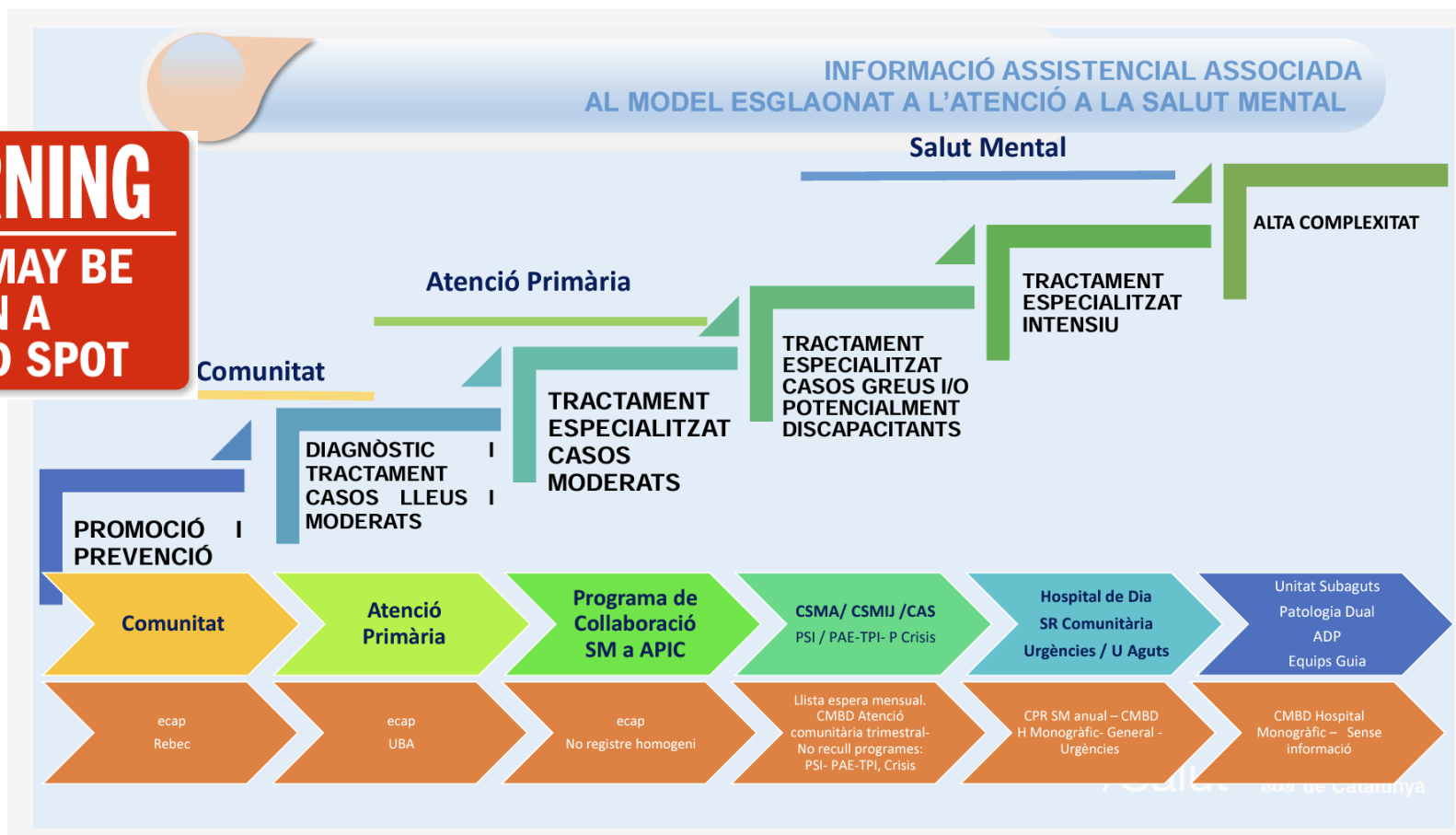
### Reunions seguiment desplegament

- Preparar reunions per Regió Sanitària
- Participació:
  - Equips Assistencials
  - Regió Sanitària - Catsalut
  - Pla Director de Salut Mental i Addiccions
- Freqüència: en funció fase (mensual, dos mesos, trimestral)
- Estructurades:
  - Anàlisi de situació: Identificar coses funcionen, problemes i proposta solucions
  - Consensus de criteris funcionament a tots els territoris on es desplega
  - Detecció necessitats
  - Valorar informació disponible dels indicadors



# El suport a l'elevada complexitat en el moment actual

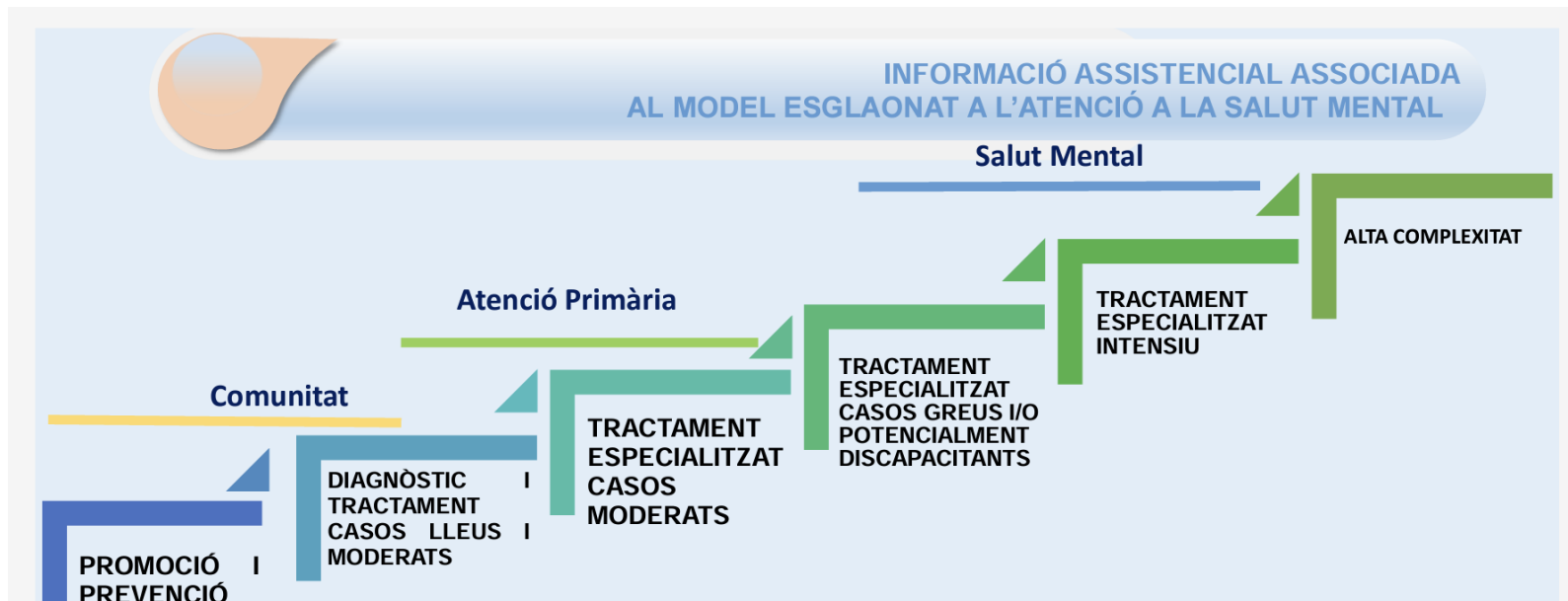
**WARNING**  
**YOU MAY BE**  
**IN A**  
**BLIND SPOT**



Inexistència de serveis i programes dirigits a les PDID o la no inclusió en els existents quan la gravetat indicaria que haurien de ser atesos per la Xarxa de Salut Mental



# El suport a l'elevada complexitat en el moment actual



La majoria de les PDID i persones amb FIL amb trastorn mental i/o greus trastorns de la conducta són excloses dels programes de suport a l'elevada complexitat vigents.

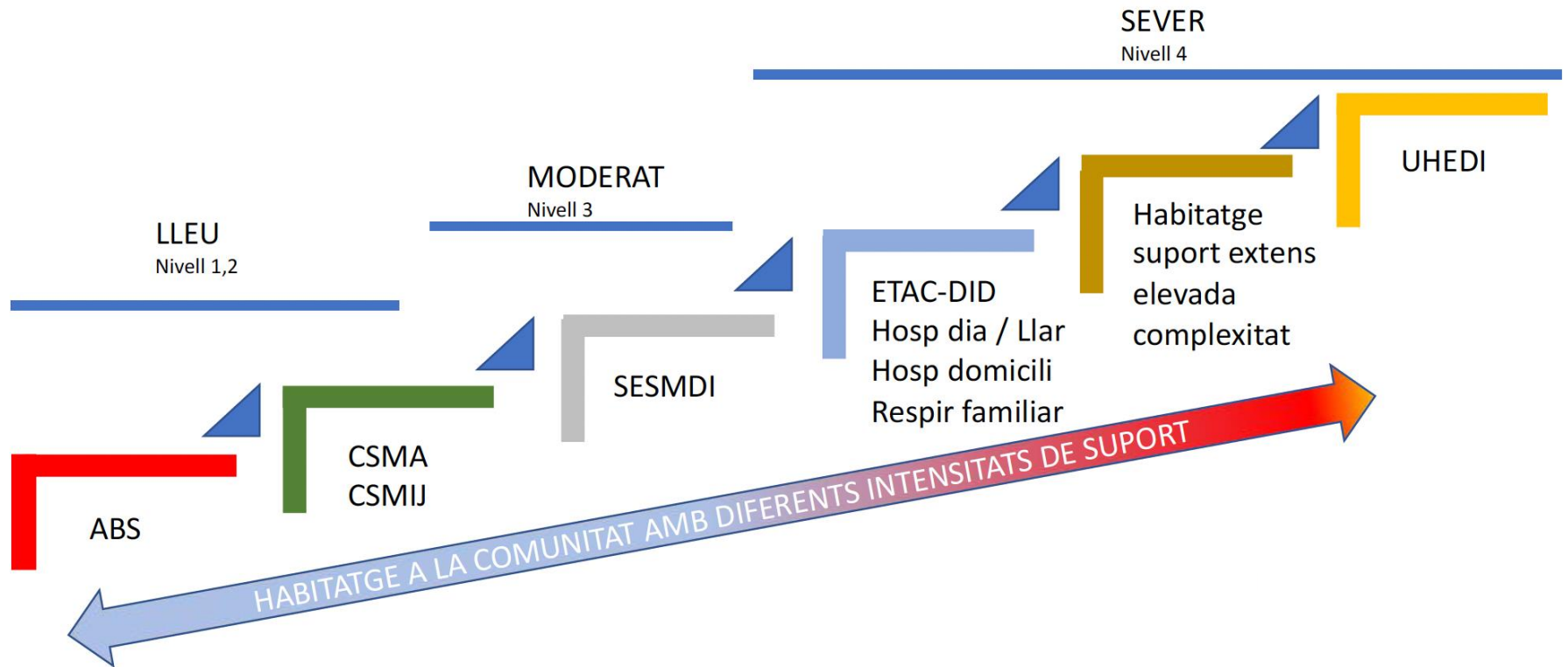
# Xarxa salut mental general vs especialitzada en DI



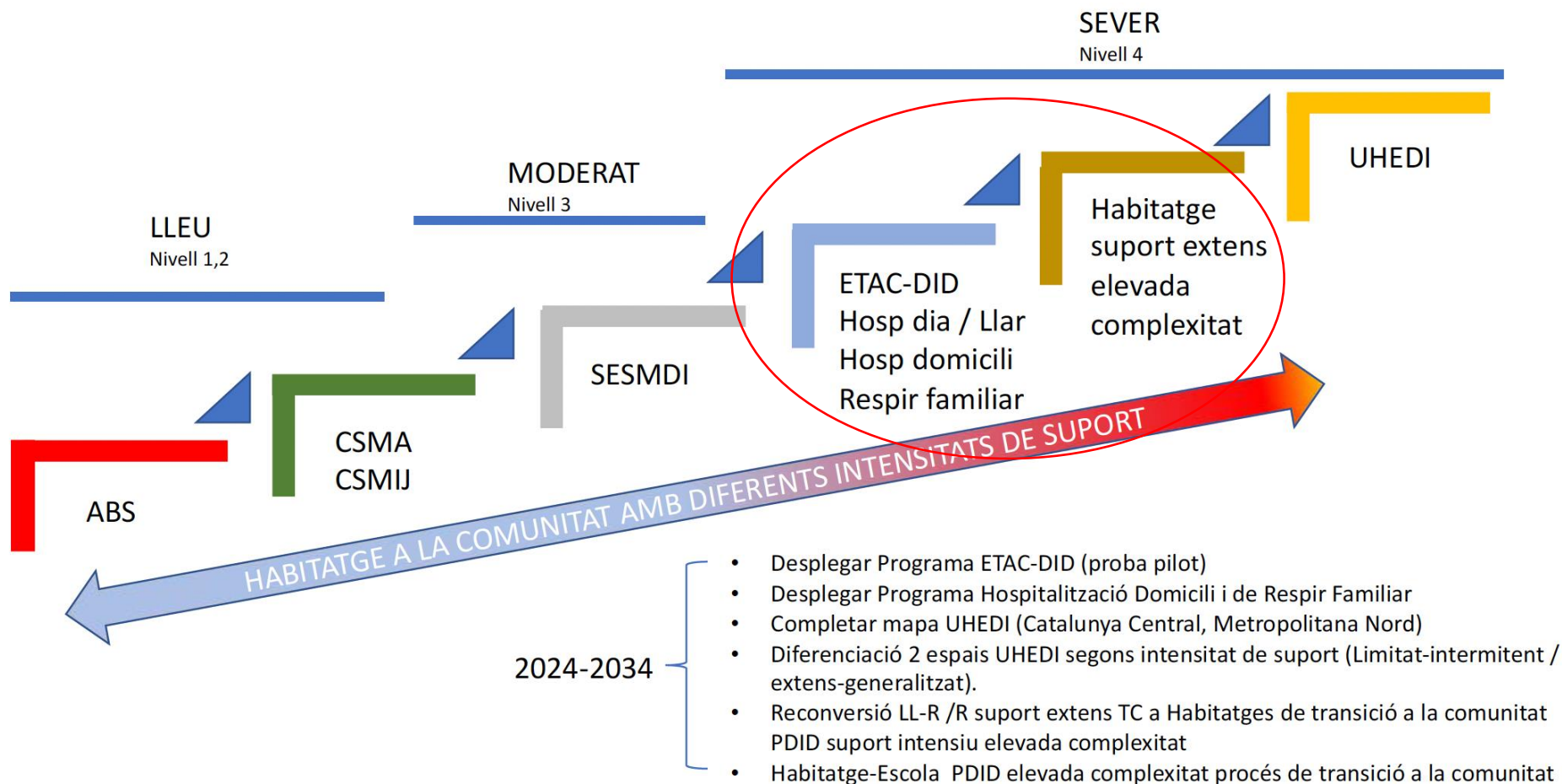
|                                  | Xarxa SM general  | Xarxa SM DI                         |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| Atenció primària                 | RBEC<br>PSP   | --                                  |
| Consulta externa                 | CSMA / CSMIJ / CAS  | SESMDI                              |
| Programes específics comunitaris | PSI<br>PAE-TPI  | --<br>--                            |
| Programes comunitaris intensius  | ETAC<br>Equip Guia<br>ESMAS   | --<br>--<br>--                      |
| Hospitalització parcial          | Hospitals de dia (adolesc/adults)<br>UTCA<br>Hospitalització domiciliàries              | --<br>--<br>--                      |
| Hospitalització                  | Unitat d'aguts<br>Unitat de subaguts<br>Alta dependència psiquiàtrica<br>Patologia Dual | UHEDI                               |
| Urgències                        | Urgències psiquiàtriques  | Urgències psiquiàtriques (generals) |
| Recuperació                      | Servei Rehabilitació Comunitària  | --                                  |

**WARNING**  
**YOU MAY BE**  
**IN A**  
**BLIND SPOT**

# PROPOSTA: El model esglaonat de suports a les PDID amb malaltia mental i/o conductes que preocupen



# PROPOSTA: El model esglaonat de suports a les PDID amb malaltia mental i/o conductes que preocupen



# NIVELL 1

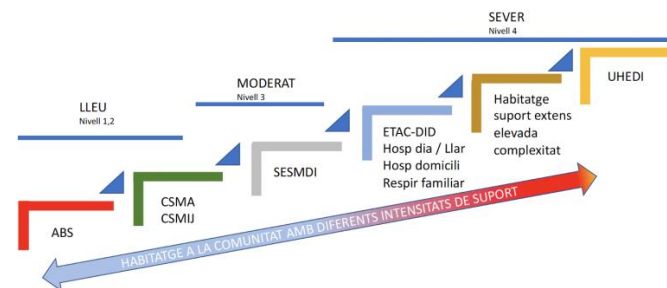


## Serveis de primera línia – Xarxa d'atenció primària

### Objectiu:

- Millorar la capacitat resolutiva i la capacitat d'atenció de l'atenció primària als problemes de salut general i salut mental de les PDID de baixa complexitat
- Fàcil accés a un suport multidisciplinari especialitzat segons sigui necessari (Nivell 2).

Les mesures preventives primàries impliquen una àmplia gamma de serveis generals, com ara les xarxes d'atenció primària, infància, salut mental, habitatge, atenció social, educació i altres que donen suport a les persones que utilitzen els serveis, les seves famílies i les persones cuidadores.



# NIVELL 2



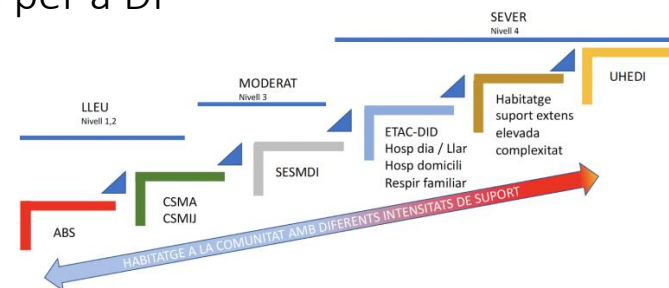
## Xarxa genèrica Salut Mental (CSMIJ, CSMA, CAS, Hdia,..)

### Objectiu:

- Millorar la capacitat resolutiva i la capacitat d'atenció de la xarxa de salut mental genèrica als problemes de salut mental de les PDID de baixa complexitat
- Aproximadament un 70% de les PDID que pateixen alguna malaltia mental podrien ser atesos per la xarxa genèrica de salut mental.

### Es constata, però...

- No tots els professionals de la xarxa genèrica tenen habilitats/coneixements ni recursos per avaluar i atendre a les PDIDSM
- El ritme de treball de la XSM sol ser massa ràpid per a les PDIDSM
- Vulnerabilitat en dispositius hospitalaris no específics per a DI



# NIVELL 3



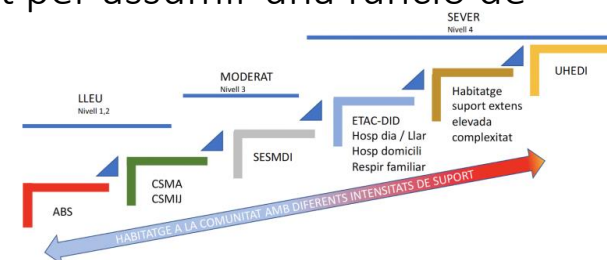
## Serveis terciaris per a PDID amb necessitats complexes (SESMDI)

### Objectiu:

- Proporcionar suport a les PDID amb malaltia mental i/o conductes que preocupen de mitjana complexitat, i a aquelles persones que els donen suport.

### Definició:

- Servei Especialitzat en Salut Mental per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament (SESMDI)
- Servei públic i gratuït que ofereix atenció especialitzada des d'una perspectiva multidisciplinària i comunitària.
- Han de tenir els coneixements, les habilitats i la capacitat per assumir una funció de prevenció i identificació precoç de senyals d'alarma.



# Serveis terciaris per a PDID amb necessitats complexes (SESMDI)



## Funcions:

- Realitzar **avaluacions integrals** exhaustives que abastin aspectes mèdics, psicològics i socials a través d'equips multidisciplinars.
- Dissenyar **plans de tractament adaptats** a les necessitats individuals de cada persona.
- Proporcionar **teràpia psicològica especialitzada**, utilitzant enfocaments adaptats a la capacitat cognitiva de cada individu i seguint el model del suport conductual positiu.
- Involucrar les **famílies** en el procés d'avaluació i d'intervenció. Oferir-los orientació i suport per comprendre i abordar les necessitats dels seus familiars.
- **Formació de personal.** Garantir que es compregui la discapacitat intel·lectual i la salut mental i que s'estigui familiaritzat amb la metodologia de treball.
- Col·laborar amb els professionals de salut mental. **Integració de serveis.**
- Facilitar la **coordinació amb serveis residencials i serveis diürns.**
- Fomentar el **suport a l'autonomia.** Presa de decisions. Qualitat de vida.
- Establir un sistema de monitorització continuada per **avaluar** l'eficàcia dels programes. Realitzar ajustaments en els plans d'intervenció segons calgui, en col·laboració amb els individus i les seves famílies.





# Serveis terciaris per a PDID amb necessitats complexes (SESMDI)

## Situació actual:

- Hi ha 11 SESMDI a tot Catalunya
- El model de treball és molt similar al que es realitza des de la Xarxa Infanto-Juvenil, on la necessitat de suport familiar i de coordinació entre serveis és clau, sobretot en els casos d'elevada complexitat.
- **Principal problema: recursos humans** → no es pot oferir el model d'atenció que es recomana des del PAIcSaMAEC ni les guies internacionals.

### Ratio de persones ateses per psicologia a Girona

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| CSMIJ                            | 1:150          |
| Equip Guia (elevada complexitat) | 1:24           |
| SESMDI                           | <b>1:1.110</b> |

### Ratio de persones ateses per psiquiatria a Girona

|        |              |
|--------|--------------|
| CSMIJ  | 1:433        |
| CSMA   | 1:480        |
| SESMDI | <b>1:687</b> |

# Serveis terciaris per a PDID amb necessitats complexes (SESMDI)



## Situació actual:

- **Visites ambulatories massa espaciades**, insuficient treball en i amb l'entorn, insuficient suport i orientació a les famílies → episodis aguts que es podien haver evitat
- **Manca d'equitat territorial:**
  - Hi ha SESM-DI que atenen també a persones amb FIL i en l'etapa de la infància i l'adolescència
  - Hi ha SESM-DI que només reben finançament públic per atendre dos dies a la setmana
  - Hi ha SESM-DI que atenen a persones que no hagin passat pel CAD
  - Hi ha SESM-DI que no disposen d'infermeria ni de neuropsicologia
  - Els criteris de funcionament no són homogenis
- **Rotació de professionals, sobretot psiquiatria, places vacants** → no revisió del tractament

# Serveis terciaris per a PDID amb necessitats complexes (SESMDI)



## PROPOSTA

- Increment de professionals:
  - Psicologia (principalment)
  - Treball social (per garantir la coordinació i el treball comunitari)
  - Logoteràpia i neuropsicologia (per millorar rigorositat)
- Atendre als infants/adolescents amb DID amb malaltia mental i/o conducta que preocupa de major complexitat
- Desplegar programa FIL
- Proporcionar atenció a domicili o lloc de residència de la persona atesa
- Definir clarament mecanismes de derivació i transició d'etapes evolutives

# NIVELL 4



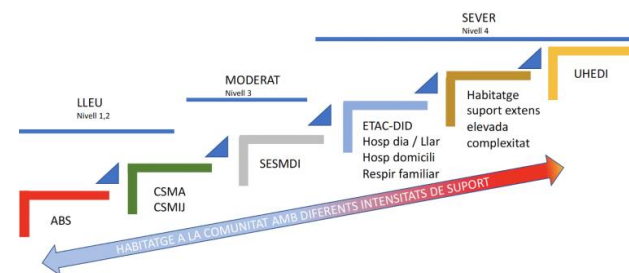
## Serveis d'atenció a l'elevada complexitat: UHEDI i noves accions

### Objectiu:

- Proporcionar suport a les PDID amb malaltia mental i/o conductes que preocupen d'elevada complexitat, i a aquells que els donen suport.

Es tracta de serveis terciaris per a persones amb necessitats complexes relacionades amb conductes que preocupen o de salut mental que requereixen un nivell d'avaluació i intervenció per sobre del previst en el nivell 2 i 3.

El paper del nivell 4 és el de “treballar amb” i “afegir a”, més que el treure l'usuari dels serveis dels nivells de menor intensitat.



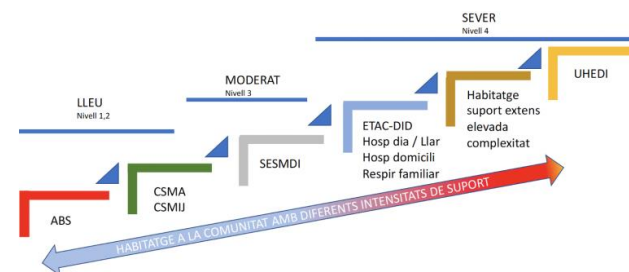
# NIVELL 4



## Serveis d'atenció a l'elevada complexitat: UHEDI i noves accions

### Dispositius:

- Unitat Hospitalària Especialitzada per Persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament (UHEDI)
- Equip de Tractament Assertiu Comunitari (ETAC-DID) (nova acció)
- Habitatge de Transició a la Comunitat (nova acció)
- Habitatge-Escola (nova acció)
- Hospitalització domiciliaria (nova acció)
- Respir familiar (nova acció)



# UHEDI: Unitat Hospitalària Especialitzada per Persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament



Tot i que el model de suports presentat proposa allunyar-se d'una dependència excessiva de l'atenció hospitalària (i altres enfocaments restrictius), les PDID amb problemes de salut mental i/o conductes que preocupen han de poder accedir als serveis d'hospitalització quan ho necessitin.

- Amb el suport adequat en el moment adequat a la comunitat, l'ús dels serveis d'hospitalització hauria de ser **l'excepció**
- Han d'estar **ubicades en els entorns hospitalaris** habituals
- És necessari **evitar la deslocalització**
- 3 funcions bàsiques:
  - Avaluació
  - Tractament
  - Reintegració a la comunitat

El funcionament de la UHEDI ha d'estar intrínsecament vinculat als serveis especialitzats comunitaris de salut mental (SESMDI) i la Xarxa local de Serveis Socials via el **Grup d'Estudi i Derivació (GED)**.

# UHEDI: Unitat Hospitalària Especialitzada per Persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament



## Situació actual:

- Hi ha 4 UHEDI (Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona) amb un total de 65 llits.
- El nombre de UHEDI és insuficient ja que no es disposa a Catalunya Central i Metropolitana nord (Barcelonès, Maresme, Vallés oriental/occidental), que han de derivar els usuaris a Metropolitana sud (Sant Joan de Deu-Sant Boi) si cal un ingrés.
- La UHEDI de Sant Joan de Déu – Sant Boi de Llobregat, està sobredimensionada. Incrementar el nombre de places a cadascuna de les UHEDI existents no és la millor solució (màxim 12 places)
- Dificultat per a coordinació amb la comunitat (entitats proveïdores de suports i famílies)

# UHEDI: Unitat Hospitalària Especialitzada per Persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament



## PROPOSTA

- Desplegament de 2 noves UHEDI:
  - Metropolitana Nord (Consorti Sanitari del Maresme)
  - Catalunya Central (ALTHAIA)
- S'haurien de disposar de 10-15 llits disponibles en qualsevol moment per milió d'habitants (8 UHEDI)
- Diferenciar els espais de la UHEDI en un mínim de dos, per proporcionar suport específic segons el nivell (espai suport intermitent-limitat, màxim 6 llits / espai suport extens-generalitzat, màxim 6 llits).



# UHEDI: Unitat Hospitalària Especialitzada per Persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament



## PROPOSTA

- El/la psiquiatre responsable de la persona al SESMDI hauria d'assumir el seguiment de la persona mentre romangui hospitalitzada.
- Formar i empoderar a els/les responsables d'infermeria per assumir el rol de lideratge i coordinació de la unitat
- Respectar i fer respectar en les coordinacions GED els criteris d'inclusió
- El 90% dels pacients han de ser valorats i, si escau, tractats i després donats d'alta/derivats a altres serveis dins dels 6 mesos següents a l'ingrés.

# NOVA ACCIÓ

## ETAC-DID: EQUIP DE TRACTAMENT ASSERTIU COMUNITARI PER A PDID

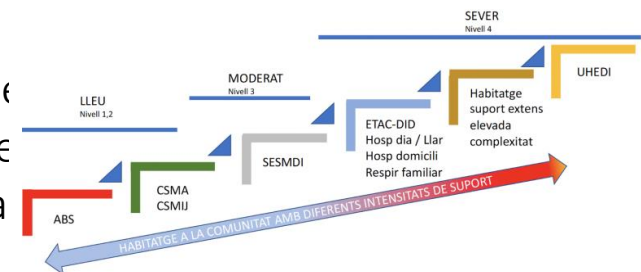


Model assistencial “Assertive Community Treatment (ACT)”, basat en el treball d’equip multidisciplinari de base comunitària, amb més de tres dècades de trajectòria. Avalat nacionalment i internacional.

S’ha demostrat que **els equips de suport intensiu són claus per promoure la desinstitucionalització perllongada i permetre que les PDIDSM més complexes puguin viure a la comunitat.**<sup>1</sup>

El programa ETAC té un sòlid fonament legal i és respectuós amb els principis jurídics que presideixen la intervenció en salut mental:

- és un model d'atenció no intrusiu de la llibertat personal
- afavoreix l'autonomia i la independència del pacient
- és assertiu, ja que l’equip es limita a oferir la seva ajuda
- és participatiu, ja que la implicació del pacient en



<sup>1</sup>Hassiotis A et al. Intensive support for adults with intellectual disability and behaviours that challenge: a survey of provision and service typologies in England. BJPsych Open (2020) 6, e20, 1–8.

# ETAC-DID: EQUIP DE TRACTAMENT ASSERTIU COMUNITARI PER A PDID



## PROPOSTA

- L'ETAC-DID ha de donar suport als casos molt complexes quan els plans d'atenció duts a terme en el nivell 3 no han estat efectius.
- Ha d'estar integrat al SESMDI i s'ha de coordinar amb altres recursos de la xarxa de salut mental genèrica (CSMIJ, CSMA, CAS, etc) i especialitzada (UHEDI).
- L'objectiu ha de ser **reduir/gestionar les conductes que preocupen, treballant des d'una perspectiva multidimensional i col·laborativa amb tots aquells que tenen relació amb la persona en el seu propi entorn** (diferents modalitats d'habitatge, espais de dia, comunitat), **reduint/prevenint la necessitat d'utilitzar** pràctiques restrictives, **hospitalitzacions**, deslocalitzacions i institucionalitzacions residencials.

# ETAC-DID: EQUIP DE TRACTAMENT ASSERTIU COMUNITARI PER A PDID



## PROPOSTA

Basant-nos amb altres països que han desenvolupat programes similars a ETAC-DID, caldria:

- 1 equip ETAC-DID per 1 milió de població general
- Els membres treballen com a equip, no com a grup de professionals individuals
- Atenció continuada i urgent dels casos
- Personal:
  - 1 psiquiatre/a especialista en DI (SESMDI)
  - 2 psicòlegs/gues especialistes en DI
  - 1 infermer/a especialista en DI
  - 1 treballador/a social
- La prestació de suports intensius està limitada en el temps (3 a 6 mesos) i es deriva a nivells de menor intensitat de suport (3) o major suport si es requereix.

# NOVA ACCIÓ

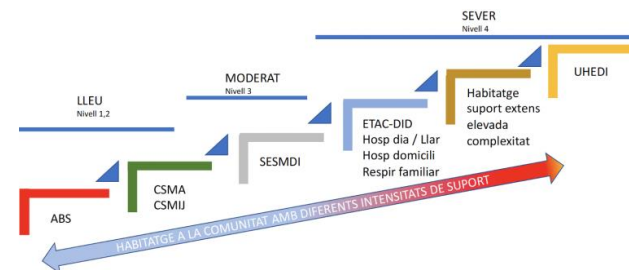
## HABITATGE DE TRANSICIÓ A LA COMUNITAT



Principis per a la protecció dels malalts mentals i el millora de l'atenció de la salut mental. ONU, 1991.

- Principi 3: Tota persona que pateixi una malaltia mental tindrà dret a viure i a treballar, en la mesura del possible, a la comunitat”,
- Principi 7.1: “Tota persona amb malaltia mental tindrà dret a ser tractada i atesa, a la mesura del possible, a la comunitat on viu”.

OMS, 2023. Aposta decididament per la desenvolupar serveis comunitaris que substitueixin l'atenció institucionalitzada



# NOVA ACCIÓ

## HABITATGE DE TRANSICIÓ A LA COMUNITAT



Principis per a la protecció dels malalts mentals i el millora de l'atenció de la salut mental. ONU, 1991.

- Principi 3: Tota persona que pateixi una malaltia mental tindrà dret a viure i a treballar, en la mesura del possible, a la comunitat”,
- Principi 7.1: “Tota persona amb malaltia mental tindrà dret a ser tractada i atesa, a la mesura del possible, a la comunitat on viu”.

OMS, 2023. Aposta decididament per la desenvolupar serveis comunitaris que substitueixin l'atenció institucionalitzada

Les evidències indiquen que les PDID amb conductes que ens preocupen o problemes de salut mental que viuen en entorns **comunitaris** gaudeixen d'una **millor qualitat de vida, redueixen les conductes que preocupen** i tenen **major participació** en activitats significatives per a elles en comparació amb les que viuen en entorns residencials institucionals<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>Thomson i cols, 1996; Mansell 2011; NHS Cardiff, Wales

# HABITATGE DE TRANSICIÓ A LA COMUNITAT



## Situació actual:

- Incoherència entre el decret 318/2006 (acolliment residencial) i la cartera de serveis
- Els serveis de llar residència han d'estar associats a STO o STO-A
- La majoria de STO exclouen a persones amb PDID i TC
- Residències són incompatibles amb mòdul STO

## Es constata que:

- La classificació per tipus d'establiments ha portat a orientar i valorar a la persona posant l'èmfasi en la tipologia de servei més que en la intensitat de suports que la persona necessita. Rigidesa.
- L'etiqueta "trastorn de conducta" determina de "per vida" el tipus de recurs on podrà assistir.

# HABITATGE DE TRANSICIÓ A LA COMUNITAT



## Situació actual:

- Incoherència entre el decret 318/2006 (acolliment residencial) i la cartera de serveis
- Els serveis de llar residència han d'estar associats a STO o STO-A
- La majoria de STO exclouen a persones amb PDID i TC
- Residències són incompatibles amb mòdul STO

**WARNING**  
**YOU MAY BE**  
**IN A**  
**BLIND SPOT**

## CONVOCATÒRIA 2024: projectes experimentals

- Actuació106: Disseny i aplicació d'una estratègia de transició per a la progressiva desinstitucionalització de les persones amb discapacitat o dependència en el marc del dret a viure de manera independent i a ser inclòs en la comunitat

**CRITERIS D'EXCLUSIÓ: TC, consum de tòxics, IA.**



# HABITATGE DE TRANSICIÓ A LA COMUNITAT



## PROPOSTA

- Suprimir l'orientació actual en Trastorn de Conducta i especificar les necessitats de suport individuals de cada persona (físiques, mentals, conductuals).
- Fomentar l'heterogeneïtat en la intensitat de suports de les persones que conviuen en un mateix habitatge amb suports.
- Aturar la posada en funcionament de residències per a PDID i Trastorns de la conducta
- Reconvertir progressivament de les actuals residències per a PDID amb suport extens per TC en habitatges per a PDID amb necessitat de suport extens relacionat amb la conducta que preocupa

# HABITATGE DE TRANSICIÓ A LA COMUNITAT



## PROPOSTA

Tot i així, hi haurà casos de molt elevada complexitat que requeriran suports intermitjos entre l'hospitalització / institucionalització i la comunitat. Es proposa:

CONVOCATÒRIA 2025: projectes experimentals

- Atenció en **habitatges de transició a la comunitat** per a PDID d'elevada complexitat en el procés d'alta hospitalària de llarga durada o en procés de desinstitucionalització residencial. Màxim 5 persones. **Estada mitjana de \_\_\_\_\_**.  
→ TC no serà criteri d'exclusió.
- Assistència personal per a infants, adolescents, joves i adults amb DID amb malaltia mental i/o conducta que preocupa, amb l'objectiu d'avaluar el paper que pot jugar la figura de l'assistent personal en moments complicats complexos de la vida d'aquestes persones.

# NOVA ACCIÓ

## LLAR de DIA / HABITATGE ESCOLA per a PDIDSM



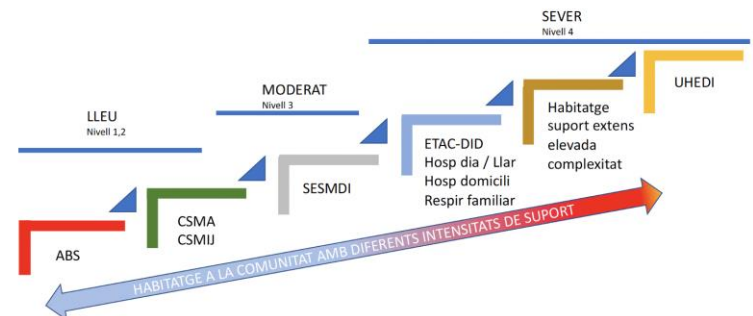
Els programes de rehabilitació comunitària en salut mental contempnen el servei de “pis escola” com un recurs pont entre l’hospitalització i la comunitat dirigit a persones amb trastorn mental greu.

L’objectiu és fer un apropament a una vida més autònoma a la comunitat sense trencar de forma brusca el vincle amb la hospitalització/ institucionalització.

Les persones usuàries posen en pràctica les habilitats per al seu bon desenvolupament futur en un habitatge a la comunitat amb menor intensitat de suports, amb l’aprenentatge de les tasques domèstiques i de la vida quotidiana durant aquest període de transició.



### PDID excloses



# LLAR de DIA / HABITATGE ESCOLA per a PDIDSM



## PROPOSTA

- Adreçat a les PDID que presenten trastorn mental i/o conductes que preocupen d'elevada complexitat en fase d'estabilització
- Representa un pas a mig camí entre l'hospitalització a la UHEDI o en un entorn residencial i la vida a la comunitat
- Els professionals de suport directe treballen amb cada PDID els aspectes del programa en funció de les necessitats de cadascú aplicant el model de SUPORT ACTIU .

# NOVA ACCIÓ

## HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA



Hospitalització domiciliària en salut mental:

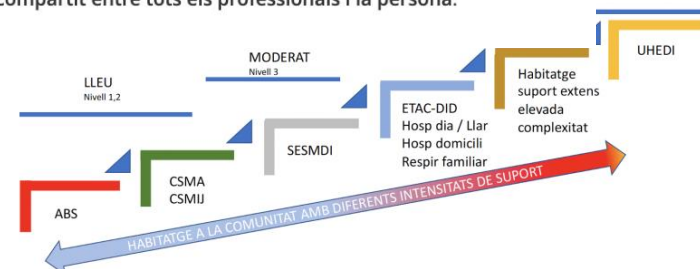
- Objectiu: objectiu oferir assistència al moment de la crisi i un tractament domiciliari intensiu com a alternativa a l'ingrés hospitalari.
- Més de 30 anys de recorregut a nivell internacional.

Programa d'Atenció Integrada a l'Entorn Domiciliari (Dep Salut – Dep Drets Socials, 2022)



El model d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari vol promoure el domicili com al lloc natural d'atenció de les persones i dels seus cuidadors, d'acord amb les seves necessitats, valors i preferències.

Aquest model fomenta l'atenció proactiva, integral i integrada, a partir d'un pla d'atenció únic i compartit entre tots els professionals i la persona.



# HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA

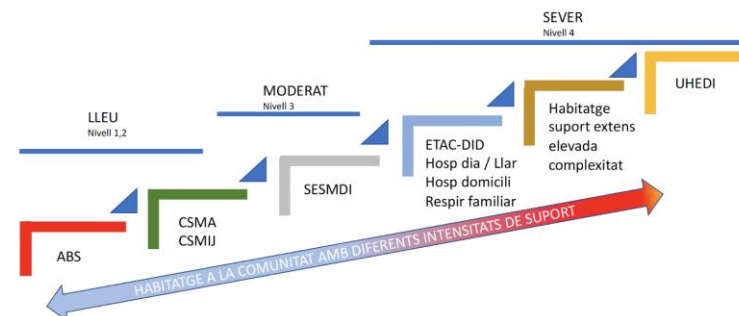


Programa d'Atenció Integrada a l'Entorn Domiciliari (Dep Salut – Dep Drets Socials, 2022)

Entre els destinataris hi ha:

- **Persones amb discapacitat (física, cognitiva o sensorial) o trastorns de conducta** que requereixen suport al domicili, atès que l'entorn cuidador no pot cobrir les seves necessitats adequadament perquè visquin de manera autònoma, o que es troben en situació de risc de claudicació degut a l'elevat grau de suport i la intensitat de l'atenció al llarg de les 24 hores del dia.

→ Desplegament territorial: no queda clar si les PDID amb conductes que preocupen estan incloses.



# HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA



## PROPOSTA

- Incloure les PDID de qualsevol edat amb malaltia mental i/o conductes que preocupen d'elevada complexitat en els programes d'hospitalització domiciliaria disponibles en la xarxa de salut mental
- Incloure les PDID amb malaltia mental i/o conductes que preocupen d'elevada complexitat en el PAID quan es necessiti major suport de professionals d'atenció directa segons la intensitat de suports de cada persona en cada moment vital, sent flexible segons les necessitats.
- L'hospitalització domiciliària ha de ser assumida per la xarxa de salut mental especialitzada (SESMDI i ETAC-DID) quan la complexitat (nivell 3 i 4) sobrepassi les capacitats del nivell 2 (xarxa genèrica de salut mental).

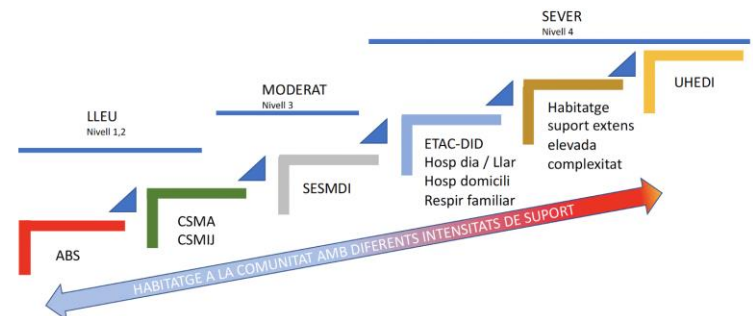
# NOVA ACCIÓ

## RESPIR FAMILIAR



L'article 28 de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) **obliga els estats a proporcionar suport a les famílies amb programes de respir** (ONU 2006), si bé el seu desplegament a dia d'avui és del tot insuficient.

El respir es defineix com “**qualsevol servei que ofereix alleujament temporal als cuidadors per preservar les funcions de cuidador**” i acumula beneficis per a la persona amb DID, les persones cuidadores i la família, com millora de la salut mental, la salut física, l'afrontament, les finances, la qualitat de vida familiar, les relacions socials, reducció de l'estrés i disminució de l'abús i de la institucionalització.





# RESPIR FAMILIAR

**WARNING**

**YOU MAY BE  
IN A  
BLIND SPOT**



## Situació actual:

- Poques entitats proveïdores a Catalunya
- No disposar de programes de suport intensiu a la comunitat (ETAC-DI) dificulta mantenir a la PDIDSM en l'entorn familiar.
- No disposar de programes de formació dirigits a les famílies sobre suport a la elevada complexitat i maneig de l'estrés dificulta mantenir a la PDIDSM en l'entorn familiar.
- **Quan les PDIDSM tenen necessitats relacionades amb conductes que preocupen d'elevada complexitat, són excloses dels serveis de respir.**

## CONVOCATÒRIA 2024: línia 1.8.13.

Ofereix la possibilitat de desenvolupar projectes experimentals en forma de serveis de respir adreçats a les famílies de persones amb discapacitat, persones amb problemes de salut greu prioritàriament en situació de dependència o persones en situació d'addicció que impliquen l'ingrés d'aquestes persones en un centre residencial.

Excepcionalment el servei de respir residencial es pot fer en altres tipus d'instal·lacions amb l'acompanyament professional adequat per atendre les necessitats de les persones, ex: al domicili.

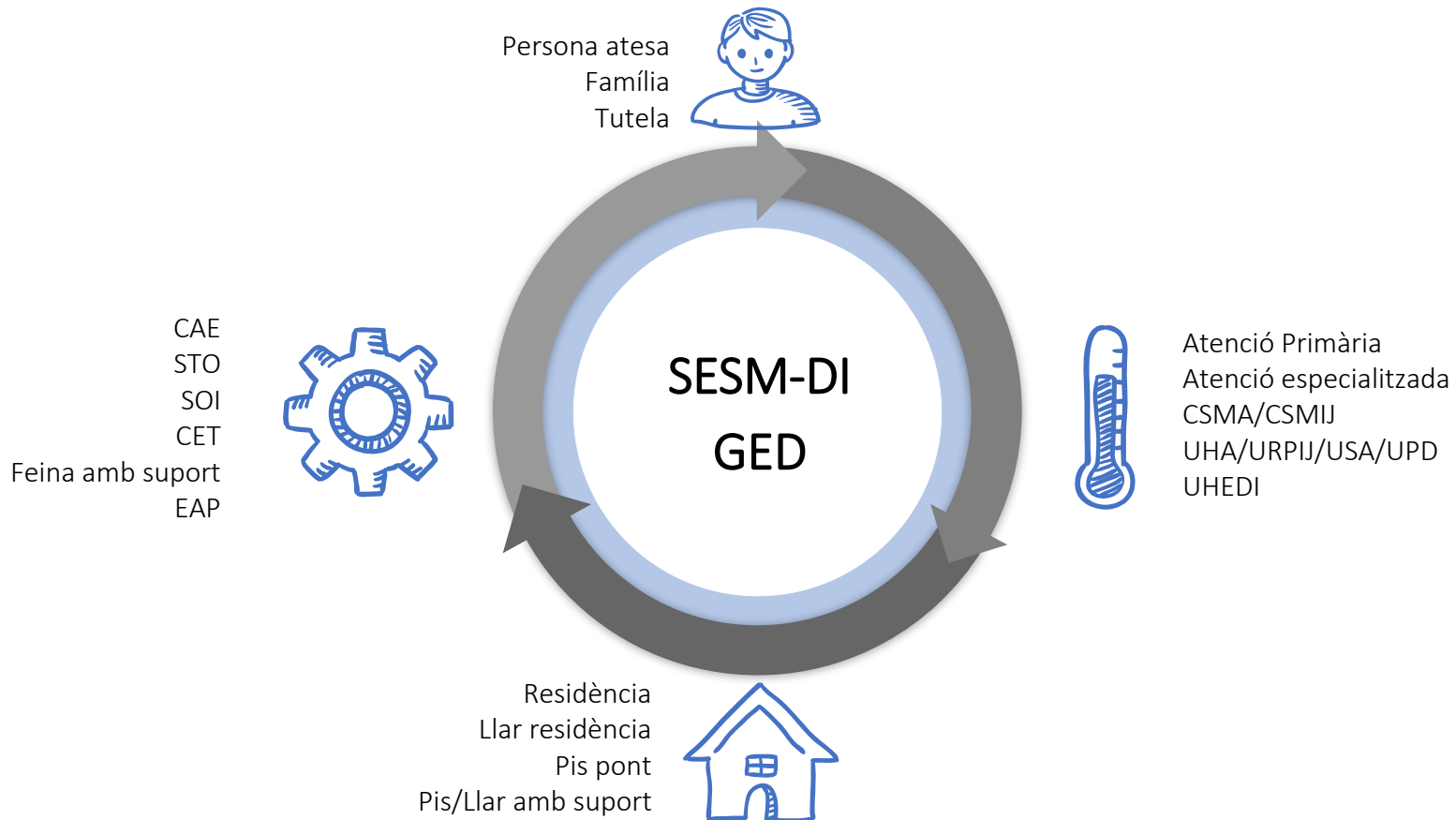
# HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA



## PROPOSTA

- Desplegar els suports de Respir familiar (professionals i moduls econòmics) en els entorns domiliaris sempre que sigui possible.
- El personal acudirà al domicili familiar i acompanyarà la PDIDSM a les activitats dins de la comunitat alhora que assessorarà
- El personal formarà a la família en la gestió de conductes que preocupen.

# COORDINACIÓ: GRUP D'ESTUDI I DERIVACIÓ (GED)



# COORDINACIÓ: GRUP D'ESTUDI I DERIVACIÓ (GED)



## Situació actual:

- Es tracta d'un òrgan mixt (Departaments de Salut i de Drets Socials) per l'estudi i valoració dels casos, i presa de decisió sobre la derivació.
- Actualment tots els SESM-DI tenen un GED de referència

## Es constata:

- Divergències entre els diferents GED en el territori (model de treball, lideratge, freqüència de convocatòries, membres i compromís dels membres que hi participen, etc)
- **Compromís dèbil de responsables de l'Administració** a considerar el GED com a la clau de la coordinació entre diferents agents.
- Nul·la participació de la PDIDSM i dels seus representants.
- Elevat risc d'edevenir una "agència de cerca i ubicació de places" quan les PDIDSM són excloses dels serveis (proveïdors) que tenen la responsabilitat de proporcionar el suport.

# COORDINACIÓ: GRUP D'ESTUDI I DERIVACIÓ (GED)



## PROPOSTA

- El/la cap de servei territorial d'atenció a les persones del Departament de Drets Socials, o la persona en la que delegui. Exerceix la funció de coordinador del grup.
- Seguir un mètode de treball que vetlli per la desinstitucionalització i estigui centrat en la persona i amb la persona.
- Planificar els suports de manera individual. Això és possible si les dotacions econòmiques destinades a la prestació de serveis i suports són flexibles i individualitzades (pressupostos personals)

# Gràcies!

[Aida.palacin.ias@gencat.cat](mailto:Aida.palacin.ias@gencat.cat)

Salut/ **IAS** Institut  
d'Assistència  
Sanitària

 Generalitat de Catalunya  
**Departament de la Presidència**

