



# Organització de l'atenció a persones en situació de dependència

CFGM.APD.M01/0.19

Atenció a persones en situació de dependència



Aquesta col·lecció ha estat dissenyada i coordinada des de l'Institut Obert de Catalunya.

*Coordinació de continguts*

Mari Carmen Herrero

*Redacció de continguts*

Susana Pinto Prat

Elisabet Jansà Maestre

Maria Raquel Rodríguez Rabaneda

*Agraïments*

Federació Ecom, especialment a María José Moya, responsable de l'Àrea d'Autonomia Personal i Vida Independent, per les seves aportacions sobre la figura de l'assistent personal.

Aegerus, empresa de software de gestió de centres residencials, atenció domiciliària, etc., per la seva disposició a poder utilitzar imatges de la seva eina.

María del Carmen Serrano Aused, Cristina Martínez Hurtado i Laura Hidalgo Fernández, per les seves aportacions com a professionals de l'àmbit educatiu.

Primera edició: setembre 2019

© Departament d'Educació

Dipòsit legal:



Llicenciat Creative Commons BY-NC-SA. (Reconeixement-No comercial-Compartir amb la mateixa llicència 3.0 Espanya).

Podeu veure el text legal complet a

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/legalcode.ca>



## Introducció

El mòdul *Organització de l'atenció a persones en situació de dependència* forma part del cicle d'atenció a persones en situació de dependència i se centra a conèixer els recursos i els professionals que intervenen davant d'una situació de dependència, així com els aspectes bàsics i l'execució de la intervenció sociosanitària, les normes arquitectòniques d'accessibilitat als espais i la documentació relativa a l'atenció a la dependència.

En el marc de les qualificacions professionals, els professionals d'atenció a la dependència han d'aconseguir la competència general d'atendre les persones en situació de dependència, en l'àmbit domiciliari i institucional, a fi de mantenir i millorar la seva qualitat de vida, realitzant activitats assistencials, no sanitàries, psicosocials i de suport a la gestió domèstica, aplicant mesures i normes de prevenció i seguretat, i derivant-les a altres serveis quan sigui necessari.

Els continguts del mòdul s'organitzen en unitats, cadascuna de les quals serà avaluada seguint els criteris d'avaluació establerts curricularment.

La primera unitat, "**Context d'intervenció**", està formada per dos apartats. En el primer, "Programes, serveis i recursos d'atenció a persones en situació de dependència", s'explica l'evolució del concepte de dependència i la intervenció que es fa a escala europea, estatal i autonòmica; també s'expliquen els recursos existents i els passos per tramitar una situació de dependència. Al segon apartat, "Els professionals dels serveis d'atenció a persones en situació de dependència", es parla sobre els professionals que hi intervenen i el treball en equip.

La segona unitat, "**Planificació i execució de la intervenció**", es divideix en tres apartats, dedicats a la planificació i execució de la intervenció en persones en situació de dependència a l'àmbit residencial, educatiu i domiciliari.

La tercera unitat, "**Gestió de la documentació**", també es divideix en tres apartats, que tracten la gestió de la documentació en l'àmbit residencial, domiciliari i educatiu.

L'última unitat, "**Accessibilitat als espais**", té dos apartats, un d'ells dedicat als edificis i espais destinats a persones en situació de dependència, i l'altre, als ajuts tècnics i mobiliari adaptat.

Per assolir els continguts del mòdul és important que els alumnes estudiïn els continguts i facin les activitats d'aprenentatge i d'autoavaluació proposades abans de desenvolupar els diferents exercicis avaluable de cada unitat. Als materials s'hi recullen resums, adreces d'interès, glossari i bibliografia complementària que poden ajudar a complementar i ampliar els continguts d'aquestes unitats.



## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquest mòdul l'alumne/a:

### **Context de la intervenció sociosanitària**

1. Interpreta programes d'atenció a les persones en situació de dependència relacionant el model organitzatiu i de funcionament amb el marc legal vigent.

### **Organització de la intervenció sociosanitària**

1. Organitza la seva intervenció amb les persones en situació de dependència seleccionant les estratègies en funció de les seves característiques i les directrius del programa d'intervenció.
2. Organitza els recursos necessaris per a la seva intervenció relacionant el context on desenvolupa la seva activitat amb les característiques de les persones en situació de dependència.
3. Gestiona la documentació bàsica de l'atenció a persones en situació de dependència relacionant-la amb els objectius de la intervenció.





## **Continguts**

### **Context de la intervenció sociosanitària**

#### **Unitat 1**

Context de la intervenció sociosanitària

1. Programes, serveis i recursos d'atenció a persones en situació de dependència
2. Els professionals dels serveis d'atenció a persones en situació de dependència

### **Organització de la intervenció sociosanitària**

#### **Unitat 2**

Planificació i execució de la intervenció

1. Intervenció en l'àmbit residencial
2. Intervenció en l'àmbit educatiu
3. Intervenció en l'àmbit domiciliari

#### **Unitat 3**

Gestió de la documentació

1. Documentació en l'àmbit residencial
2. Documentació en l'àmbit educatiu
3. Documentació en l'àmbit domiciliari

#### **Unitat 4**

Accessibilitat als espais

1. Edificis i espais destinats a persones en situació de dependència
2. Ajuts tècnics i mobiliari adaptat



# Context de la intervenció socio sanitària

Susana Pinto

Organització de l'atenció a persones en situació de  
dependència



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Programes, serveis i recursos d'atenció a persones en situació de dependència</b>	<b>9</b>
1.1 Origen i història general de l'atenció a persones en situació de dependència	9
1.1.1 Edat mitjana	10
1.1.2 Edat moderna (Renaixement)	11
1.1.3 Edat contemporània	12
1.2 Evolució històrica a Europa, Espanya i Catalunya	15
1.2.1 Evolució a Europa	15
1.2.2 Evolució a Espanya	16
1.2.3 Evolució a Catalunya	20
1.3 Normativa respecte a l'atenció a persones en situació de dependència	22
1.3.1 Normativa internacional	22
1.3.2 Normativa europea	24
1.3.3 Normativa espanyola	27
1.3.4 Normativa catalana	32
1.4 Organització del sistema públic de serveis socials a Catalunya	33
1.4.1 Cartera de Serveis Socials a Catalunya	36
1.4.2 Ajudes i tipus	37
1.4.3 Recursos i equipaments	37
1.4.4 Prestacions econòmiques	44
1.5 Àmbits d'actuació en funció del perfil de persona en situació de dependència	44
1.5.1 Àmbit domiciliari	44
1.5.2 Àmbit educatiu	45
1.5.3 Àmbit institucional i/o residencial	45
1.6 Principals perfils de situació de dependència	47
1.6.1 Persones grans	47
1.6.2 Persones amb diversitat funcional	48
1.6.3 Persones amb malalties mentals	48
1.7 Procediment de valoració del grau de dependència	48
1.8 Programa individual d'atenció	52
1.8.1 Pla individual d'atenció integral i pla individual de vida independent	53
1.9 Cultura de vida independent	54
<b>2 Els professionals dels serveis d'atenció a persones en situació de dependència</b>	<b>57</b>
2.1 Origen de l'equip interdisciplinari en els serveis d'atenció a les persones en situació de dependència	57
2.2 Instruments objectius per mesurar les necessitats bàsiques	60
2.3 El grup o l'equip de treball	62
2.3.1 Equip de treball	63
2.4 La coordinació dels equips de treball	67

2.5	La supervisió dels equips de treball . . . . .	70
2.6	La comunicació entre els membres de l'equip . . . . .	71
2.7	Les tècniques del treball en equip . . . . .	73
2.7.1	Reunió . . . . .	73
2.7.2	Tècniques interrogatives . . . . .	75
2.7.3	Estudi de casos . . . . .	76
2.8	Organització de la feina dels equips de treball . . . . .	77
2.9	Els objectius en la intervenció . . . . .	81
2.10	Els professionals de l'equip interdisciplinari i les seves tasques . . . . .	82
2.10.1	Habilitats dels professionals dintre de l'equip de treball . . . . .	82
2.10.2	Perfil i tasques professionals de l'equip de treball . . . . .	83
2.11	Paper dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència . . . . .	86
2.11.1	Tasques dels tècnics en atenció a les persones en situació de dependència en l'entorn institucional . . . . .	88
2.11.2	Tasques dels tècnics en atenció a les persones en situació de dependència en l'entorn domiciliari . . . . .	89
2.11.3	Tasques dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència en l'entorn educatiu . . . . .	90
2.12	Riscos laborals dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència . . . . .	91
2.12.1	Els tècnics davant dels riscos ergonòmics i psicosocials . . . . .	91
2.13	Codi deontològic o codi ètic . . . . .	93
2.13.1	Exemple de codi deontològic dels treballadors socials . . . . .	94

## Introducció

Al llarg de la història, l'atenció a les persones en situació de dependència ha sofert diferents evolucions, passant de models més assistencials a models més educatius o models d'atenció més centrats en les persones.

L'evolució no ha estat només històrica sinó que també hi hagut un desplegament diferent en funció de la zona geogràfica, sobretot després de la Segona Guerra Mundial, quan van aparèixer els diferents models d'estat del benestar. En ple segle XXI, els canvis demogràfics i socials que s'estan produint no tan sols al nostre país, sinó també dins de la Unió Europea, estan provocant un augment progressiu de la població en situació de dependència. Les estadístiques ens informen d'un important creixement de la població de més de seixanta-cinc anys, que en aquests últims anys s'ha duplicat enormement, així com d'un augment considerable de les persones amb dependència derivades de malalties o discapacitats.

El nostre país, en aquests últims anys, ha patit crisis importants, no tan sols econòmiques, sinó també demogràfiques, la qual cosa ha provocat que no es poguessin cobrir totes les necessitats destinades a les persones en situació de dependència.

Aquesta situació ha fet que la intervenció de l'Estat per pal·liar aquesta greu situació desencadenés en la creació de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

En el primer apartat d'aquesta unitat, "**Programes, serveis i recursos d'atenció a persones en situació de dependència**", estudiareu l'evolució del concepte de dependència, en l'àmbit històric i normatiu, tant a escala europea, com estatal i/o autonòmica. També analitzareu la posada en marxa de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, pel que fa a la valoració d'una persona dependent, el reconeixement del seu grau de dependència i els recursos o serveis a què pot optar. Finalment, estudiareu el moviment de la cultura de la vida independent.

En el segon apartat, "**Els professionals dels serveis d'atenció a persones en situació de dependència**", estudiareu el perfil professional dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència, les seves funcions i tasques, competències i capacitats. També analitzareu què és un equip de treball, com s'organitza, quines tècniques de treball s'utilitzen i altres aspectes com els riscos ergonòmics i psicosocials o el codi deontològic de la professió.





## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Interpreta programes d'atenció a les persones en situació de dependència relacionant el model organitzatiu i de funcionament amb el marc legal vigent.

- Compara les normatives en matèria d'atenció a les persones en situació de dependència en l'àmbit europeu, estatal, autonòmic i local.
- Descriu els diferents models i serveis d'atenció a les persones en situació de dependència.
- Identifica els requisits i les característiques organitzatives i funcionals que han de reunir els serveis d'atenció a les persones en situació de dependència.
- Descriu les estructures organitzatives i les relacions funcionals tipus dels equipaments residencials dirigits a persones en situació de dependència.
- Descriu les funcions, nivells i procediments de coordinació dels equips interdisciplinaris dels serveis d'atenció a les persones en situació de dependència.
- Identifica els recursos humans necessaris per garantir l'atenció integral de les persones en situació de dependència.
- Identifica les funcions dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència, l'equip interdisciplinari de les diverses institucions i serveis per a l'atenció a les persones en situació de dependència.
- Argumenta la importància d'un equip interdisciplinari en l'atenció a les persones en situació de dependència.
- Desenvolupa actituds positives en les argumentacions i valoracions de la importància de les relacions interdisciplinàries i intradisciplinàries.
- Valora la importància de la necessitat de la interpretació de la informació legal, normativa, organitzativa i funcional.
- Coneix el fonament del moviment de cultura independent i les organitzacions des d'on s'estructura. (\*)
- Participa en la presa de decisions de l'equip de treball a través dels instruments i tècniques establertes per a fer-ho. (\*)

(\*) Aquests criteris d'avaluació no consten al currículum dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència però es considera que també és important avaluar si l'alumne coneix aquest dos aspectes del material.



## 1. Programes, serveis i recursos d'atenció a persones en situació de dependència

L'atenció a les persones en situació de dependència ha sofert canvis al llarg de la història i, per tant, la seva evolució ha estat diferent segons el període històric i segons el país on s'ha desenvolupat.

Per tal de conèixer millor el perfil professional dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència, és important fer un repàs de com ha estat el seu origen i com ha anat evolucionant l'atenció a la dependència tenint en compte el moment historicopolític i les necessitats socials de cada període.

Les diferents formes d'ajuda han evolucionat al llarg dels anys cap a la professionalització, fruit de les polítiques socials i de la intervenció de l'Estat per garantir els drets socials a la ciutadania, a través de recursos, serveis i prestacions.

La Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), contempla la següent definició del terme *dependència*:

La **dependència** és l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones a qui, per raons derivades de l'edat, d'una malaltia o d'una discapacitat, i lligades a la falta o pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, els cal l'atenció d'una altra persona i/o d'ajudes importants per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària o, com en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres suports per a la seva autonomia personal.

LAPAD (Article 2.2).

Consulteu el currículum dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència a l'apartat d'"Annexos" i reviseu les definicions del glossari del mòdul respecte als conceptes de discapacitat i autonomia.

### 1.1 Origen i història general de l'atenció a persones en situació de dependència

L'evolució de la societat i la situació política que ha viscut cada país en un moment determinat han fet que avui dia tinguem diferents maneres d'atendre les persones en situació de dependència, i que, en l'àmbit polític i estructural, hi hagi diferents tipus d'estat de benestar.

**L'estat del benestar** fa referència al conjunt d'intervencions desenvolupades pels poders públics per garantir uns serveis mínims a la ciutadania i protecció davant de situacions de risc.

És important també destacar que al llarg de la història la cooperació o ajuda entre iguals ha estat sempre present, però amb diferents graus d'intensitat i amb

diferents protagonistes. Actualment es pot observar com els llaços de solidaritat i d'ajuda mútua s'han anat esvaint i han donat lloc a una societat cada cop més individualista.

### 1.1.1 Edat mitjana

La relació d'ajuda entre iguals en l'edat mitjana evoluciona i diferents institucions ocupen aquest espai.

L'Església esdevé el primer exemple d'aquesta relació, sota el concepte de la caritat. Les persones pobres necessiten la caritat de la gent rica i benestant, la qual rep la redempció dels seus pecats, i com a bons cristians es guanyen el cel.

Gràcies a la relació d'ajuda entre ambdues parts, l'Església es converteix en la institució referent en l'atenció a les persones en situació de vulnerabilitat i per tant precursora del que coneixem avui en dia com a serveis socials. Les parròquies són el nucli central d'aquesta assistència i amb una xarxa d'hospitals completen els recursos assistencials de l'època.

En aquest quadre de François Bonvin, anomenat *La charité*, s'observa com a les portes de les parròquies es concentren persones pobres per rebre la caritat de les religioses (vegeu figura 1.1).

FIGURA 1.1. Edat mitjana



Font: "La charité", François Bonvin. Wikipedia.

---

La protecció social és la intervenció pública o privada que s'ofereix a les persones davant de situacions de necessitat o de risc.

---

#### La pobresa a l'edat mitjana

La pobresa a l'edat mitjana és una situació habitual en la qual el pobre és un component més de la societat. Resulta fàcil caure en la pobresa, especialment les persones que no

pertanyen a la classe noble i depenen del treball, ja que no disposen d'una protecció social, almenys tal com l'entendem avui en dia.

### 1.1.2 Edat moderna (Renaixement)

Els grans canvis socials, econòmics, demogràfics, científics, religiosos i polítics del Renaixement afecten també el concepte de pobresa i les maneres d'abordar-la. La majoria de la població continua essent pobra o ho pot arribar a ser, i el grau de cobertura de les necessitats és molt petit. Entre les innovacions ressalta la separació entre religió, política i economia, en què l'economia juga un paper destacat. Aquests canvis repercuteixen d'una manera important en la consideració i el tractament de la pobresa.

Les noves concepcions impulsen la reorganització de la xarxa medieval de petits hospitals i hospicis i propicien la substitució de la caritat individual indiscriminada per formes més ordenades. La caritat es converteix en un fet urbà impersonal. La pobresa creixent i les protestes generalitzades, especialment en els moments de crisi, obliga les autoritats locals i també les centrals a adoptar mesures relacionades amb la mendicitat i la vagància i a fer-se càrrec del control de les masses empobrides amb nous enfocaments i mesures estandarditzades i de control d'aquesta pobresa creixent.

Un altre canvi important d'aquest període és l'expansió de la modalitat assistencial del tancament, ja que la persistència de la crisi econòmica i la insuficiència de les mesures de control i de prohibició de la mendicitat fan que les accions que es duen a terme evolucionin cap a l'internament com a nova forma de control i reeducació social de les persones pidolaires. Aquest mecanisme de confinament té una gran utilitat, ja que traient els pobres del carrer es satisfan ràpidament les necessitats bàsiques d'aquests col·lectius desfavorits, ja que els donen menjar, eviten la propagació de malalties i afavoreixen el procés de reforma moral, religiosa i ideològica. Durant aquest període es complementa la modalitat institucional amb l'assistència domiciliària, amb l'objectiu de mantenir la independència de les unitats familiars, mentre que l'atenció institucional és l'alternativa a la família i atén bàsicament vídues, persones pobres, persones aïllades i famílies amb reducció temporal o permanent d'ingressos. L'assistència domiciliària té un caràcter descentralitzat i, per tant, està en mans d'un nombre important de mediadors que no actuen homogèniament, i produeixen una dispersió dels criteris de concessió.

#### **La pobresa a l'edat moderna**

La pobresa, la desocupació, les malalties mentals o la mendicitat són considerades com a perilloses i catalitzadores de desordres socials. La pobresa no es concep com un efecte de les desigualtats socioeconòmiques, sinó que, al contrari, s'entén com fruit d'actituds d'immoralitat, de peresa o debilitat.

### 1.1.3 Edat contemporània

A partir del segle XIX, amb el liberalisme, arriba l'**higienisme**, un corrent de pensament que denuncia la falta de salubritat a les ciutats industrials i preconitza les normes per corregir-la (clavegueres, recollida de la brossa, banys públics, etc.). La medicina moderna es converteix en una disciplina clau per a les ciències morals i polítiques; amb la rellevància social de la medicina, fonamentada en el positivisme, s'ataquen les patologies socials.

Des dels diferents tractats mèdics es pot observar el reconeixement de l'organització social i les condicions de vida sobre la salut de la població, però no per això es deixa de culpabilitzar les classes populars de la seva situació dels mals hàbits i costums que dominen la seva existència quotidiana.

Pel que fa a les tasques bàsiques que ha de desenvolupar la classe mèdica, se centren en la reclusió i repressió de malalts problemàtics, la neutralització dels perills socials des d'una perspectiva positivista i la inspecció dels hàbits i sistemes de vida de les classes populars.

Amb el pas del temps el **model liberal clàssic**, que sorgeix arran dels profunds canvis socioeconòmics fruit de la revolució industrial, es desestabilitza i es veu sotmès a replantejaments. Amb la revolució industrial els mitjans de producció estan en poques mans, les quals fixen les condicions de treball basant-se en l'explotació i en el consegüent deteriorament de les condicions de vida.

Aquest **model clàssic** d'organització social, econòmica i política, entra en crisi per la seva incapacitat de donar solució als problemes sorgits de les noves societats de masses, com la generalització de l'elevat grau de pobresa (pauperisme).

El pauperisme, també anomenat amb el terme *qüestió social*, va fer evident les perversitats que sorgien del *laissez-faire*, és a dir, de la no-intervenció de l'Estat en l'activitat econòmica i les seves derivacions socials sota aquest ordre politicoeconòmic liberal.

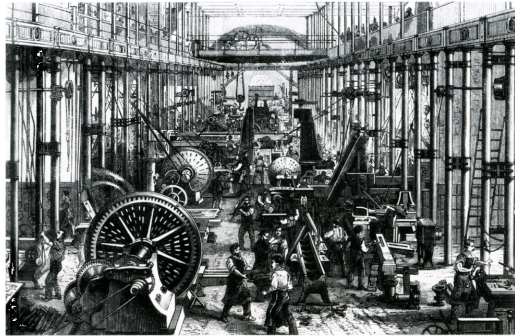
Sota aquest model del *laissez-faire*, la supeditació de la política a l'economia comporta que els nivells d'explotació laboral estiguin només condicionats pel mercat de l'oferta i la demanda, les expectatives de benefici i els límits de supervivència física dels proletaris.

El liberalisme com a propaganda ideològica és difícilment creïble per a poblacions obreres, la capacitat d'estalvi de les quals és pràcticament nul·la i la seva qualitat de vida miserable. No obstant això, la concentració espacial de la força de treball en indústries i barris dels nuclis urbans dona lloc a diferents tipus d'associacionisme obrer, que recuperen la consigna de la solidaritat al voltant de la qual s'organitzen per fer front a les seves necessitats individuals i col·lectives.

Gràcies a aquests **moviments obrers**, apareixen els drets socials en escena, amb el consegüent augment de la pressió social per part de les classes populars, fruit de les desigualtats produïdes pel liberalisme. Entre les reivindicacions d'aquests moviments s'exigeix a l'Estat que intervingui en matèria econòmica per acabar amb la recessió i l'atur, així com per regular les condicions laborals.

En la imatge de la figura 1.2 es pot observar una fàbrica de Richard Hartmann, un dels empresaris més grans de la zona de Saxònia (Alemanya).

**FIGURA 1.2.** Edat contemporània



Font: Hartmann Maschinenhalle, 1868. Wikipedia.

El factor històric que juga un paper de gran rellevància i accelerador en aquest procés de replantejament del model liberal clàssic és el col·lapse financer de la borsa de Nova York el 1929. Després de la crisi del 29, pren gran importància el **model keynesià**.

John Maynard Keynes (1883-1946) proposa que en èpoques de crisi l'Estat s'ha de convertir en locomotora econòmica per reactivar l'economia i augmentar la demanda i l'oferta. El criteri bàsic és que una societat de plena ocupació i bons salaris manté un adequat nivell de creixement econòmic i integra les classes treballadores desactivant l'esquerra anticapitalista. Des de les forces conservadores fins a la socialdemocràcia estan d'acord a aplicar les receptes keynesianes de política fiscal redistributiva.

Els objectius d'aquest model són:

- Crear consens polític.
- Integrar les classes treballadores.
- Potenciar el consum i aconseguir un creixement econòmic sostingut.
- Promoure la plena ocupació.

A partir d'aquesta teoria es configura el que es coneix com a **pacte social**, en el qual l'Estat es responsabilitza d'atendre certes necessitats fruit de la desigualtat de la societat, cosa que comporta la configuració dels anomenats *estats del benestar*, constitutius d'una nova forma d'atenció d'allò social des d'una perspectiva assistencial. És a dir, una lògica que dirigeix l'ajuda a les persones

afectades per les desigualtats i els processos d'exclusió, intentant donar resposta a necessitats concretes i puntuals d'aquestes, però sense atendre la relació directa amb l'organització social que crea aquestes situacions i, per tant, actuant sobre els efectes socials visibles de la desigualtat, i no els seus orígens.

Des del 1945 els estats del benestar s'encarreguen de desenvolupar el pacte social. La seva essència és la convicció que l'Estat ha d'intervenir en àmbits de la vida social, així com també econòmica. L'Estat ha de garantir uns mínims nivells de renda, alimentació, salut i seguretat física, educació i habitatge, reconeguts com a drets. El benestar dels ciutadans ha de ser un objectiu de la política dels governs segons el qual els més desfavorits de la societat han de ser protegits per actuacions públiques. Amb la creació dels estats del benestar a Europa també es posen de manifest diferents tendències que derivaran en diferents models d'estat del benestar.

El concepte genèric d'**estat del benestar** fa referència a un model general en el qual l'Estat proveeix serveis a la ciutadania com a garantia d'uns determinats drets socials. Sota aquest concepte s'inclouen tot un conjunt de serveis públics, els més rellevants dels quals són l'educació, la sanitat o els serveis socials, i mesures d'estímul econòmic amb l'objectiu de generar igualtat d'oportunitats i reduir les desigualtats socioeconòmiques.

Que l'Estat actuï per atendre aquests col·lectius més desfavorits depèn de dos aspectes:

- Interès de l'Estat per mantenir la pau social entre els diferents grups socials de la societat que lluiten pels seus drets.
- Idea de reforçament o ajuda a l'economia del país incorporant certs col·lectius al marge del sistema productiu, ja sigui com a mà d'obra o bé com a matèria de treball, oferint diferents serveis on ser atesos tenint en compte la seva situació de dependència.

Vegeu a taula 1.1 una taula resum de cada període històric amb els ítems més importants:

**TAULA 1.1.** Evolució històrica

EDAT MITJANA	EDAT MODERNA	EDAT CONTEMPORÀNIA
Ajuda mútua. Feudalisme. Previsió. Caritat. Repressió	Absolutisme. El rei concentra tot el poder. Reforma protestant i obediència al papa. Desenvolupament científic.	Aparició de la burgesia i el proletariat. Revolució industrial. Canvi profund en l'organització econòmica i social.



## 1.2 Evolució històrica a Europa, Espanya i Catalunya

L'evolució històrica a Europa és diferent en funció de la zona geogràfica, i s'estableixen diferents models d'atenció a la dependència. A Espanya aquesta evolució es produeix de forma tardana i amb influències d'alguns d'aquests models europeus. Posteriorment l'evolució d'un model espanyol esdevé amb un model català propi d'un model descentralitzat.

### 1.2.1 Evolució a Europa

Després de la **Segona Guerra Mundial**, els països europeus estan arruïnats a conseqüència del conflicte bèl·lic. De la mateixa manera, Europa ha perdut de forma definitiva la seva hegemonia al món. Amb l'objectiu d'iniciar la reconstrucció del continent, a l'Europa occidental es prenen tot un seguit de mesures financeres per respondre als problemes de la reconstrucció després de la guerra i les regles del futur desenvolupament econòmic. És en aquest context on hem de situar la creació d'organismes econòmics com el Fons Monetari Internacional (FMI), amb la missió d'estabilitzar el sistema monetari, i el Banc Mundial, per promoure inversions i préstecs cap als països que ho necessitin. L'FMI i el Banc Mundial són els encarregats de garantir i controlar l'estabilitat econòmica europea i mundial.

Aquests acords són importants per a la recuperació d'Europa, però la iniciativa més important és la proposta nord-americana d'ajuda econòmica als països de l'Europa occidental: el **Pla Marshall**. Aquest és el motor de la reconstrucció europea des del 1948. Gestionat a través de la creació de l'Organització Europea de Cooperació Econòmica (OECE), a Europa afloren préstecs i donacions que permeten als estats europeus invertir en maquinària, productes energètics, productes siderúrgics, etc., és a dir, una injecció de capital per reactivar l'economia i evitar un esclat social.

En contrapartida, l'acceptació del pla implica un cert control nord-americà sobre l'economia dels estats beneficiats i la seva contribució a la lluita contra el comunisme. Igualment, aquesta mesura també facilita la ingerència nord-americana en la política interior dels països europeus i es tradueix en pressions perquè els comunistes, protagonistes principals de la resistència antifeixista, siguin expulsats dels governs de coalició de postguerra. A més, els Estats Units també es veuen beneficiats perquè poden donar sortida als seus excedents industrials i agraris en el mercat europeu.

Iniciada la reconstrucció, als anys cinquanta l'Europa occidental comença un llarg període de creixement econòmic. En general, s'experimenta una millora de la renda per habitant, un increment dels salaris i uns índexs d'atur relativament baixos. A més, molts països inicien una modernització del seu aparell productiu i els sectors industrials tradicionals, fonamentalment l'acer i el carbó, donen pas a



"Faci el temps que faci, nosaltres només assolim el benestar junts". Pla Marshall, països participants.

les noves indústries: química, automòbil, petroli, informàtica, etc. De la mateixa manera, hi ha una progressiva terciarització de la població activa per l'augment de les activitats de serveis: oci, turisme, ensenyament, sanitat, transport, etc.

Aquest desenvolupament no va ser fruit del desenvolupament natural del capitalisme, sinó que va anar acompanyat de la intervenció de l'estat en matèria econòmica. D'aquesta manera, el model econòmic keynesià de capitalisme combinat amb una expansió de la despesa pública per garantir a tots els ciutadans l'accés a serveis fonamentals com la sanitat, l'educació, les prestacions d'atur o les pensions com a mitjà de redistribució econòmica i igualació social va caracteritzar el període i va esdevenir en el naixement de l'**estat del benestar** o estat assistencial.

El nou estat del benestar afavoreix, mitjançant la introducció de polítiques redistributives de la renda i d'uns sistemes d'impostos que graven els ciutadans en funció de la renda i la riquesa, un augment dels ingressos estatals, que ajuden a finançar els nous serveis prestats a la ciutadania, com ara l'ensenyament públic i gratuït, la universalització dels serveis d'assistència sanitària, la introducció dels subsidis d'atur i invalidesa o els sistemes de jubilacions i pensions.

### 1.2.2 Evolució a Espanya

L'estat de benestar a Espanya és un sistema democràtic de política social que comença a desenvolupar-se en els últims anys de la dictadura franquista, amb la Llei general de la Seguretat Social de l'any 1963, de la qual es va passar d'una assistència benèfica i assistencial amb poques prestacions a una cobertura social, sanitària i educativa més àmplia.

Després de la dictadura de Franco i durant el període de transició democràtica, s'instaura la reforma social que universalitzarà els serveis educatius, sanitaris i les prestacions socials. Per entendre l'origen de l'estat de benestar a Espanya, que comença durant la dècada dels anys setanta, cal valorar els factors que incideixen durant aquest període així com les fases clau en el desenvolupament posterior, tal com es pot veure a la taula 1.2:

**TAULA 1.2.** Evolució històrica a Espanya

Època	Esdeveniment
1963-1975	Creació de l'estructura dels sistemes de protecció social.
1975-1980	Creació d'autonomies i descentralització.
1980-1982	Restriccions de les polítiques socials.
1982-1986	Llei general de sanitat, un dret universal.
1986-1996	Legislatures socialistes
1996-2000	Creixement econòmic i pacte per a les pensions
2000-2006	Creació del quart pilar de l'estat del benestar
2007	Crisi de l'estat del benestar

Pel que fa als factors de caràcter polític, econòmic i demogràfic que afecten el creixement de la despesa pública social en aquests primers anys de democràcia, destaquen:

- **Factors polítics:** la fi de la dictadura i l'inici del procés democràtic treuen a la llum necessitats públiques insatisfetes i demanda de serveis, és a dir, una millor redistribució de la renda i un major nombre de béns i serveis públics. Per evitar una confrontació social en un moment delicat, l'Estat intervé per millorar l'àmbit del benestar.
- **Factors econòmics:** la crisi econòmica produeix un deteriorament, un retrocés en les condicions laborals i econòmiques, ja que puja la taxa de desocupació i fa necessari que augmenti la despesa pública, tant per ajudar aturats i jubilats com empreses en crisi.
- **Factors demogràfics:** és el temps en el qual hi ha un progressiu envelliment de la població.

Respecte a les intervencions de l'Estat en els seus diferents àmbits (central, autonòmic i local), dirigides a millorar la qualitat de vida de la població, les més destacables pel que fa a la qualitat de vida dels ciutadans són:

- **Intervenció en els serveis públics:** sanitat, educació, serveis d'ajuda a famílies, serveis socials, habitatge social, etc.
- **Transferències socials:** transferències de fons públics d'un grup social a un altre; es transfereixen els fons públics dels treballadors, empleats i empresaris que cotitzen a la Seguretat Social als beneficiaris de pensions (pensions de vellesa, de viduïtat, de discapacitat, etc.).

La **Seguretat Social** esdevé el conjunt de mesures que la societat proporciona als seus integrants amb la finalitat d'evitar desequilibris econòmics i socials que, si no es resolen, significarien la reducció o la pèrdua dels ingressos a causa de contingències com la malaltia, els accidents, la maternitat o la desocupació, entre altres.

Amb el temps, el desenvolupament de diverses disposicions jurídiques ha permès que el tractament de les necessitats socials passi a ser de responsabilitat pública, amb l'objectiu de pal·liar les situacions de desigualtat social. En el nostre país, els serveis socials han anat adquirint més pes específic dins del sistema de protecció social.

Si durant el període de la transició democràtica es fan esforços importants per a la universalització de la sanitat i l'educació, cal destacar que la seguretat social ja és considerada com un dret a la Declaració Universal de Drets Humans (1948).

#### Article 22

"Tota persona, com a membre de la societat, té dret a la seguretat social, i a obtenir, mitjançant l'esforç nacional i la cooperació internacional, tenint en compte l'organització

Consulteu la Declaració Universal dels Drets Humans i la Constitució espanyola als annexos.

i els recursos de cada estat, la satisfacció dels drets econòmics, socials i culturals, indispensables a la seva dignitat i al lliure desenvolupament de la seva personalitat.”

Declaració Universal de Drets Humans

Durant els anys seixanta es desenvolupen els moments clau en la història d'Espanya i també en el desplegament de les polítiques socials. Els primers esdeveniments transcorren **entre el 1963 i el 1975**, quan es crea l'estructura institucional dels sistemes de protecció social.

---

La universalització és un concepte que s'utilitza quan un dret, servei o prestació correspon a totes les persones sense distinció.

---

Els primers signes de canvi són la **Llei de bases de la Seguretat Social, de 1963**, que inicia el seu període d'aplicació l'1 de gener de 1967 i unifica els sistemes de protecció social existents en aquell moment i posa els fonaments de la universalització del sistema. És necessari un canvi en el model de creixement i una major intervenció de l'Estat, com succeeix als països veïns.

La **Llei de bases de la Seguretat Social, de 1972**, és el punt de partida de l'augment de despesa social en la dècada dels setanta i es basa en:

- Necessitat d'augmentar la capacitat tècnica de la força de treball.
- Demanda de la classe mitjana a favor d'una educació basada en els mèrits.
- Pressions perquè el sistema de pensions aportí seguretat als jubilats.

En aquesta època les despeses socials (serveis i pensions), tenen un creixement més alt, i augmenta el nombre de persones dins de la població protegida per prestacions i serveis públics.

Durant el període que va **de 1975 a 1980** es produeix la transformació institucional de l'Estat, amb la creació de les autonomies, la descentralització de la despesa pública i la presa de decisions polítiques. L'any 1977 els principals partits polítics, amb el suport de les associacions empresarials i els sindicats, signen el Pacte de la Moncloa, amb l'objectiu de procurar l'estabilització del procés de transició democràtica, així com adoptar una política econòmica que contingui la inflació.

Són anys en els quals podem parlar d'un Estat democràtic de benestar per la universalització dels serveis i les prestacions amb ampliacions de cobertura de la Seguretat Social, que s'estén als treballadors de règims especials, al mateix temps que s'expandeix l'oferta privada d'aquests serveis. Es garanteixen els drets socials i democràtics dels ciutadans amb la **Constitució espanyola de 1978**.

Entre els anys **1980 a 1982** tot aquest procés d'universalització comença a afeblir-se, en concret amb el govern de Calvo-Sotelo (febrer 1981 - desembre 1982). És un període restrictiu, ja que té lloc una contenció de totes aquestes demandes socials i comencen a obrir-se pas restriccions en l'àmbit de la política social, s'impulsen polítiques industrials d'ajust i de certa precarietat pel que fa al treball i neixen tendències favorables a la privatització.

Un altre període important és el comprès entre els anys **1982 a 1986**, quan arriba al poder el primer govern socialista, que actua tant en polítiques industrials com en polítiques socials i laborals. El país comença a experimentar clars progressos

en el terreny social. Es desenvolupa un ampli sistema de seguretat social integral i sostingut per les cotitzacions dels afiliats, que pren com a referència el model de l'estat del benestar característic d'altres països.

La Llei general de sanitat (1986) regula el funcionament d'un **sistema nacional de salut** per proporcionar l'assistència sanitària pública, gratuïta, universal i d'alta qualitat. Es canvia el model de sanitat pública a Espanya; la prestació del servei deixa de dependre de la cotització dels treballadors, és a dir, deixa de concebre's com una assegurança social, i es reformula com un dret ciutadà universal, de caràcter ineludible.

Durant el període de **1986 a 1996** es produeixen tres legislatures socialistes i en l'última es produeixen tres llacunes importants en política social:

- Elevada desocupació
- Tancament de la protecció sanitària
- Augment de les pensions no contributives

El sistema de protecció de desocupació exigeix contínues reformes i no totes es duen a terme, com la protecció a persones a la recerca de la primera ocupació i la prestació als aturats de llarga durada.

El període de **1996 al 2000** són anys de creixement econòmic en els quals es saneja la Seguretat Social i s'arriba a un pacte per al manteniment de les pensions, però amb un empitjorament en el tipus i les condicions de contractes a favor de la productivitat.

Les polítiques d'universalització tenen un desenvolupament més lent i una protecció bàsica, la qual cosa afavoreix la consolidació del sector privat i que la protecció tendeixi a dualitzar-se, i això fa que es creïn grups diferenciats entre la població o jerarquia de classes: d'una banda, la classe alta i la classe mitjana, que poden complementar la prestació bàsica amb una assegurança privada i, de l'altra, els aturats, els joves a la recerca de la primera ocupació i grups marginats.

La despesa pública espanyola, tant pel que fa als serveis públics de l'estat del benestar com en la gran majoria de transferències socials, comença a créixer més gradualment i el dèficit continua augmentant després de l'any 2000.

Molts dels components d'aquest estat de benestar, com és el cas de la sanitat, de l'educació i serveis d'ajuda a la família, són transferits als governs autonòmics, tot i que el Govern central continua tenint el paper fonamental tant en el finançament com en la normalització d'aquests components.

L'estat del benestar, o estat assistencial, s'articula sobre tres **pilars bàsics** i, el 2006, incorpora l'últim dels seus pilars:

- Sistema de pensions
- Sistema sanitari
- Sistema educatiu
- Sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència

Per ampliar aquest concepte sobre la crisi de l'estat del benestar a Espanya podeu consultar el programa *Los otros olvidados* que teniu als annexos.

La crisi global que comença l'any **2007** suposa greus problemes pressupostaris per a molts estats com l'espanyol, on el Fons Monetari Internacional demana reduir la despesa pública amb polítiques d'austeritat i retallades en els serveis públics –educació, sanitat, serveis socials, etc.– i acaba provocant una terrible crisi de l'estat del benestar.

### 1.2.3 Evolució a Catalunya

A mitjan segle XIX sorgeixen els primers moviments regionals, tot i que a Catalunya ja des de la primera meitat del segle XIX es dona la **Renaixença**, com a procés de recuperació de la llengua i la literatura catalanes. Més endavant, durant la Mancomunitat de Catalunya i la **Segona República** (1931-1936) ja hi ha intents d'organitzar tota una sèrie d'activitats estructurades que garanteixen per llei l'atenció a les persones més vulnerables. En l'etapa de la Generalitat republicana el Parlament de Catalunya aprova la **Llei de bases per a l'organització dels serveis de sanitat i assistència social a Catalunya**, el 22 de març de 1934. Aquesta llei es desenvolupa en un context de grans conflictes socials i polítics i tingué una durada molt breu i insuficient per poder consolidar els models. Tot i això, es dissenyen i es duen a terme algunes experiències molt innovadores per al moment.

#### De l'Auxili Social als Serveis Socials

Els serveis socials com a sistema es van desenvolupar a l'Europa occidental a partir de la Segona Guerra Mundial, però malauradament a Espanya i Catalunya es patia un règim polític dictatorial que potenciava la beneficència de caràcter religiós o sota els auspicis de l'Auxili Social franquista.

Per tant, la implantació i consolidació del sistema de serveis socials es retarda en el temps. La transició de la dictadura cap a una democràcia obre un període d'esperança. L'any 1985 el Parlament de Catalunya va aprovar la **Llei de serveis socials** i amb la democràcia es va avançant lentament.

El nou estat sorgit de la Guerra Civil implica, entre altres canvis, un brusc trencament amb els principis democràtics i socials de la República i les seves polítiques socials. El franquisme es divideix en dues grans etapes:

1. Postguerra: període d'aïllament i autarquia, la població pateix grans carències.

## 2. Segona part de la dècada dels cinquanta del segle XX: trencament de l'aïllament diplomàtic i profundes transformacions econòmiques.

La legislació bàsica es constitueix per les anomenades lleis fonamentals del regne (*Leyes Fundamentales del Reino*). Pel que fa als aspectes relacionats amb els drets socials, els principis del moviment nacional franquista es fonamenten en l'ideal cristià de la justícia social i proclamen el dret a l'educació, als beneficis de l'assistència social i seguretat social i a una distribució equitativa de la renda nacional, a la salut i al treball. Són declaracions genèriques i graciabls, i la majoria d'aquests drets no tenen un reconeixement ni disposen de mecanismes per fer-se efectius. També es refereix a la protecció social i a les assegurances socials i tracta la protecció davant de determinades contingències formulades amb caràcter programàtic, i algunes només referides als guanyadors de la Guerra Civil (joventut combatent, benemèrit cos de mutilats de guerra...). Diverses institucions sostenen el règim i contribueixen a la configuració i prestació de les accions en l'àmbit social.

Durant la segona part del franquisme es genera un conjunt d'iniciatives de signe renovador que van convergint en aportacions tècniques, organitzatives i finances dels serveis socials que adquireixen gran importància durant la transició, ja que faciliten el trànsit envers uns serveis socials moderns.

Des de la societat comença a aflorar un moviment associatiu, especialment d'ajuda mútua, que cerca un model de serveis socials diferent adient a la dignitat dels usuaris i les seves possibilitats de rehabilitació i d'integració. Pot servir d'exemple el que van fer les famílies i amics de persones amb discapacitat, que crearen nous tipus d'equipaments i serveis per evitar que els seus fills acabessin en manicomis, com el cas de la Cooperativa La Fageda.

Altres iniciatives importants de destacar per la seva tasca són Càritas i la contribució de les escoles d'assistents socials (abans de la Guerra Civil l'Església havia creat la primera escola a Barcelona) i dels professionals del treball social. Des del sector públic, a finals dels anys cinquanta i a començaments dels seixanta, aprofitant el desenvolupament econòmic, es creen les primeres pensions assistencials per a ancians i per a malalts o invàlids incapacitats per al treball, amb el Fons Nacional d'Assistència Social (FONAS, 1960), i s'estableix la nova Seguretat Social, mitjançant la Llei de bases de 1963, que unifica la protecció social i que crea, com a complement de les prestacions, els serveis socials.

L'organització territorial de l'Estat reconeix competències específiques a les autonomies i a l'Administració local. Tanmateix, determinades lleis de sectors concrets troben un desenvolupament en altres lleis d'àmbit autonòmic, com és el cas de les lleis d'educació.

La norma institucional bàsica de les comunitats autònomes són els estatuts d'autonomia. Són aprovats com a lleis orgàniques i en el cas català la més actual és la de l'any 2006.

L'Estatut català recull els drets i deures de la ciutadania de Catalunya, les competències i les relacions amb l'Estat, les institucions públiques catalanes i el

### **Història d'una bogeria**

Al llibre *Història d'una bogeria*, de la cooperativa La Fageda, s'explica el treball de les famílies per aconseguir uns recursos adients per als seus fills.

finançament de la Generalitat. També defineix la identitat catalana com a nació a partir del reconeixement de determinats drets històrics i blinda l'ús del català en determinats àmbits, de forma cooficial amb el castellà i l'aranès. Estipula diversos drets vinculats a l'habitatge, la salut, la seguretat, el treball o el medi ambient, amb especial atenció a les dones, la infància, els joves i la gent gran. Com a aportació rellevant, consagra el dret a una prestació econòmica garantida (renda garantida de ciutadania) en el cas de persones en situació d'exclusió econòmica. Així mateix, estableix noves competències en matèria d'inspecció de treball, turisme, immigració o educació infantil (0-3) o política de beques.

Consulteu la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials de Catalunya als annexos.

A Catalunya la **Generalitat** és l'estructura que gestiona tot el que fa referència a matèria de serveis socials i que està organitzat pel Departament de Treball, Afers Socials i Família, que té els mitjans per poder atendre la població més vulnerable. La normativa que regeix és la **Llei de Serveis Socials de Catalunya**, de l'any 2007, que és el punt de partida per al desenvolupament dels serveis socials, així com la cartera de serveis socials.

### 1.3 Normativa respecte a l'atenció a persones en situació de dependència

Les persones en situació de dependència són un col·lectiu de població cada cop més important que, a causa dels canvis demogràfics i socials, s'ha convertit en un repte ineludible per als poders públics i el desenvolupament de polítiques per a la promoció de l'autonomia personal ha esdevingut una de les prioritats en matèria de política social, tant a Catalunya com a la resta d'Europa i del món.

#### 1.3.1 Normativa internacional

En l'actualitat existeix un consens internacional respecte a la consideració de la seguretat social com un dret humà inalienable, producte de gairebé un segle del treball mancomunat d'organismes internacionals rellevants com l'Organització Internacional del Treball (OIT), l'Organització de les Nacions Unides (ONU) i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i institucions supranacionals, com l'Associació Internacional de Seguretat Social (AISS), l'Organització Iberoamericana de Seguretat Social (OISS) i la Conferència Interamericana de Seguretat Social (CISS).

Consulteu el glossari amb definicions dels diferents termes *discapacitat*, *deficiència* i *minusvàlida*.

Dos d'aquests organismes han definit la seva visió respecte a l'atenció a persones en situació de dependència: l'OMS i l'ONU.



## Organització Mundial de la Salut

Una de les principals aportacions que fa l'Organització Mundial de la Salut (OMS) és consensuar la classificació respecte de diferents malalties o afectacions en la gent amb situació de dependència, per tal que tots els països tinguin els mateixos criteris i consideracions. La nova **Classificació de la Discapacitat** i la **Classificació Internacional per al Funcionament (CIF)**, aprovada per l'OMS el 2001, prenen com a base el principi de participació en la vida social de totes les persones i tracten d'expressar-se en termes neutres, eliminen les referències als conceptes de *malaltia*, *deficiència* i *discapacitat* de l'anterior classificació (CDDM-1980).

És interessant observar com presenta aquestes situacions com a “dificultats o obstacles que, en un o un altre grau, afecten el funcionament individual i social i a l'estat de salut com a substitutiu del concepte de malaltia”. Tampoc utilitza el terme *dependència*.

Una aproximació conceptual a través de la CIF planteja el problema de la dependència com una interacció multidireccional entre la persona i el context socioambiental en el qual es desenvolupa, és a dir, entre les funcions i estructures alterades del cos, la capacitat de realitzar diverses activitats com a persona, la seva participació o acompliment real en les mateixes, i les interaccions amb els factors tant personals com ambientals, que poden actuar com a barreres o com a facilitadors.

## Organització de les Nacions Unides

L'Organització de les Nacions Unides (ONU) és una organització intergovernamental mundial, creada per la Carta de San Francisco el 1945, amb la finalitat de mantenir la pau, promoure la cooperació econòmica, cultural, social i humanitària, garantir la seguretat dels estats basant-se en els principis d'igualtat i autodeterminació i vetllar pel respecte dels drets humans. Actualment formen part de l'organisme un total de 193 estats del món. Una de les aportacions importants que fa aquesta organització és plantejar plans d'envelliment per tal de cobrir les necessitats de la població, així com la unificació del concepte de *dependència*.

La Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, aprovada el 13 de desembre de 2006 per l'Assemblea General de Nacions Unides, signada i ratificada per Espanya, dota el dret internacional d'un instrument jurídicament vinculant perquè els governs introdueixin gradualment canvis en les seves legislacions:

- El text proposa un concepte de discapacitat dinàmic, que té en compte les dificultats de la persona derivades de la seva deficiència, les actituds i comportaments de la societat i les dificultats de l'entorn.
- La convenció de Nacions Unides no esmenta, ni es dedueix del seu text, el terme o concepte de *dependència*.
- Quan el text es refereix a les persones que són susceptibles de ser anome-

nades “persones en situació de dependència” i “persones dependents” ho fa en termes de “persones amb grans necessitats de suport o persones que necessiten un suport més intens”.

### 1.3.2 Normativa europea

El reconeixement dels drets de les persones en situació de dependència ha estat posat en relleu per nombrosos documents i decisions d'organitzacions internacionals. Això ha fet que en l'àmbit europeu s'hagin pres aquests documents com a base per elaborar tot un seguit de tractats.

Un dels aspectes clau en la normativa europea és que durant el 2002, sota la presidència espanyola, la Unió Europea va decidir tres criteris que havien de regir les polítiques de dependència dels estats membres:

- Universalitat
- Alta qualitat
- Sostenibilitat en el temps dels sistemes implantats

Consulteu al glossari les definicions sobre conceptes com *universalitat, qualitat o sostenibilitat*.

Els següents organismes europeus estan implicats i legislen sobre les polítiques de dependència:

- **Comissió Europea:** és l'òrgan executiu, políticament independent, de la UE. La Comissió és l'única instància responsable d'elaborar propostes de nova legislació europea i d'aplicar les decisions del Parlament Europeu i el Consell de la UE. Per seguir en aquest punt cal tenir clares les funcions d'aquests dos òrgans.
- **Parlament Europeu:** òrgan de la UE triat per sufragi directe, amb responsabilitats legislatives, de supervisió i pressupostària.
- **Consell de la UE:** la funció és representar els governs dels estats membres, adoptar la legislació europea i coordinar les polítiques de la UE.
- **Consell Europeu:** definir l'orientació i les prioritats polítiques generals de la Unió Europea.
- **Comitè de Protecció Social (SPC):** comitè de política d'assessorament de la UE per als ministres d'ocupació i assumptes socials del Consell d'Ocupació i Assumptes Socials (EPSCO), establert pel Tractat de Funcionament de la UE (Article 160).

Les seves funcions són:

- Supervisar les condicions socials a la UE i el desenvolupament de polítiques de protecció social als estats membres.

- Informar sobre la inclusió social, l'assistència sanitària, l'atenció a llarg termini i les pensions sota el mètode de coordinació social obert
- Promoure el debat i la coordinació dels enfocaments polítics entre els governs nacionals i la Comissió.
- Preparar les discussions del Consell sobre protecció social i sobre les recomanacions específiques del país en el context del semestre europeu.
- Elaborar informes i opinions per iniciativa pròpia o a petició del Consell o la Comissió.

Aquests òrgans dins del seu àmbit han d'establir un consens i una unitat a l'hora de poder atendre les necessitats de les persones dependents a Europa. El debat i tractament de la dependència entre els estats membres s'ha donat, a través del Comitè de Protecció Social de la Comissió Europea, informant, en l'àmbit nacional, de les seves polítiques de sanitat i incloent, a partir del 2004, les cures de les persones en situació de dependència, que servissin per elaborar línies conjuntes d'actuació.

Als diferents documents redactats per la UE poques vegades es troba una definició del terme *dependència*. De fet, sembla que les institucions europees eviten decantar-se per una de les possibles accepcions del terme. En l'Informe conjunt sobre salut, protecció social i cures de llarga durada 2008, quan la Comissió s'ha referit a la situació de dependència ho ha fet amb els següents termes:

"La cura a llarg temps és sovint definida com una varietat de serveis de salut i socials, proporcionats per un període continu, dirigit a individus que necessiten assistència en forma permanent a causa d'una discapacitat física o mental. La definició de l'atenció a llarg termini, els serveis i prestacions i la cobertura de la població varien entre els Estats membres."

(Comissió Europea, 2009: 143)

Tot i que no hi ha un consens per part dels estats membres per anomenar o fer referència a les persones en situació de dependència, el que està més acceptat, tot i que hi ha una gran varietat de conceptes, és fer referència a la durada de la situació de dependència i a les activitats de la vida diària. En els objectius de les normatives nacionals s'usen termes com *independència*, *autonomia* i *autodeterminació*. La Comissió Europea constata que als països de la Unió Europea no existeix una definició compartida de la dependència (Comissió Europea, Challenges in long-term care in Europe, 2018).

Una fita important és quan entre 1999 i 2003 la Comissió Europea defineix els objectius i criteris referents a les cures de les persones en situació de dependència. En aquest període la Comissió publica tres documents (comunicacions) decisius, i a partir del 2003 amplia el mètode obert de cooperació a l'atenció a la dependència.

Consulteu als Annexos les definicions d'independència, autonomia i autodeterminació.

## Models europeus

La dificultat per poder consensuar els termes dels estats membres i les particularitats que fa cada membre diferent de l'altre, ja sigui per la situació geogràfica, la població que hi viu, la situació política i econòmica, l'evolució històrica, o els recursos amb els quals compta, fan que hi hagi diferents models europeus que entenen l'estat del benestar d'una manera diferent. L'any 2019, Europa està configurada per 28 països diferents i les polítiques per atendre les persones en situació de dependència són ben diferents les unes de les altres. Tenen aspectes en comú, tot i les diferències del model d'estat del benestar que representen cada un.

Els aspectes en comú dels diferents models europeus són:

- Els sistemes formals d'atenció a la dependència (serveis i recursos) no substitueixen les famílies ni les xarxes informals d'atenció, especialment en el cas de les persones afectades per situacions més severes de dependència, si bé impliquen un esforç (variable en cada model) per socialitzar la càrrega que les famílies assumeixen a l'hora d'atendre les necessitats de les persones en situació de dependència. Els sistemes informals són complementaris dels sistemes formals.
- Els sistemes d'atenció a la dependència combinen prestacions econòmiques en general dirigides a les persones cuidadores i/o la compra de serveis d'atenció directa, atenció residencial i serveis domiciliaris, amb un èmfasi especial en aquests últims.
- Els sistemes d'atenció a la dependència estan públicament regulats i finançats, si bé la seva assumpció com a dret social, no discrecional, és en general tardana i incompleta (en tot cas, més incompleta en uns països que en altres).
- En qualsevol dels models que es vulguin establir, la definició de les situacions de necessitat cobertes i la concreció del dret a la percepció dels diversos serveis o prestacions és més laxa i difusa que en altres sistemes de protecció social, com les pensions, l'educació o la sanitat, en els quals tant la determinació de les situacions de necessitat que donen accés a la percepció dels serveis com el mateix contingut dels serveis tenen, en general, una definició més clara i formes d'accés menys discrecionals.

---

La discrecionalitat dels drets té a veure amb aquells que no estan subjectes a normes. Els drets socials no han de ser discrecionals sinó reconeguts per llei per a tothom.

---

Cada país configura el seu propi model d'estat del benestar tenint en compte les seves necessitats, la seva situació geogràfica i política, la seva població... Els principals models són:

- **Model liberal o anglosaxó:** desenvolupat al Regne Unit, Irlanda, els EUA o el Canadà. Aquest model se centra en l'estímul del mercat i en un nivell baix de serveis i protecció social universal. Principalment actua mitjançant l'assistència d'últim recurs i provisional per a les persones amb ingressos més baixos amb l'objectiu de minimitzar les situacions fora del mercat laboral.

- **Model socialdemòcrata o nòrdic:** és el propi dels països nòrdics i els Països Baixos, i el que assoleix un nivell més alt de protecció social. La seva principal característica és que l'Estat s'encarrega de la provisió universal d'un gran nombre de serveis públics amb l'objectiu de reduir les desigualtats, i no actua com a últim recurs davant del mercat o altres mecanismes socials. A diferència d'altres models, l'accés a aquests serveis està basat en el principi de ciutadania, i no tan condicionat a les prestacions socials. La provisió de caràcter universal d'un elevat nombre de transferències i serveis d'alta qualitat es finança a través d'impostos alts i redistributius. En contra del que sovint es creu, el model impositiu nòrdic no és dels més progressistes, sinó que l'objectiu és garantir uns serveis públics de qualitat i d'accés universal en els quals s'identifiquen i defensen una gran majoria dels ciutadans. Quant al mercat laboral, són models enfocats a la reinserció ràpida mitjançant polítiques actives de reinserció i certa flexibilitat laboral anomenada flexiseguretat.
- **Model conservador o continental:** és característic d'Alemanya, Àustria, Bèlgica o França. Aquest model d'estat del benestar està basat en principis assistencials i de seguretat laboral. L'estat actua quan altres mecanismes de solidaritat social, com les xarxes socials, comunitàries o familiars, no són suficients. En aquest sentit, no és un model centrat en les polítiques actives de reinserció o redistributives, i gran part de la despesa està orientada a les pensions.
- **Model sud-europeu o mediterrani:** és el propi d'estats com ara l'espanyol, el grec o el portuguès. Es va desenvolupar més tard que els altres models i es troba en un punt intermedi entre el conservador i el liberal. Com en el model continental, es caracteritza per centrar-se en la seguretat laboral i les pensions. Els països dins aquest model tendeixen a utilitzar la jubilació anticipada com a mecanisme de millora del mercat laboral. Presenten el nivell més baix de despesa en serveis socials, que està molt condicionada a les prestacions.

### 1.3.3 Normativa espanyola

El **Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social** d'Espanya és l'actual departament ministerial encarregat de realitzar la proposta i execució de les polítiques del Govern en matèria de salut, de planificació i assistència sanitària i de consum, així com assegurar als ciutadans el dret a la protecció de la salut. Les tasques que li corresponen són: la proposta i execució de les polítiques en matèria de cohesió i inclusió social, igualtat, família, protecció del menor i d'atenció a les persones dependents o amb discapacitat, així com de lluita contra tota classe de discriminació i contra la violència de gènere.

Per dur a terme totes aquestes tasques el ministeri elabora diferents plans d'actuació i estratègies que s'estableixen normalment a llarg termini i que van adreçades a diferents col·lectius o sectors de població, com per exemple:

Consulteu a "Annexos" la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

- III Pla d'acció per a persones amb discapacitat (2009-2012). El seu objectiu és la promoció de l'autonomia de les persones amb diversitat.
- Pla d'acció de l'estratègia espanyola sobre discapacitat 2014-2020, que s'emmarca en la Convenció de l'ONU sobre els Drets de les Persones amb Diversitat Funcional, en l'Estratègia europea sobre discapacitat 2012-2020, i en l'Estratègia espanyola sobre discapacitat i la Llei general sobre els drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social.
- I Estratègia nacional de persones grans per a un envelliment actiu i per al seu bon tracte (2018-2021). Es tracta de la primera estratègia que pretén impulsar aquest tipus de mesures.

A Espanya l'entrada en vigor, el 2006, de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, coneguda popularment com la **Llei de la dependència**, dota el sistema públic de serveis socials del marc normatiu necessari per regular l'atenció i les prestacions d'aquests col·lectius.

### **Llei 39/2006, de 14 de desembre, Llei de la dependència**

Aquesta és la llei que trobem dins l'Estat espanyol i que regula tots els aspectes que fan referència a l'atenció a persones en situació de dependència. Cal destacar en l'apartat introductori de l'exposició de motius els següents punts:

- L'atenció a les persones en situació de dependència i la promoció de la seva autonomia personal constitueixen un dels principals reptes de la política social dels països desenvolupats.

A Espanya, els canvis demogràfics i socials estan produint un increment progressiu de la població en situació de dependència. D'una banda, és necessari considerar l'important creixement de la població de més de seixanta-cinc anys, que s'ha duplicat en els últims trenta anys, i ha passat de 3,3 milions de persones el 1970 (un 9,7 per cent de la població total) a més de 6,6 milions el 2000 (16,6 per cent). A això, és necessari afegir-hi el fenomen demogràfic denominat *envelliment de l'envelliment*, és a dir, l'augment del col·lectiu de població amb una edat superior a vuitanta anys, que s'ha duplicat en només vint anys. Així mateix, diversos estudis posen de manifest la clara correlació que hi ha entre l'edat i les situacions de discapacitat, com mostra el fet que més del 32% de les persones de més de seixanta-cinc anys tenen algun tipus de discapacitat, mentre que aquest percentatge es redueix a un 5% per a la resta de la població.

A aquesta realitat derivada de l'envelliment, s'hi ha d'afegir la dependència per raons de malaltia i altres causes de discapacitat o limitació, que s'ha incrementat en els últims anys pels canvis produïts en les taxes de supervivència de determinades malalties cròniques i alteracions congènites i, també, per les conseqüències derivades dels índexs de sinistralitat viària i laboral. Un 9% de la població espanyola, segons l'Enquesta sobre discapacitats, deficiències i estat de salut de

1999, presenta alguna discapacitat o limitació que li ha causat, o pot arribar a causar, una dependència per a les activitats de la vida diària o necessitats d'ajuda per a la seva autonomia personal en igualtat d'oportunitats. Per a aquest col·lectiu es va legislar la **Llei 51/2003, de 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no-discriminació i accessibilitat universal de les persones amb discapacitat (LIONDAU)**.

- L'atenció a aquest col·lectiu de població es converteix en un repte ineludible que els poders públics no poden obviar. Des de sempre han estat les famílies, i en especial les dones, les que tradicionalment han assumit la cura de les persones dependents, de manera que han constituït el denominat **suport informal**.

Els canvis en el model de família i la incorporació progressiva de gairebé tres milions de dones, en l'última dècada, al mercat de treball, introdueixen nous factors en aquesta situació que fan imprescindible una revisió del sistema tradicional d'atenció per assegurar una adequada capacitat de prestació d'atencions a les persones que les necessiten.

La Constitució espanyola, en els articles 49 i 50, es refereix a l'atenció a persones amb discapacitat i persones grans i a un sistema de serveis socials promogut pels poders públics per al benestar dels ciutadans. Si el 1978, amb la Constitució espanyola, els elements fonamentals d'aquest model d'estat del benestar se centren, per a qualsevol ciutadà, en la protecció sanitària i de la Seguretat Social, el desenvolupament social del nostre país des d'aleshores ha situat en un nivell d'importància fonamental els serveis socials, desenvolupats fonamentalment per les comunitats autònomes, amb col·laboració especial del tercer sector, com a quart pilar del sistema de benestar, per a l'atenció a les situacions de dependència.

L'article 49 de la Constitució espanyola estableix el següent:

Els poders públics duren a terme una política de previsió, tractament, rehabilitació i integració dels disminuïts físics, sensorials i psíquics, als quals prestaran l'atenció especialitzada que requereixen, i els empararan especialment en el gaudi dels drets que aquest títol atorga a tots els ciutadans.

(Article 49)

L'article 50 de la Constitució espanyola concreta el següent:

Els poders públics garantiran la suficiència econòmica als ciutadans durant la tercera edat, mitjançant pensions adequades i actualitzades periòdicament. Amb independència de les obligacions familiars, també en promouran el benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els problemes específics de salut, habitatge, cultura i lleure.

(Article 50)

Per part de les administracions públiques, les necessitats de les persones grans, i en general dels afectats per situacions de dependència, han estat ateses fonamentalment, des dels àmbits autonòmic i local i en el marc del **Pla concertat de prestacions bàsiques de serveis socials**, en el qual també participa l'Administració general de l'Estat i, dins de l'àmbit estatal, els plans d'acció per a les persones amb discapacitat i per a persones grans.

---

El tercer sector és aquell sector de l'economia compost fonamentalment per entitats sense afany de lucre (associacions, fundacions, etc.).

---

D'altra banda, el sistema de Seguretat Social ha assumit alguns elements d'atenció, tant en l'assistència a persones grans com en situacions vinculades a la discapacitat: gran invalidesa, complements d'ajuda a tercera persona en la pensió no contributiva d'invalidesa i de la prestació familiar per fill a càrrec amb discapacitat, i també les prestacions de serveis socials en matèria de reeducació i rehabilitació a persones amb discapacitat i d'assistència a les persones grans.

És un fet indubtable que les entitats del tercer sector d'acció social participen des de fa anys en l'atenció a les persones en situació de dependència i donen suport a l'esforç de les famílies i de les corporacions locals en aquest àmbit. Aquestes entitats constitueixen una important xarxa social que preveu els riscos d'exclusió de les persones afectades.

En aquest sentit, el sistema d'atenció a la dependència és un dels instruments fonamentals per millorar la situació dels serveis socials en el nostre país, i respon a la necessitat de l'atenció a les situacions de dependència i a la promoció de l'autonomia personal, la qualitat de vida i la igualtat d'oportunitats.

#### **Sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència**

La necessitat de garantir als ciutadans i a les comunitats autònomes un marc estable de recursos i serveis per a l'atenció a la dependència porta l'Estat a intervenir en aquest àmbit configurant una nova modalitat de protecció social que amplia i complementa l'acció protectora de l'Estat i del sistema de la Seguretat Social.

- La present llei regula les condicions bàsiques de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència mitjançant la creació d'un **Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD)**, amb la col·laboració i participació de totes les administracions públiques.

El sistema té per finalitat principal la garantia de les condicions bàsiques i la previsió dels nivells de protecció, a aquest efecte, serveix de base per la col·laboració i participació de les administracions públiques i per optimitzar els recursos públics i privats disponibles. D'aquesta manera, configura un dret subjectiu que es fonamenta en els principis següents:

- Universalitat
- Equitat
- Accessibilitat

Aquest model d'atenció integral al ciutadà reconeix al beneficiari la seva participació en el sistema i administrativament s'organitza en tres nivells que ofereixen un catàleg de serveis i prestacions econòmiques:

1. Administracions del Govern espanyol
2. Administracions del Govern autonòmic
3. Administracions del Govern local



Per poder posar en marxa tot l'engranatge que requereix una llei d'aquest tipus es requereix el servei de diferents òrgans reguladors. El més important que trobem en matèria de dependència a escala estatal és l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imsero).

L'Imsero és una de les entitats gestores de la Seguretat Social d'Espanya responsables de la gestió dels serveis socials complementaris de les prestacions del sistema de Seguretat Social, les pensions d'invalidesa i jubilació, en les seves modalitats no contributives, així com l'exercici de les competències de l'Administració general de l'Estat en matèria de gent grans i persones en situació de dependència. Dins de l'Imsero, entre altres recursos, hi ha el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) i el Sistema d'Informació del Sistema d'Atenció a la Dependència (SISAAD).

## **Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència**

El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) és el conjunt de serveis i prestacions econòmiques destinats a la promoció de l'autonomia personal, l'atenció i protecció a les persones en situació de dependència, a través de serveis públics i privats concertats degudament acreditats, i contribueix a la millora de les condicions de vida dels ciutadans.

L'article 1.1 de la Llei 39/2006 estableix el següent:

" Aquesta Llei té per objecte regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat en l'exercici del dret subjectiu de ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, en els termes que estableixen les lleis, mitjançant la creació d'un Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, amb la col·laboració i participació de totes les administracions públiques i la garantia per l'Administració general de l'Estat d'un contingut mínim comú de drets per a tots els ciutadans en qualsevol part del territori de l'Estat espanyol."

(Llei 39/2006, Article 1.1)

L'objectiu principal és garantir que es cobreixin els drets de les persones en situació de dependència.

L'article 1.2 de la Llei 39/2006 s'estableix que la finalitat és:

"El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència respon a una acció coordinada i cooperativa de l'Administració General de l'Estat i les comunitats autònomes, que preveu mesures en totes les àrees que afecten les persones en situació de dependència, amb la participació, si s'escau, de les entitats locals."

(Llei 39/2006, Article 1.2)

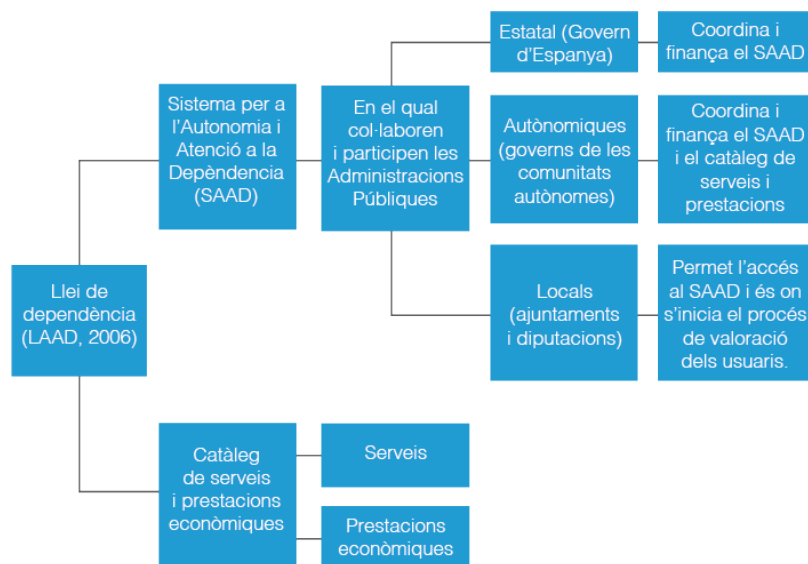
La finalitat és coordinar i cooperar amb les diferents comunitats autònomes per tal de cobrir totes les necessitats que es presentin.

## Sistema d'Informació del Sistema d'Atenció a la Dependència

El Sistema d'Informació del Sistema d'Atenció a la Dependència (SISAAD) és un programa informàtic, una base de dades, en el qual cadascuna de les comunitats autònomes introdueixen la informació en dependència del seu territori. El seu objectiu és fer més transparent la gestió de la Llei de dependència i evitar irregularitats. Les comunitats autònomes envien cada mes un certificat amb les altes, baixes, modificacions, revisions i trasllats. També expedeixen un certificat anual que ha de reflectir l'aplicació dels crèdits dels pressupostos generals de l'Estat per finançar l'atenció a la dependència i l'aportació de la comunitat autònoma al sistema.

Vegeu a figura 1.3 un esquema sobre la Llei de dependència que ens situa més clarament en el funcionament de la Llei.

FIGURA 1.3. Llei de dependència



### 1.3.4 Normativa catalana

Tenint en compte la normativa espanyola i sabent que Catalunya té competència en l'àmbit de treball, afers socials i famílies, es redacta la normativa pròpia en funció de les característiques pròpies del territori, la població que atén i les seves necessitats. A partir d'aquesta normativa es despleguen els diferents recursos i serveis que siguin necessaris per poder posar-la en marxa.

Per tal de desplegar en el nostre territori aquesta Llei de la dependència que ordena en l'àmbit estatal, en l'àmbit autonòmic es crea la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials de Catalunya. L'ordenació pel desplegament de la Llei de dependència a Catalunya ha suposat la necessitat d'establir una sèrie d'incompatibilitats i compatibilitats entre els diferents serveis i prestacions.

La Llei de serveis socials introdueix la nova denominació de la xarxa d'atenció a la dependència, anomenada Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència

(SCAAD). Aquesta llei estableix com a funcions del Govern català l'aprovació de la Cartera de Serveis Socials, l'establiment de directrius, l'elaboració de plans i programes generals, gestionar les prestacions de serveis socials que li corresponguin, etc.

La llei catalana crea també els òrgans de coordinació que poden desenvolupar tasques en aquest sentit:

1. **Consell de Coordinació de Benestar Social:** òrgan encarregat de coordinar les polítiques públiques en matèria de serveis socials, vetllar per la seva equitat territorial i articular-les amb el sistema educatiu, de salut, de cultura, de treball, d'habitatge i de justícia. Té composició mixta i està integrat per representants de l'Administració de la Generalitat de Catalunya i dels ens locals per mitjà de les seves associacions representatives.

2. **Comitè d'Avaluació de Necessitats de Serveis Socials:** òrgan amb les funcions següents:

- Proposar els mètodes, tècniques i instruments per a la detecció sistemàtica de les necessitats de la societat en matèria de serveis socials i per al seguiment de la seva evolució al llarg del temps.
- Proposar els mètodes, tècniques i instruments per a l'avaluació de l'eficàcia, l'eficiència i la qualitat del sistema de serveis socials.
- Emetre informes sobre la Cartera de Serveis Socials, el Pla estratègic i el Pla de qualitat, així com un informe previ a l'establiment dels criteris de qualitat de les activitats i prestacions de serveis socials i sobre els mecanismes d'avaluació i garantia del compliment d'aquests criteris.
- Elaborar informes d'avaluació i d'impacte, així com de recomanacions d'actuació estratègica per a la millora de la cobertura, l'eficiència i la qualitat del sistema.
- Participar en la construcció del Sistema d'Informació Social, així com en la seva avaluació.
- Establir criteris en matèria de recerca i innovació tecnològica en l'àmbit dels serveis socials, en col·laboració amb el departament competent en matèria de recerca.
- Trametre les seves conclusions a òrgans i consells de participació de la Generalitat, del món local i altres relacionats amb els serveis socials.

## 1.4 Organització del sistema públic de serveis socials a Catalunya

El sistema públic de serveis socials s'organitza en serveis socials bàsics i serveis socials especialitzats:

- Els **serveis socials bàsics** s'ofereixen des de les àrees bàsiques de serveis socials, que són el punt d'accés al sistema de serveis socials més immediat i proper a l'usuari.
- Els **serveis socials especialitzats** donen resposta a situacions i necessitats que requereixen tecnologies o recursos molt específics. Un equip de professionals diagnostica i valora cada cas. S'organitzen en municipis de més de 50.000 habitants i en comarques.

Els **serveis socials bàsics** són el primer nivell del sistema públic de serveis socials. Atenen la ciutadania de forma personalitzada i estan integrats per un conjunt organitzat i coordinat d'accions professionals amb l'objectiu de millorar el benestar social i afavorir la integració de les persones. L'objectiu principal dels serveis socials bàsics és promoure els mecanismes per conèixer, prevenir i intervenir amb persones, famílies i grups socials, especialment si es troben en situacions de risc social o d'exclusió. S'organitzen territorialment. Els municipis de més de 20.000 habitants tenen competències en serveis socials bàsics i estan dotats d'equips multidisciplinaris que disposen d'educadors, psicòlegs i treballadors socials que valoren la situació personal i social per determinar l'orientació més adequada. Els serveis socials bàsics són finançats pels ajuntaments i la Generalitat de Catalunya.

Inclouen els serveis següents:

- Informació, orientació i valoració de necessitats
- Ajuda a domicili i servei de teleassistència i telealarma
- Acol·liment residencial d'urgència
- Menjador social
- Centres oberts per a infants i adolescents

---

El copagament és la contribució econòmica que fa la persona usuària del cost total del recurs, prestació o servei al qual accedeix.

---

La persona usuària pot haver de contribuir a pagar alguns serveis, com per exemple la teleassistència i els serveis d'ajuda domiciliària. En aquest cas, la Generalitat fixa la quantitat del que s'anomena copagament.

Els serveis socials bàsics van a càrrec d'equips de professionals de diverses disciplines que tenen entre les seves funcions principals:

- Atendre, orientar i assessorar sobre tots els serveis i prestacions als quals es pot accedir.
- Promoure mesures d'inserció social i laboral, i de prevenció i atenció a maltractaments.
- Tramitar les prestacions econòmiques d'urgència social, les prestacions econòmiques d'àmbit municipal i comarcal, i les altres que els siguin atribuïdes.
- Treballar amb les entitats i associacions de la seva zona en projectes conjunts relacionats amb l'atenció social. Per tal de prevenir el risc d'exclusió i enfortir els llaços de cohesió social.

Les seves funcions més específiques són:

- Avaluar les situacions de necessitat.
- Oferir informació i assessorament amb relació als drets i els recursos socials.
- Dissenyar programes individuals d'atenció per a persones dependents.
- Prestar serveis d'ajuda a domicili, teleassistència i suport.
- Prestar serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents.
- Promoure la inserció social, laboral i educativa dels usuaris.
- Gestionar prestacions d'urgència social i determinades prestacions econòmiques.
- Dissenyar i portar a terme projectes d'atenció col·lectiva, en l'àmbit grupal i comunitari.

Els serveis socials bàsics, després d'una valoració professional, adrecen i gestionen l'accés als serveis socials especialitzats. També es coordinen amb aquests serveis per garantir una atenció social conjunta i eficaç, de qualitat i adequada a cada situació o problemàtica específica.

Els **serveis socials especialitzats** tenen per objectiu donar resposta a situacions i necessitats que requereixen tecnologies o recursos molt específics. Un equip de professionals diagnostica i valora cada cas.

Els serveis socials especialitzats poden ser de titularitat pública, per exemple, finançats per l'ajuntament o la Generalitat, o prestats per entitats diverses, tant d'iniciativa social, per exemple entitats o associacions, com mercantil, com ara empreses de serveis que intervenen en aquest sector. Un equip de professionals diagnostica i valora cada situació per tal de donar la resposta més adequada en equipaments específics.

Als recursos hi poden accedir totes aquelles persones que hagin obtingut el reconeixement oficial de la situació de dependència en algun dels graus establerts, després de realitzar la valoració pertinent. Els serveis socials són també els encarregats d'elaborar el programa individual d'atenció (PIA) per valorar, segons la situació personal, familiar i els recursos de què disposa, quins són els serveis més adequats per a la seva situació.

Els serveis especialitzats ofereixen suport i ajudes als següents col·lectius socials:

- Infància, adolescència i joventut
- Persones grans amb dependència o risc social
- Persones amb discapacitat o diversitat funcional
- Persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental

- Persones afectades pel virus de la sida (VIH)
- Cuidadors familiars o altres cuidadors no professionals
- Famílies amb problemàtica social i risc d'exclusió social
- Dones en situació de violència masclista i els seus fills
- Víctimes de delictes amb violència o persones en risc
- Persones amb drogodependències

Hi ha tot un seguit d'espais i recursos per atendre aquests col·lectius que per diferents situacions i motius es troben en situació de dependència. Hi ha recursos públics, privats, concertats o de copagament. Per conèixer més específicament quins són aquests espais i recursos disposem de la Cartera de Serveis Socials.

#### 1.4.1 Cartera de Serveis Socials a Catalunya

Visiteu la pàgina web de l'aplicació de la Cartera de Serveis Socials a: [bit.ly/2lzJyRL](http://bit.ly/2lzJyRL)

La **Cartera de Serveis Socials** determina el conjunt de prestacions de serveis, econòmiques i tecnològiques de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública i és l'instrument que assegura l'accés a les prestacions garantides de la població que les necessiti. La cartera defineix cada tipus de prestació, així com la població a qui va dirigida, l'establiment o equip professional que l'ha de gestionar, els perfils i les ràtios de professionals, els estàndards de qualitat i els criteris d'accés.

El 29 d'abril de 2014 es va publicar l'Ordre BSF/130/2014, de 22 d'abril, per la qual s'estableixen els criteris per determinar la capacitat econòmica de les persones beneficiàries de les prestacions de servei no gratuïtes i de les prestacions econòmiques destinades a l'atenció a la situació de dependència que estableix la Cartera de Serveis Socials, i la participació en el finançament de les prestacions de servei no gratuïtes de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública.

La **Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública** està formada pel conjunt dels serveis i centres de serveis socials de Catalunya, públics i privats, acreditats per la Generalitat per gestionar les prestacions determinades a la Cartera de Serveis Socials.

Les persones en situació de dependència que vulguin accedir als recursos de la Cartera de Serveis Socials han de complir els requisits següents:

- Trobar-se en una situació de dependència en algun dels graus establerts.
- Residir al territori espanyol i haver-ho fet durant cinc anys, dos dels quals han de ser immediatament anteriors a la data de presentació de la sol·licitud. Per als menors de cinc anys, el període de residència s'exigeix a qui en té la guarda i la custòdia.
- Les persones que, tot i reunir els requisits anteriors, no tenen la residència espanyola, es regeixen per la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, de drets

i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social, pels tractats internacionals i pels convenis que s'estableixen en el seu país d'origen.

- El Govern pot establir mesures de protecció a favor dels espanyols no residents a Espanya.
- El Govern estableix, amb l'acord previ amb el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, les condicions d'accés al Sistema per a l'Atenció a la Dependència dels Emigrants Espanyols Retornats.

### 1.4.2 Ajudes i tipus

La normativa catalana contempla diferents tipus de prestacions:

- **Prestacions garantides:** són aquelles exigibles com a dret subjectiu: les persones que es troben en situació de necessitat, d'acord amb el que estableixi la Cartera de Serveis Socials, tenen dret a rebre-les i l'Administració té l'obligació de prestar-les, independentment de la disponibilitat pressupostària. Es pot demanar la protecció d'aquest dret mitjançant el sistema judicial. Si es reconeix aquesta ajuda, la persona usuària té el seu dret a poder-la reclamar per la via judicial.
- **Prestacions no garantides:** són les que es donen d'acord amb el que estableix la Cartera de Serveis Socials, però també d'acord amb els crèdits pressupostaris disponibles. Per aquest motiu aquestes ajudes queden subjectes als pressupostos de l'Estat.
- **Prestacions en copagament:** el 29 d'abril de 2014 es publica l'Ordre BSF/130/2014, de 22 d'abril, per la qual s'estableixen els criteris per determinar la capacitat econòmica de les persones beneficiàries de les prestacions de servei no gratuïtes i de les prestacions econòmiques destinades a l'atenció a la situació de dependència que estableix la Cartera de Serveis Socials i la participació en el finançament de les prestacions de servei no gratuïtes. En aquest tipus de prestació, la persona usuària paga una part del recurs, mentre que l'Administració es fa càrrec d'un percentatge que dependrà de la renda d'aquesta persona i de la disponibilitat pressupostària.

### 1.4.3 Recursos i equipaments

Els diferents equipaments per atendre les persones en situació de dependència es divideixen en centres per a la gent gran, per a persones amb diversitat funcional, per a persones amb trastorns mentals, etc.

La Llei de la dependència, en el seu article 15, recull els següents **recursos i equipaments**:

- Serveis de prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal.
- Servei de teleassistència.
- Servei d'ajuda a domicili: atenció de les necessitats de la llar i cura personal.
- Servei de centre de dia i nit: centre de dia per a més grans de seixanta-cinc anys, centre de dia per a menors de seixanta-cinc anys, centre de dia d'atenció especialitzada per a diferents col·lectius, centres de suport temporal a les famílies o centres respir, centre de nit, etc. A Catalunya no existeix la modalitat dels centres de nit.
- Servei d'atenció residencial: residència per a persones grans en situació de dependència o residències per a persones amb diversitat funcional de diferents tipus.
- Prestacions econòmiques: n'hi ha de vinculades al servei, vinculades al suport en l'entorn familiar i suport als cuidadors no professionals i d'assistència personal.

Altres recursos existents més específics són:

- Centres o unitats psicogeriàtriques
- Centres o unitats socio sanitàries
- Habitatges o pisos tutelats
- Clubs socials i centres ocupacionals
- Serveis de tuteles

La Cartera de Serveis Socials els classifica en:

- Prestacions de serveis (serveis socials i serveis especialitzats).
- Prestacions econòmiques (ajudes de dret subjectiu (drets inherents a l'individu), de dret de concurrència (igualtat de dret sobre una mateixa cosa entre dues o més persones) i d'urgència social.
- Prestacions tecnològiques (ajudes tècniques dependents dels serveis socials).

Sobre les prestacions tecnològiques, ajudes tècniques o productes de suport, consulteu la unitat 4, "Productes de suport per l'autonomia personal".

### **Serveis de prevenció a la dependència i promoció de l'autonomia personal**

El servei de prevenció a la dependència i promoció de l'autonomia personal és una unitat d'internament que té com a funció el tractament rehabilitador, de cures de manteniment, de prevenció de complicacions i de suport per a persones grans amb malalties cròniques de llarga evolució que han generat incapacitats funcionals de



major o menor grau, a fi d'aconseguir la màxima autonomia que permeti la situació de la persona.

Des del mòdul social, el servei té com a objectiu donar suport a l'acolliment i manutenció de les persones ateses i garantir el suport al desenvolupament de les activitats de la vida diària dirigides a la prevenció i contenció del deteriorament físic i psíquic, afavorint l'autonomia personal i la integració social.

### **Servei de teleassistència**

El servei de teleassistència és un servei tecnològic d'atenció domiciliària que garanteix la seguretat i dona tranquil·litat i acompanyament a les persones que poden estar en situació de risc per factors d'edat, fragilitat, solitud o dependència, les 24 hores del dia i els 365 dies a l'any, detectant situacions d'emergència i donant-hi resposta immediata. És compatible amb tots els serveis i prestacions, excepte els residencials. El copagament depèn de l'ordenança de l'ens local.

### **Servei d'atenció domiciliària o ajuda a domicili**

Els serveis d'atenció domiciliària són un conjunt organitzat de recursos i accions adreçades a les persones que, per raó d'edat, dependència o diversitat funcional, tenen limitada l'autonomia per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària o requereixen atenció permanent i a distància. Hi ha obligatorietat d'hores de servei d'atenció personal. El copagament depèn de l'ordenança fiscal de l'ens local.

### **Centres de dia**

Hi ha diferents models de centres de dia, però majoritàriament estan adreçats a persones grans; també hi ha els adreçats a persones amb diversitat funcional o bé a persones amb malaltia mental.

- **Centre de dia de gent gran.** Amb aquest servei s'ofereix una atenció integral a les persones en situació de dependència durant el període diürn. Els seus objectius són millorar o mantenir el millor nivell possible d'autonomia personal i donar suport a les famílies i cuidadors, amb idèntics serveis i programes d'intervenció que els compresos en el servei d'atenció residencial.
- **Centre de dia per a majors de seixanta-cinc anys.** Són centres que ofereixen, durant el dia, atenció integral i individualitzada a persones grans, sovint amb algun grau de dependència, sigui de tipus físic o de tipus psicosocial. L'objectiu dels centres de dia és millorar o mantenir el grau d'autonomia de la persona gran, ajudant-la a gaudir del seu temps lliure i donar suport a la família o als cuidadors que l'atenen.
- **Centre de dia per a menors de seixanta-cinc anys.** El perfil dels usuaris és ser menors de seixanta-cinc anys, ser autònoms per a les activitats de la vida

diària, sense recursos econòmics suficients i persones amb problemàtica social derivada moltes vegades de malaltia mental.

- **Centres d'atenció especialitzada.** Son serveis d'acolliment diürn per a persones que, a causa del seu grau de diversitat funcional, tenen una manca total d'independència personal i necessiten controls mèdics i periòdics i una atenció assistencial permanent.

Aquests centres tenen cura dels aspectes sanitaris i rehabilitadors de les persones que assisteixen i vetllen perquè assoleixin el màxim grau d'autonomia personal i d'integració social possible dins de les seves limitacions.

Dins d'aquesta modalitat hi ha els hospitals de dia, centres ocupacionals o centres de dia per a altres col·lectius (persones amb trastorns mentals, etc.).

### **Centres de suport temporal a les famílies o centres de respir**

És un programa de suport adreçat a les famílies cuidadores que tenen a càrrec seua persones més grans de seixanta-cinc anys amb un determinat grau de dependència.

Té com a finalitat millorar la qualitat de vida de les famílies cuidadores, proporcionant-los un temps de descans i donant resposta a determinades situacions familiars imprevistes.

### **Serveis d'atenció residencial**

Són serveis que donen atenció les 24 hores del dia i en trobem de diferents tipus segons les persones usuàries que atenen.

- **Residència assistida per a persones grans.** Són serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral, adreçats a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que tenen una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la llar.

El servei s'adapta al grau de dependència de les persones usuàries.

L'equip professional que hi treballa és pluridisciplinari i està format per infermers i infermeres, auxiliars de gerontologia, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, experts en educació social, psicologia i medicina.

També hi ha un director o directora responsable i un/a responsable higienic-sanitari.

- **Llar residència per a gent gran.** Aquest servei d'acolliment residencial de caràcter temporal o permanent es destina a persones grans amb un grau d'autonomia suficient per a les activitats de la vida diària que requereixen un determinat nivell d'organització i suport personal.

L'objectiu principal és facilitar un entorn substitutori de la llar.

Les funcions que compleix aquest servei són: allotjament, manutenció, acolliment, convivència i suport personal.

La llar residència consta d'un habitatge amb serveis comuns i d'un equip professional format per un/a responsable del servei, un/a responsable higienicosanitari i de personal suficient per a la prestació adequada de les funcions d'allotjament, manutenció, acolliment, convivència i suport personal de manera que s'asseguri la presència permanent i continuada durant les vint-i-quatre hores del dia.

- **Residència per a persones grans en situació de dependència.** Aquests serveis d'acolliment residencial s'adrecen a persones de seixanta-cinc anys i més en situació de dependència. L'assignació d'un centre residencial es duu a terme a través del Programa Individual d'Atenció (PIA), que desenvolupen els serveis socials públics i que determina les modalitats d'intervenció més adients a les necessitats de les persones en situació de dependència pel que fa als serveis i les prestacions econòmiques previstes en la resolució pel seu grau i nivell.

Molts d'aquests centres entre els seus serveis ofereixen també l'opció de centre de dia.

Aquesta atenció es presta a través de serveis d'internament, atenció ambulatoria diürna sociosanitària i equips de valoració i de suport.

- **Llar residència temporal o permanent per a diversitat funcional.** Les llars residència són equipaments d'acolliment residencial, de caràcter temporal o permanent, adreçats a persones amb un grau de diversitat funcional intel·lectual igual o superior al 33% que necessiten la provisió d'un servei substitutori de la llar perquè els és impossible o desaconsellable viure a la pròpia llar.

A les llars residència s'ofereixen serveis d'atenció global orientats al manteniment i la millora de l'autonomia de les persones assistides:

- Serveis generals bàsics (acolliment, allotjament i manutenció)
- Atenció a la salut i seguretat personal a la llar
- Atenció a la dependència i capacitat funcional
- Atenció social
- Assessorament i supervisió

Aquests serveis els presten professionals de manera personalitzada i amb diferent intensitat de suport en l'atenció a les persones assistides, en funció de les seves necessitats individuals.

A la mateixa sol·licitud en què es demana accedir a un recurs de centre de dia també es fa referència a l'accés a la llar residència i a la residència, sigui quin sigui el seu nivell d'atenció.

Tenint en compte el tipus de discapacitat de la persona que es beneficia d'aquest recurs, s'establirà un nivell diferent d'atenció, un tipus diferent d'atenció per part del professional (més o menys hores) i un mòdul econòmic (més o menys alt) que es pagarà a l'entitat que l'ofereix. Aquests variaran tenint en compte el tipus de diversitat funcional (psíquica o física) de la persona.

### **Centre ocupacional**

Els centres ocupacionals són equipaments d'acolliment diürn que ofereixen atenció rehabilitadora i habilitadora a persones amb diversitat funcional intel·lectual en edat laboral. L'objectiu és capacitar les persones beneficiàries perquè aconseguixin la màxima integració social a través de l'ocupació activa.

Els serveis que ofereixen aquests centres són:

- Acolliment diürn i convivència (manutenció, higiene personal, activitats grupals de relació, descans, lleure, etc.)
- Programes individuals amb diversos nivells d'atenció en funció dels diferents graus de discapacitat:
  - Mesures rehabilitadores-habilitadores
  - Teràpia ocupacional i manteniment
  - Ajustament personal
  - Activitats formatives i prelaborals
  - Servei ocupacional d'inserció

### **Centres socials o clubs socials**

Aquest recurs és un servei d'inclusió sociocomunitària per a persones amb problemes de salut mental.

Es tracta d'un servei social especialitzat, adreçat a persones amb problemes de salut mental que té per finalitat, dins d'un marc de relacions socials, augmentar la participació i les diferents maneres de vinculació amb la comunitat.

Entre les activitats que es fan destaquen: salut i esport, expressives i artístiques, culturals, medi ambient i natura, de difusió, voluntariat o viatges i vacances.

### **Pisos o habitatges tutelats**

Els habitatges tutelats són un servei d'acolliment alternatiu per a persones grans autònomes, o bé persones amb diversitat funcional, les circumstàncies sociofamiliars de les quals no els permeten romandre a la pròpia llar o bé que volen independència.

Es tracta d'un conjunt d'habitatges amb estances d'ús comú i sense barreres arquitectòniques.

Els residents dels habitatges tutelats comparteixen tasques i despeses i, optativament, poden viure amb els cònjuges o parelles i amb les persones que en depenguin.

Els equips professionals que ofereixen el servei d'habitatge tutelat han d'estar formats, com a mínim, per un director o directora responsable i un treballador o treballadora social per a les admissions, el seguiment i la recerca de recursos, en coordinació amb la xarxa d'atenció primària.

Així mateix, han de tenir un conserge i/o un servei de teleassistència, disponible durant les vint-i-quatre hores del dia, en cas de tractar-se d'un recurs per a gent gran.

## **Salut mental**

L'atenció a la salut mental prioritza la inserció a la comunitat i combina diverses possibilitats d'atenció en l'àmbit ambulatori, comunitari de rehabilitació, d'internament i d'atenció a les addiccions, tenint en compte les necessitats de les persones malaltes i de les seves famílies.

Es tracta d'un model integral d'atenció interdisciplinària, amb equips formats per professionals de la psiquiatria, la psicologia, el treball social i la infermeria, entre d'altres.

Les persones que requereixen atenció d'aquesta tipologia poden ser ateses en centres de salut mental (on són derivades des de l'atenció primària), als serveis d'hospitalització psiquiàtrica, als centres de dia d'atenció a la salut mental i als diferents recursos d'atenció a les drogodependències (sobretot els centres d'atenció i seguiment) per a aquells usuaris amb patologia dual (trastorns mentals i addiccions).

## **Centres o unitats psicogeriàtriques**

Es tracta d'un recurs assistencial, d'atenció integral, on es treballa amb persones que pels seus trastorns mentals no poden ser ateses en el seu entorn habitual.

## **Centres o unitats socio sanitàries**

Els centres socio sanitàries són espais assistencials dotats de l'estructura i del personal necessari per atendre pacients amb necessitats sanitàries i socials.

A continuació, el següent vídeo ofereix informació sobre la Cartera de Serveis a la Dependència. També als annexos podeu veure un altre vídeo sobre les prestacions econòmiques de la Llei de la dependència:



<https://www.youtube.com/embed/2QLyUDgkr48?controls=1>

#### 1.4.4 Prestacions econòmiques

Les prestacions econòmiques són aquelles prestacions personals i periòdiques, subjectes al grau i al nivell de dependència i capacitat econòmica de la persona beneficiària. Normalment estan destinades a la cobertura de les despeses dels serveis previstos quan no és possible l'atenció per part d'un servei públic o concertat per manca de disponibilitat. La Cartera de Serveis Socials parla de tres tipus de prestacions econòmiques:

- **Prestació econòmica vinculada a la contractació d'un servei** de centre de dia, residència o servei d'ajuda a domicili quan no sigui possible l'atenció en els serveis públics o concertats.
- **Prestació econòmica de suport al cuidador no professional** que rebrà una compensació econòmica d'acord amb el grau i el nivell de dependència del familiar afectat.
- **Prestació econòmica d'assistent personal** per a aquelles persones que necessiten aquesta figura per gaudir d'una vida més autònoma.

#### 1.5 Àmbits d'actuació en funció del perfil de persona en situació de dependència

El tècnic en atenció a la dependència actua en diferents àmbits segons la tipologia de perfil de l'usuari que atén. Els àmbits d'actuació principals d'aquest tècnic són: l'àmbit institucional, l'àmbit educatiu i l'àmbit domiciliari.

##### 1.5.1 Àmbit domiciliari

El servei a domicili es tracta d'un conjunt d'actuacions que es duen a terme en el domicili de les persones en situació de dependència. Es basa en el suport i ajuda d'un/a professional al domicili que faciliti la permanència de l'usuari a casa seva amb l'objectiu que pugui mantenir el màxim temps possible les relacions amb el seu entorn. Inclou suport en la higiene personal, llevar-se, en la neteja, en la preparació dels àpats, etc. Aquest servei va destinat majoritàriament a gent

gran, persones amb diversitat funcional, persones amb problemes de salut mental i famílies amb risc d'exclusió social.

Les tasques en el domicili es poden concretar en:

- Tasques relacionades amb l'atenció personal d'activitats de la vida diària:
- Ajuda per aixecar-se, enllitar-se, higiene personal, vestir-se, menjar, canvis posturals, mobilitzacions...
- Tasques relacionades amb l'atenció personal com poden ser suport psicosocial, atenció personal, acompanyament, desenvolupament d'hàbits saludables, etc.
- Tasques relacionades amb l'atenció a les necessitats domèstiques o tasques de la llar (aquestes es detallen més al mòdul 7 de suport domiciliari) com: neteja de la llar, compra d'aliments, economia domèstica, cura de la roba..., és a dir, totes aquelles tasques que es poden dur a terme en un domicili.

Cal tenir en compte que la intensitat del servei dependrà del grau de dependència que tingui l'usuari.

### **1.5.2 Àmbit educatiu**

En l'àmbit educatiu es duen a terme tasques assistencials, educatives i de suport psicosocial. Els col·lectius que s'atenen majoritàriament són: alumnes amb diversitat funcional i amb problemes de salut mental, entre d'altres. L'objectiu que es persegueix és millorar la qualitat dels infants i joves que es troben en situació de dependència perquè puguin estar en un entorn educatiu normalitzat amb l'ajuda del tècnic/a.

El tècnic en atenció a la dependència, pot intervenir tant a l'escola ordinària com a l'escola d'educació especial. A totes dues les seves tasques aniran adreçades a la cura i higiene personal, la mobilitat i els desplaçaments, la regulació del comportament i la interacció, la salut i seguretat, els processos cognitius i d'aprenentatge i la comunicació i el llenguatge.

### **1.5.3 Àmbit institucional i/o residencial**

L'àmbit institucional dona resposta especialitzada a l'atenció integral de la persona des de la seva perspectiva biopsicosocial (atenent totes les vessants de la persona, punt de vista biològic, psicològic i social). Els col·lectius que atén majoritàriament són: gent gran, persones amb dependència, persones en convalescència, persones amb diversitat funcional i persones amb problemes de salut mental. L'objectiu

que es persegueix és millorar la qualitat de vida de les persones que es troben en situació de dependència, tenint-ne cura i atenent les seves necessitats.

Hi ha diferents tipus d'espais institucionals: centres per a gent gran, centres sociosanitaris, centres per a diversitat funcional intel·lectual, centres per a malalts mentals i centres de dia, entre d'altres.

Un cop definits els àmbits d'actuació, cal veure els orígens d'aquesta situació de dependència. Les situacions de dependència poden sorgir en qualsevol moment de la vida d'una persona i en qualsevol circumstància. Tot i això, trobem una sèrie de factors que poden suposar una probabilitat més gran de trobar-se en aquesta situació.

Actualment trobem certs factors socials i demogràfics que estan incidint de forma directa en la demanda d'atenció a persones en situació de dependència. Els més destacables són:

- La investigació de malalties i la sofisticació de la medicina han fet que hi hagi cada cop més gent gran amb malalties congènites, cròniques i greus.
- Gran quantitat de gent gran arriba als vuitanta-cinc anys i més.
- Com que hi ha un elevat nombre de gent gran, trobem que mostren grans dificultats per fer les activitats de la vida diària.
- Elevat impacte d'accidents de cotxe, domèstics...
- Envelliment de la població.
- Canvis en les estructures familiars, mobilitat demogràfica, famílies més petites...
- Incorporació de la dona al mercat laboral.
- Endarreriment de l'edat de tenir fills.

Aquests factors ocasionen, per una banda, un gran nombre de persones en situació de dependència i, per l'altra, una disminució del suport de les xarxes familiars dels membres que es troben en situació de dependència. La situació de dependència es pot donar en qualsevol moment i en qualsevol franja d'edat. És cert que si la situació de dependència es troba en edats primerenques, la situació és més crítica per a la persona i per a l'entorn, i aquesta es pot prolongar per tota la vida.

Les causes principals que poden generar una situació de dependència són:

- Discapacitats congènites, mortalitat laboral o accidents de trànsit.
- Noves malalties discapacitants, així com un entorn social desfavorable.
- Edat avançada, sempre que hi hagi un deteriorament de la persona.

Aquestes i altres causes ens porten a una situació de dependència en dos grans col·lectius:



- Persones grans
  
- Persones amb diversitat funcional

## 1.6 Principals perfils de situació de dependència

El perfil de persones en situació de dependència és molt variable, però principalment trobem tres col·lectius principals que engloben les persones grans, les persones amb diversitat funcional i les persones amb malalties mentals.

Al mòdul 5, "Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència", es desenvolupen amb profunditat els diferents perfils.

### 1.6.1 Persones grans

El col·lectiu de persones grans el conformen totes aquelles persones que s'han jubilat o es troben en edat de jubilació i l'organisme de les quals mostra signes d'envelliment que afectarà en més o menys mesura tots els seus òrgans i sistemes. Aquests canvis tenen variacions individuals: no totes les persones envelleixen igual ni al mateix ritme. No hem d'oblidar que en el procés d'envelliment també hem de tenir en compte la disminució de les capacitats auditives i de visió, així com el desenvolupament de deficiències osteoarticulares en les extremitats inferiors o columna i també processos degeneratius que provoquen deficiències múltiples i demències.

Les persones amb afectacions físiques i psíquiques que no poden fer activitats de la vida diària, tant bàsiques com instrumentals, són alguns casos d'infart o accident cardiovascular, algunes demències, Alzheimer o Parkinson en fase avançada, entre d'altres patologies.

Entre les persones grans en situació de dependència, les dones són les més desfavorides, i sobretot aquelles que pateixen discapacitats. Els motius són els següents:

- Salut: les dones viuen més temps però amb una qualitat de vida més baixa.
  
- Convivència: les dones mostren una taxa més gran de viudetat, i això fa que visquin molt temps soles.
  
- Nivell d'ingressos: les dones han tingut tradicionalment una participació més petita en el mercat laboral, han cotitzat menys i, per tant, el seu nivell d'ingressos en situacions de dependència és més baix.

### 1.6.2 Persones amb diversitat funcional

Entre les persones amb diversitat funcional, la dificultat motora és la més freqüent. Es tracta de la dificultat per desplaçar-se fora de casa, sigui a peu o fent ús d'un mitjà de transport. Un altre factor també important és la incapacitat per fer les tasques de la llar.

Un altre grup força comú és el que té afectacions físiques i psíquiques que afecten les activitats de la vida diària (AVD) i les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), per exemple, en alguns casos de danys cerebrals, danys a la medul·la espinal o danys a la musculatura.

No totes les persones amb diversitat funcional tenen el mateix grau de dependència i per tant no totes tindran opció als mateixos recursos i ajuts. El grau de dependència ve determinat per un seguit d'avaluacions realitzades per diferents professionals i un procediment per a la valoració del grau de dependència.

### 1.6.3 Persones amb malalties mentals

Les persones amb problemes de salut mental són un col·lectiu que, per alteracions de tipus emocional, cognitiu o de comportament, pot tenir afectacions en algunes àrees com les activitats bàsiques o instrumentals de la vida diària, laborals, familiars, de l'entorn, etc.

El suport familiar i social és un factor clau i contribueix a millorar les capacitats en cadascuna d'aquestes àrees. En canvi, el rebuig i la discriminació dificulten la millora de la salut de la persona amb malaltia mental.

L'atenció a les persones amb malaltia mental contempla diferents serveis de rehabilitació psicosocial, serveis sanitaris, serveis laborals, etc., però des de fa uns anys està prenent molta força el moviment associatiu de persones amb malalties mentals que lluiten per reduir l'estigma del col·lectiu i per la seva integració en la societat.

Per ampliar informació  
vegeu el documental  
"Veus contra l'estigma":  
[bit.ly/2kh98EN](https://bit.ly/2kh98EN)

## 1.7 Procediment de valoració del grau de dependència

Per tal de saber el grau de dependència d'una persona, primer de tot cal una valoració i un reconeixement del grau de dependència. Per tant, el primer que ha de fer la persona és demanar la sol·licitud de valoració. Un cop la persona que vol rebre el reconeixement de situació de dependència ha omplert i signat la sol·licitud i ha recollit la documentació necessària, l'ha de lliurar a qualsevol registre oficial o als serveis socials d'atenció primària.

Des de l'organisme receptor de la sol·licitud:

- Es comprova la documentació i s'introdueixen les dades de la sol·licitud a l'aplicació informàtica de la dependència, anomenada Sistema d'Informació de la Dependència a Catalunya (SIDEPC). En cas de no lliurar tota la documentació necessària, es requereix el que manca a la persona sol·licitant.
- S'envia la sol·licitud i la documentació adjunta als Serveis de Valoració de la Dependència (SEVAD).

El SEVAD és l'organisme encarregat de controlar tot el procés. Les seves tasques són: accés, recepció, registre, gravació, derivació per a la valoració funcional de la dependència i resolució. Els SEVAD integren diferents equips que estan distribuïts per tot el territori. Fan la valoració funcional de la situació de dependència, aplicant el barem de valoració de dependència (BVD) i, en els casos de zero a tres anys, un instrument específic, l'escala de valoració específica (escala EVE).

Vegeu pàgina web amb el Reial decret 174/2011, en el qual s'aprova el BVD i l'escala EVE  
[bit.ly/2jYTzKM](http://bit.ly/2jYTzKM)

Les funcions del SEVAD són les següents:

- Estudiar la informació de les sol·licituds per preparar la valoració funcional.
- Analitzar l'informe de salut. Si és insuficient, consultar la xarxa assistencial o demanar a la persona un informe complementari.
- Contactar amb la persona sol·licitant per acordar una visita al domicili habitual o al centre en què resideix (en el cas que estigui ingressada).
- Fer la visita de valoració.
- En cas d'incidències, reprogramar o proposar la desestimació de la sol·licitud.

La comissió de valoració, integrada per l'equip consultor dels SEVAD i com a mínim una persona representant dels serveis territorials del departament, es reuneix periòdicament, revisa les valoracions i emet un informe amb la proposta del grau de dependència. A partir de l'informe del procés de valoració emet la resolució en un termini màxim de tres mesos. El dictamen determina el grau de dependència i els serveis o les prestacions econòmiques que corresponen a la persona sol·licitant.

El barem de valoració de la dependència (BVD) és l'instrument que fa servir el col·lectiu de professionals acreditats per determinar les situacions de dependència moderada, severa i gran. Aquest barem estableix els criteris de valoració del grau d'autonomia de les persones i de la seva capacitat per fer les activitats bàsiques de la vida diària. La valoració té en compte tant els informes relatius a la salut de la persona com l'entorn en què viu, i la puntuació del grau de dependència també es basa en les tasques bàsiques de la vida diària que la persona no pot dur a terme de manera autònoma.

El **barem de valoració de dependència** té una puntuació que es basa en el desenvolupament de les tasques bàsiques de la vida diària que l'usuari no pot fer de manera autònoma.

Amb la Llei de dependència, les activitats de la vida diària (AVD) passen a agrupar-se en tres activitats o grups:

- **Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD):** fan referència a les tasques més elementals que pot fer la persona, que li permeten viure amb un mínim d'autonomia i independència. Són de caràcter universal. Hi destaquen quefers quotidians com la cura personal, les activitats personals més bàsiques (higiene personal, menjar, vestir-se), la contenció d'esfínters, la mobilitat, el reconeixement de persones i objectes i la comprensió i execució d'ordres i tasques senzilles.
- **Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD):** són més complexes, ja que impliquen més complexitat cognitiva i motriu. Estan relacionades amb la interacció amb el medi, tot i que algunes es poden delegar a altres persones. Hi destaquen el manteniment de la llar (cura de la roba, compra i preparació d'aliments), llegir i escriure, fer ús del transport públic, prendre la medicació, fer ús dels diners, emprar les noves tecnologies (com el telèfon) i també tenir cura dels altres, vigilar i cuidar infants, entre d'altres.
- **Activitats avançades de la vida diària (AAVD):** són aquelles que no són necessàries per poder-se desenvolupar de manera independent. Són força complexes i estan molt relacionades amb l'estil de vida del mateix individu. Són de caire lúdic i relacional, i ajuden els individus a poder desenvolupar-se en diferents rols socials. Hi destaquen la participació social, l'activitat laboral, l'oci i el temps lliure o l'educació, entre d'altres.

El nivell de desenvolupament de les tasques es puntua de la següent manera:

- *Sí (P):* l'usuari valorat és capaç de dur a terme la tasca sense el suport d'una altra persona.
- *No (N):* l'usuari necessita el suport d'una altra persona.
- *No aplicable (NA):* el barem de dependència no es pot aplicar a l'usuari.

En cas que l'usuari obtingui una puntuació negativa i necessiti el suport d'una altra persona per a la realització de les AVD, es valorarà el grau de suport d'una tercera persona per a la realització de les tasques de la vida diària. El grau de suport pot ser:

- **Supervisió i/o preparació (SP):** l'usuari només necessita que una tercera persona li prepari els elements necessaris per dur a terme la tasca i/o li faciliti indicacions o li proporcioni estímuls, sense cap mena de contacte físic.
- **Assistència física parcial (FP):** l'usuari necessita que una tercera persona l'ajudi físicament en la realització de la tasca.
- **Assistència física màxima (AM):** l'usuari necessita que una tercera persona el substitueixi en la realització de la tasca.

- **Assistència especial(AE):** l'usuari presenta trastorns de comportament i/o problemes perceptivocognitius que dificulten la prestació del suport d'una tercera persona en la realització de la tasca.

El problema es recull com a físic (F) o mental (M) o bé ambdós (A) i la freqüència s'estableix entre 0 (gairebé mai) i 4 (sempre).

#### Exemple de procediment de valoració del grau de dependència

La Joana és una dona de quaranta-cinc anys que té esclerosi múltiple. Actualment va en cadira de rodes. Té dificultats per a la realització de gran part de les activitats de la vida bàsica i instrumental. Per aquest motiu, vol ser valorada per saber el seu grau de dependència i saber a quins recursos o prestacions pot optar.

En primer lloc, demana la sol·licitud de la valoració i aporta la documentació pertinent. Per fer aquest tràmit ha anat als serveis socials, que han remès la seva documentació als serveis de valoració de la dependència. Aquests serveis es posaran en contacte amb ella per fer una visita al seu domicili i fer la valoració funcional de la seva situació. Una vegada valorat el cas per la comissió de valoració, s'emetrà la resolució.

Si a la Joana li fessin el BVD es podria comprovar com en els ítems de valoració d'una activitat de la vida diària, la realització de les tasques domèstiques podria obtenir els següents resultats de la taula taula 1.3:

**TAULA 1.3.** Exemple de BVD

Fer tasques domèstiques	Nivell de desenvolupament	Problema	Suports personals	Freqüència
Preparar menjars.	N	F	FP	3
Fer la compra.	N	F	FP	3
Netejar i cuidar l'habitatge.	N	F	AM	3
Rentar i cuidar la roba.	N	F	AM	3

Segons la necessitat d'ajuda que té una persona per a les activitats bàsiques de la vida diària, a partir del barem de valoració de la dependència (BVD) s'estableixen tres graus de dependència: dependència moderada (grau I), dependència severa (grau II) i gran dependència (grau III).

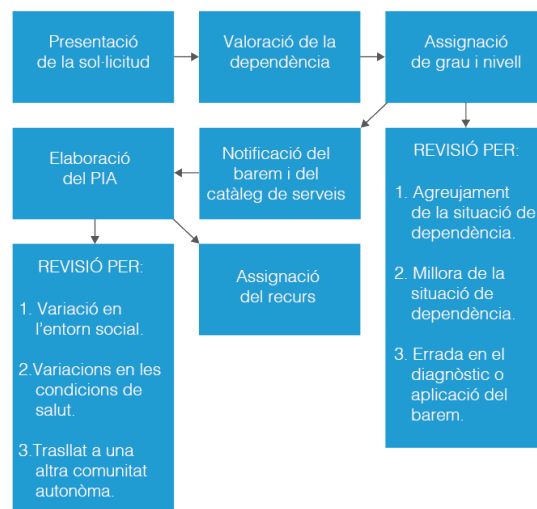
1. **Grau I: dependència moderada:** es considera que una persona té un grau de dependència moderada quan necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia, o té necessitats d'ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal. (De vint-i-cinc a quaranta-nou punts al BVD).
2. **Grau II: dependència severa:** es considera que una persona té un grau de dependència severa quan necessita ajuda per a diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix la presència permanent d'una persona cuidadora o té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal. (De cinquanta a setanta-quatre punts al BVD).
3. **Grau III: gran dependència:** es considera que una persona té una gran dependència quan necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària unes quantes vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua

d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per a la seva autonomia personal. (Setanta-cinc punts o més al BVD).

Quan s'ha emès la resolució, els serveis socials de l'ajuntament de la persona sol·licitant o els del centre on es troba ingressada es posen en contacte amb la persona usuària, si es troba en condicions adequades, per començar el programa individual d'atenció (PIA).

Al següent esquema es pot veure clarament tot el procediment de sol·licitud del grau de dependència (vegeu la figura 1.4).

**FIGURA 1.4.** Procediment de sol·licitud de dependència



## 1.8 Programa individual d'atenció

El **programa individual d'atenció (PIA)** és l'instrument que utilitzen els serveis socials per determinar les modalitats d'intervenció més adequades a les necessitats de les persones d'entre els serveis i les prestacions econòmiques previstes pel seu grau de dependència.

Per tal de poder desenvolupar correctament el PIA és necessària la participació de la persona usuària i/o la família o les entitats tutelars que la representin, així com els professionals implicats, que tenen en compte l'estudi dels aspectes socials i de l'entorn de la persona sol·licitant, la capacitat econòmica, les preferències i necessitats, així com les disponibilitats de recursos a l'hora d'acordar els serveis o les prestacions més adients a la seva situació personal.

Un cop analitzat el grau de dependència de la persona usuària i elaborat el PIA, apareixen dos documents que ens ajuden a planificar i gestionar les seves necessitats, així com valorar quin o quins recursos dels que ofereix la Cartera de Serveis Socials són els més adequats.

La fase de valoració del PIA comprèn un segon termini, també d'un màxim de tres mesos, durant el qual s'elabora el pla individual d'atenció. S'inicia el termini a

partir de la data de la primera resolució i es defineix amb una segona resolució que concreta les particularitats del PIA (aquesta segona resolució estableix la concreció i característiques del servei i/o prestació econòmica que rebrà la persona beneficiària). D'aquesta manera, la durada màxima de tot el procés, que incorpora les dues fases anteriors, no ha de superar els sis mesos.

Aquesta fase consta de la documentació següent:

- Síntesi de l'informe social: dades bàsiques de la persona i de l'entorn, així com l'ús o la necessitat de serveis i la valoració d'un professional.
- Acord del programa individual d'atenció (PIA): preferències de la persona i disponibilitat dels recursos.
- Documentació complementària: poden adjuntar-se certificats, informes, rebuts...

La documentació original es trameta, hi hagi acord o no, al registre del servei territorial del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Un cop reconeguda la situació de dependència, el grau de dependència es pot revisar a instància de la persona interessada, dels seus representants o d'ofici per les administracions públiques competents per alguna de les causes següents:

- Millora o empitjorament de la situació de dependència
- Error de diagnòstic o error en l'aplicació del barem corresponent.

Per sol·licitar el procés de revisió del grau de dependència cal emplenar un formulari específic que s'ha de complementar amb un nou informe mèdic. El procés de lliurament és exactament el mateix que el de la sol·licitud del reconeixement de la situació de dependència.

### **1.8.1 Pla individual d'atenció integral i pla individual de vida independent**

Després de l'elaboració del PIA, es pot decidir que la persona, pel seu grau de dependència, ha d'anar a un centre residencial, rebre l'assistència domiciliària o bé l'assistència personal. En cas que hagi d'anar a un centre, la mateixa institució disposarà d'un nou document anomenat de múltiples maneres. Per exemple, es pot anomenar **pla individual d'atenció integral** (PIAI). Si, en canvi, la persona rep una prestació econòmica per a la contractació d'un assistent personal, haurà de disposar d'un altre document, anomenat **pla individual de vida independent** (PIVI). Ambdós documents són els que ens ajuden a planificar i dirigir les atencions que necessiten els usuaris atesos.

- El Pla individual d'atenció integral (PIAI) és el document que regula la intervenció en els entorns residencials.

- El Pla individual de vida independent (PIVI) és l'instrument mitjançant el qual les persones en situació de dependència identifiquen quines són les seves necessitats per dur a terme el seu projecte de vida de forma independent, es marquen els objectius que es volen assolir, les tasques per assolir els objectius i els diferents suports que necessiten per dur-les a terme, sempre tenint en compte el seu projecte de vida personal.

Vegeu la unitat 2, l'apartat 1, "Planificació i execució de la intervenció per a l'atenció a les persones en situació de dependència a l'àmbit institucional", i també l'apartat 3, "Planificació i execució de la intervenció en persones en situació de dependència en l'àmbit domiciliari", per aprofundir sobre el PIAI, el PIVI i la figura de l'assistent personal.

Mitjançant el PIVI, les persones amb diversitat funcional, amb l'ajuda i les recomanacions dels diferents professionals, planifiquen les atencions que volen rebre. Aquestes atencions les reben per mitjà d'un servei d'assistència personal. La diferència més important respecte al PIAI, és que en el PIVI les persones amb diversitat funcional participen activament de la redacció del pla: són les protagonistes de la planificació, del disseny i de l'autogestió d'aquest servei. En canvi, en el PIAI els usuaris són únicament receptors del servei i no solen participar en la redacció del programa.

Una altra diferència important recau en l'àmbit d'actuació. El PIAI és un document que trobem en l'àmbit institucional, per tant, totes les actuacions es duen a terme en institucions. El PIVI es dona en l'àmbit domiciliari, però abasta totes les àrees d'actuació de la persona: temps lliure, estudis, metges, etc.

Mentre que en el PIAI els professionals de les diferents àrees són els encarregats d'elaborar-lo, per tal que el PIVI es pugui dur a terme és necessària la figura de l'assistent personal. L'assistent personal garanteix a la persona l'exercici de drets i la igualtat de condicions de la resta de la ciutadania. La funció de l'assistent personal és proporcionar el suport necessari perquè la persona amb dependència pugui dur a terme les activitats que conformen el seu projecte vital.

La filosofia del moviment de vida independent és: "Res sobre nosaltres sense nosaltres".

## 1.9 Cultura de vida independent

El **moviment de vida independent** té els seus orígens durant els anys seixanta als Estats Units d'Amèrica. Aquest moviment va ser impulsat per persones amb diversitat funcional i les seves organitzacions, les universitats i les associacions de veterans de guerra. La reivindicació consistia a desinstitucionalitzar les persones amb diversitat funcional i retornar-les a una vida de participació en la comunitat.

A Espanya el moviment de vida independent s'articula a través del **Fòrum de Vida Independent** (FVI) creat l'any 2001. El Fòrum de Vida Independent i Divertat ha estat promotor de diversos projectes basats en la filosofia d'aquest moviment mundial. És una agrupació ciutadana que lluita per la discriminació de les persones amb diversitat funcional. De fet, en aquest fòrum per primera vegada, l'any 2005, es parla del concepte d'homes i dones amb diversitat funcional. És una comunitat virtual, un lloc de reflexió, intercanvi de coneixement i debat on tenen cabuda totes les persones sense distinció.



Quan parlem de **diversitat funcional** fem menció d'aquelles persones que presenten una capacitat física, sensorial, intel·lectual o mental diferent de la resta de la població; és a dir, que la seva manera de funcionar és diferent de la convencional. És per això que el terme *diversitat funcional* se centra a buscar el respecte i la llibertat de qualsevol persona.

L'any 2005 el Fòrum de Vida Independent de Catalunya, amb l'objectiu de difondre la filosofia de vida independent a Catalunya crea un projecte autogestionat de vida independent.

La paraula *divertat* és inventada al FVI i, segons el seu creador, Javier Romañach, reuneix la síntesi de dues paraules: *llibertat* i *dignitat en la diversitat*.

El Moviment de Vida Independent força i transforma les limitacions del marc social existent per construir una nova concepció de les anomenades cures i reformular-les en vida independent. El dret a la vida independent és un dret invisibilitzat; la majoria de la població no és conscient del que significa no disposar de suports per a accions tan essencials com aixecar-se, ficar-se al llit, desplaçar-se o comunicar-se quan no és necessària l'ajuda d'una altra persona.

A Espanya, l'any 2008 es fa la ratificació de la **Convenció de l'ONU sobre els Drets de les Persones amb Diversitat Funcional**. Els principis generals d'aquesta convenció són:

- Respecte per la dignitat
- No-discriminació
- Participació i inclusió plenes i efectives en la societat
- Respecte per la diferència
- Igualtat d'oportunitats
- Accessibilitat
- Igualtat entre l'home i la dona
- Dret a preservar la identitat

A Espanya es reconeix el dret a la vida independent, reconegut en l'article 19 de la Convenció. Actualment és exigible per a tots els ciutadans espanyols i obligat de complir per als organismes i institucions públics, que han d'adoptar mesures efectives i pertinents per facilitar el benefici ple d'aquest dret.

"El dret en igualtat de condicions de totes les persones amb discapacitat a viure en la comunitat, amb opcions iguals a les de les altres persones."

Convenció de l'ONU sobre els Drets de les Persones amb Diversitat Funcional, article 19.

La creació de xarxes socials de suport entre iguals que permetin a les persones amb diversitat funcional compartir l'experiència vital, els coneixements i els suports en vida independent genera la creació d'**oficines de vida independent (OVI)**, conegudes en anglès com a *centres for independent living*.

La missió de les OVI és fonamentalment:

- Difondre l'enfocament de drets humans i vida independent com a eix vertebrador de tota acció i reflexió.
- Promoure lleis, polítiques i recursos orientats a donar poder a la persona i potenciar la seva independència i autodeterminació.
- Crear un model de cooperació, capacitació i autogestió basat en xarxes socials de suport entre iguals.

L'Estat espanyol disposa de diverses iniciatives sobre creació d'oficines de vida independent i de projectes de gestió d'assistència personal, com és el cas de Catalunya i la Comunitat de Madrid, que van posar en marxa projectes pilot entre les diferents administracions, les OVI i entitats com Ecom a Catalunya i Aspaym a Madrid.

A Catalunya, l'any 2010 també es va aprovar l'Ordre ASC/471/2010, per la qual es regulen les prestacions i els professionals de l'assistència personal.

Un altre dels organismes importants de la cultura de vida independent és la **Xarxa Europea de Vida Independent**(European Network on Independent Living), creada l'any 1989. És una xarxa d'àmbit europeu de persones, grups i organitzacions de vida independent que es crea amb la finalitat de representar el moviment de vida independent en la seva lluita pels drets humans, la inclusió social basada en la solidaritat, el suport entre iguals, la desinstitucionalització, la democràcia, l'autorepresentació, la discapacitat i l'autodeterminació.

També existeix la **Federació de Vida Independent**, una xarxa federal d'organitzacions dedicades a la vida independent que neix amb l'objectiu de promoure polítiques i recursos perquè qualsevol persona amb diversitat funcional pugui accedir a una vida independent.

## 2. Els professionals dels serveis d'atenció a persones en situació de dependència

La Llei d'atenció a persones en situació de dependència, la Llei de serveis socials i la Cartera de Serveis Socials estableixen els recursos i perfils professionals que han d'intervenir en els diferents serveis. Els professionals que hi intervenen són personal qualificat per atendre les persones dependents de la millor manera possible i segons les seves necessitats. Saber quins professionals són, quina formació necessiten i quines estratègies segueixen per poder-se organitzar és important per tal d'oferir una atenció integral.

Així mateix, un bon treball en equip i una bona comunicació són aspectes imprescindibles per dur a terme una intervenció de qualitat.

### 2.1 Origen de l'equip interdisciplinari en els serveis d'atenció a les persones en situació de dependència

La tasca professional del tècnic en atenció a persones en situació de dependència es pot dur a terme en diversos àmbits, com poden ser: l'àmbit domiciliari, l'àmbit educatiu i l'àmbit institucional. Independentment de l'àmbit d'actuació, l'objectiu que es persegueix és el benestar màxim de la persona atesa, i per assolir aquest objectiu tan ambiciós cal cobrir les necessitats bàsiques de la persona usuària. Per això és necessari conèixer quines són aquestes necessitats i valorar en quin grau s'han de cobrir per tal de poder actuar.

Abraham Maslow fou un psicòleg nord-americà, estudiós de la psicologia humanista, que en la seva teoria va establir una jerarquia de les necessitats humanes i com poder satisfer-les, de les més bàsiques a les més complexes. Per entendre el concepte de necessitats bàsiques i el seu origen convé conèixer la teoria de la piràmide d'Abraham Maslow, que ens indica quines són les necessitats bàsiques que tenim els éssers humans i com aquestes van evolucionant a mesura que les anem tenint cobertes.

La piràmide es divideix en cinc nivells. Els quatre primers nivells són descrits com a necessitats de dèficit. El cinquè, situat a la part superior, com a necessitat d'autorealització. La idea bàsica de Maslow és que només s'atenen les necessitats superiors quan s'han pogut cobrir les bàsiques, és a dir, les que se situen en els nivells inferiors.

Els nivells inferiors, i més bàsics, engloben les necessitats fisiològiques bàsiques i vitals per a la supervivència. Maslow considera que aquestes necessitats són les més bàsiques, ja que les altres són secundàries. Fins que no s'hagin cobert les d'aquest nivell, no podem cobrir les dels nivells superiors. Dins del **primer nivell**, que ell anomena *necessitats fisiològiques*, trobem:

- Respirar, beure aigua i alimentar-se.
- Mantenir l'equilibri del pH i la temperatura corporal.
- Dormir, descansar i eliminar les deixalles.
- Evitar el dolor.
- Tenir relacions sexuals.

En el **segon nivell**, anomenat *necessitats de seguretat i protecció*, s'engloben les necessitats que té tota persona per mantenir la seguretat i la protecció, que són necessàries per viure però estan a un nivell diferent que les necessitats fisiològiques, ja que s'han de satisfer abans les primeres. En aquest nivell trobem necessitats:

- Físiques i de salut.
- D'ocupació, d'ingressos i recursos.
- De moral, familiar i de propietat privada.

En el **tercer nivell** hi ha el que anomena *necessitats socials* (afiliació i afecte). Són les necessitats relacionades amb les funcions de relació i d'acceptació social. L'ésser humà per naturalesa sent la necessitat de relacionar-se, de ser part d'una comunitat. Maslow considera que aquestes necessitats són menys bàsiques i només tenen sentit quan les dues anteriors estan satisfetes. Les més evidents són:

- Associació.
- Participació.
- Acceptació.
- Amor.
- Afecte.
- Pertinença o afiliació a un cert grup social.

En el **quart nivell** hi ha les *necessitats d'estima o reconeixement*, que apareixen un cop cobertes les necessitats dels tres primers nivells de la piràmide. Maslow divideix l'estima en dos subnivells:

- Alta, com la necessitat del respecte a un mateix: confiança, competència, mestratge, èxits, independència i llibertat.
- Baixa, com la necessitat relativa respecte a la resta de la gent: atenció, estima, reconeixement, reputació, estatus, dignitat, fama, glòria i fins i tot domini.

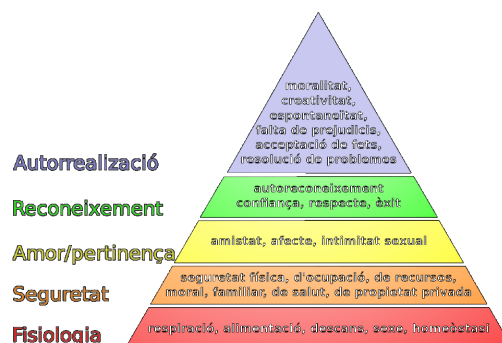
Quan satisfan aquestes necessitats, les persones se senten segures i pensen que són valuoses dins la societat. En canvi, quan aquestes necessitats no són satisfetes, se senten inferiors i sense valor.

En el **cinquè nivell** hi ha el que anomena *necessitat d'autorealització personal*. Aquesta necessitat és al vèrtex de la piràmide. A través de la seva satisfacció es troba una justificació o un sentit vàlid a la vida. S'arriba a aquest nivell quan totes les altres necessitats han estat assolides. Aquestes són les més importants:

- Espiritual.
- Moral.
- Recerca d'una missió a la vida.
- Ajuda desinteressada cap als altres.

A continuació es pot observar la piràmide de Maslow amb els seus cinc nivells (vegeu figura ??).

**FIGURA 2.1.** Piràmide de Maslow



Font: Wikimedia Commons.

La teoria de Maslow parteix de l'ésser humà com un ésser biològic, psicològic i social. El seu potencial està determinat per les seves característiques biològiques (físiques), però les seves actuacions es veuen influïdes per aspectes psicològics (com desitjos, motivacions i inhibicions) i per l'entorn social (la pressió que exerceixen altres persones, els condicionaments legals, etc.). Aquests tres aspectes no es poden separar, ja que constitueixen un tot. La conducta de les persones constitueix un tot, una unitat biopsicosocial.

El **model biopsicosocial** fa referència a l'enfocament que atén la salut de les persones a partir de la integració dels factors biològics, psicològics i socials. Aquest model entén que el benestar de les persones arriba quan les tres dimensions estan ateses i satisfetes. La medicina, la psicologia i la sociologia es conjuguen en el model biopsicosocial, que considera la connexió entre el cos, la ment i el tractament de malalties, trastorns i discapacitats.

El terme *biopsicosocial* va ser desenvolupat pel metge psiquiatre nord-americà George Liebman Engel l'any 1977, quan buscava un nou model mèdic per fer

front al biomèdic, fins llavors dominant en la societat industrialitzada. La proposta va tenir una bona acceptació per part de certs grups que desitjaven ampliar els horitzons de la medicina amb la incorporació de la compassió i l'empatia.

En primer lloc, el model psicosocial pretenia deixar enrere l'esquema tancat de "causa-efecte", segons el qual el pla emocional i el context social no influïen en el procés de curació o en el tractament d'una malaltia o discapacitat. D'altra banda, també era un pas cap a una realitat en la qual els metges començarien a tenir en compte l'opinió del pacient abans de prendre les seves decisions; en altres paraules, el pacient va passar de ser "objecte" a ser "subjecte".

Hi havia el ple convenciment que els aspectes biològics de l'ésser humà depenien d'una sèrie d'aspectes molt àmplia, que abastava els biològics, els de caràcter social i els psicològics. A partir d'aquesta tricotomia van anar apareixent els diferents professionals que conformen els equips de treball de l'àmbit de la dependència.

## 2.2 Instruments objectius per mesurar les necessitats bàsiques

Aquestes teories també van aportar uns instruments objectius per mesurar les necessitats bàsiques, que s'anomenen *escales objectives*. Les escales objectives no són un únic instrument, ja que amb la informació que donen no n'hi ha prou, sinó que s'ha d'ampliar amb altres mètodes de recollida d'informació, entrevistes, observacions...

Els resultats d'aquestes escales serveixen per avaluar cada àrea de la persona i donar orientacions sobre quin és el professional que ha d'intervenir. La gran utilitat d'aquests instruments és ajudar l'equip de professionals a dur a terme les seves tasques de la millor manera possible i sense perdre de vista la dimensió biopsicosocial de la persona.

Les escales són un petit exemple dels instruments que hi ha per avaluar les diferents dimensions que componen la persona. Són instruments estandarditzats, és a dir, mesuren de forma fiable allò per a què s'han ideat i estan dividits tenint en compte la informació que ens aporten segons la dimensió biopsicosocial de l'ésser humà.

Així doncs, hi ha diferents tipus d'escales: escales que aporten informació física (biològic), escales que aporten informació cognitiva (psicològic), escales que aporten informació social (social), o algunes que aporten informació general de l'estat de la persona i que permeten valorar si aquesta pot viure de forma independent.

Vegem algunes d'aquestes escales:

- **Escala de Barthel:** analitza deu apartats, amb vuit grups d'activitats (alimentació, ús del lavabo, vestir-se, higiene personal, utilització del WC, transferències del cos, deambulació i dificultats per pujar i baixar escales)

i dues funcions més que fan referència a la deposició i a la micció. La puntuació màxima és de 100, en què es considera que la persona és independent; en canvi, si es marca 0, es considera que té gran dependència.

- **Escala de Lawton i Brody:** és una escala que ens ajudarà a completar la informació que obtinguem de l'escala de Barthel. S'agrupa en vuit grups d'activitats (utilització del telèfon, anar a comprar, preparació del menjar, treballs domèstics, rentar la roba, transport, control de la medicació i capacitat de la gestió financera). La puntuació oscil·la de 8 a 0.
- **Escala de Katz:** s'engloba en sis apartats, en què destaquen cinc grups d'activitats (el bany, vestir-se, la utilització del WC, les transferències i l'alimentació). S'avalua en vuit nivells des de la lletra A (mínima independència) fins a la lletra G (màxima dependència).
- **Escala d'incapacitat de la Creu Roja:** recull de manera global dos grups d'activitats (la marxa i els actes de la vida diària), en què 0 seria independència i 5 màxima dependència.
- **Escala de Tinetti:** escala centrada en la valoració de la marxa i l'equilibri dels usuaris. Es tracta d'una escala indicada per analitzar el risc de caigudes de les persones de la tercera edat. L'escala es compon de dos apartats: primer, l'examinador ha d'avaluar l'equilibri en la persona de la tercera edat, tenint en compte els següents ítems (equilibri assegut, equilibri en el moment d'aixecar-se, equilibri en bipedestació, com s'aixeca, intents a l'hora d'aixecar-se, empena i gir de 360°); en segon terme, se n'analitzarà la marxa, tenint en compte el començament de la marxa, la longitud i el desplaçament, simetria, continuïtat de les passes, trajectòria, moviment del tronc i postura durant la marxa. El resultat s'avalua de la següent manera: com més puntuació, més bon funcionament tant de la marxa com de l'equilibri. La màxima puntuació en la marxa és de 12, i en l'equilibri, 16.
- **Escala de depressió de Yesavage:** es tracta d'una escala que avalua la depressió en persones de més de seixanta-cinc anys. Hi ha dos tipus de qüestionaris: per una banda, trobem el qüestionari curt, que està format per cinc ítems. Cada resposta negativa que es doni dins del qüestionari puntuarà amb un punt; si el nombre de respostes negatives és igual o superior a 2, direm que la persona pateix depressió. L'altra opció és aplicar el qüestionari llarg, compost per 15 ítems. Com en el qüestionari curt, cada resposta negativa es puntua amb un 1. Si la persona obté cinc punts o més, direm que pateix de depressió.
- **Minixamen cognitiu de Lobo:** també conegut com a MEC de Lobo, és la versió adaptada i més utilitzada a Espanya. El test original prové de Mini-Mental State Examination de Folstein. Aquest test s'utilitza per avaluar els graus de demències, sobretot l'evolució de l'Alzheimer. Com en el de Yesavage, en trobem dues versions, una de més curta i una de més llarga. Aquesta escala s'encarrega d'avaluar cinc àrees cognitives: l'orientació, l'observació, la concentració i el càlcul, la memòria i el llenguatge.

- **Escala de Kenny:** s'agrupa en sis grups que analitzen 17 activitats: vuit fan referència a la mobilitat (transferències del cos mentre és al llit, assegut, dret, camina...) i nou d'autocura (vestir-se, calçar-se, rentar-se...). Cada grup s'avalua de 0 a 4 segons el nivell de dificultat, en què 0 és independència i 24 màxima dependència.

Consulteu els annexos, on podreu trobar un document amb exemples de cadascuna de les escales.

A continuació es poden observar les diferents **escales de valoració** que s'utilitzen en cadascun dels casos; trobareu les correspondències a la taula 2.1. Les escales de valoració són les següents:

**TAULA 2.1.** Escales de valoració de les AVD

Aspecte a valorar	Escala de valoració
ABVD	Escala de Barthel
	Escala de Katz
	Escala d'incapacitat de la Creu Roja
AIVD	Escala de Lawton i Brody
Marxa i equilibri	Escala de Tinetti
Àrea mental i afectiva	Escala de depressió de Yesavage
Estat mental	Minixamen cognitiu de Lobo
Rehabilitació	Escala de Kenny

### 2.3 El grup o l'equip de treball

Una atenció integral suposa oferir resposta tenint en compte totes les necessitats que presenta la persona (físiques, psíquiques i socials); és a dir, considerant les seves necessitats globalment, entenent que totes són importants i que la seva satisfacció ajudarà que l'usuari aconsegueixi el màxim equilibri personal possible.

Per poder atendre la persona en situació de dependència segons les seves necessitats i de forma integral s'ha de treballar amb un conjunt de professionals; cada un d'ells aportarà el seu coneixement per poder atendre la persona de forma integral i tenint en compte les seves necessitats. Aquest conjunt de professionals sempre treballarà en equip.

És molt important tenir clares les diferències que hi ha entre el que considerem un grup o un equip de treball. A la taula següent (vegeu taula 2.2) es poden observar aquestes diferències:

**TAULA 2.2.** Grup i equip

Grup	Equip
Només hi ha un interès comú.	Té un objectiu definit.
El treball està distribuït en parts iguals.	Distribució del treball basant-se en les habilitats o capacitats personals, o obrint noves possibilitats de desenvolupament.
Hi pot haver un responsable o no.	Coordinador per comunicar dificultats, enllaços i mostrar avenços.
Valoració individual del que s'aconsegueix en funció del que s'ha fet.	Valoració del que han aconseguit tots els integrants de l'equip.



TAULA 2.2 (continuació)

Grup	Equip
Les conclusions són personals.	Conclusions col·lectives.
No és necessària l'autoavaluació.	Autoavaluació present en tot moment.

D'aquesta manera es pot veure que quan parlem de grup podem referir-nos, per exemple, al grup familiar o grup d'amics i quan parlem d'equip podem referir-nos als professors d'una escola, a una orquestra de música, a una colla castellera o als professionals d'una residència d'avis.

### 2.3.1 Equip de treball

L'**equip de treball** és un grup de persones amb una missió o objectiu comú, amb habilitats que es complementen, que treballen de forma coordinada i amb la participació de tots els seus membres per tal d'aconseguir una sèrie d'objectius comuns, dels quals en són responsables.

D'aquesta definició es treuen quatre característiques claus del treball en equip, que són:

- L'organització, ja que encara que les persones treballin juntes, si no treballen coordinades, no formen un equip.
- Les habilitats, les aptituds i els esforços de cada component convergeixen en la consecució d'aquest objectiu; és el que s'anomena sinergia.

La **sinergia** és quan el resultat és superior a la suma dels resultats de cada element o de cada part actuant aïlladament: un i un fan tres.

- Les tasques es distribueixen entre les diferents persones, que les hauran d'aplicar seguint una metodologia i uns procediments preestablerts (protocols).
- L'objectiu comú o tenir una meta determinada, ja que els membres de l'equip han de tenir clar l'objectiu que es vol aconseguir i fer-se partícips del procés.

#### Avantatges del treball en equip

Treballar en equip ofereix un seguit d'avantatges com: diversitat de visions davant una mateixa situació, comunicació i suport entre diferents figures professionals, major eficiència, oportunitat d'adquirir i compartir coneixements i habilitats, etc.

La tasca de treballar en equip, en alguns moments pot resultar complicada i s'ha de tenir en compte que els equips de treball viuen un procés de transformació al llarg de la seva vida i que passen per diferents etapes que defineix bé la teoria de Tuckman (1965). Aquestes fases són quatre:

Consulteu els annexos, on podreu visionar un vídeo animat per reflexionar sobre el treball en equip.

#### Bruce Tuckman

Al 1965, el Dr. Bruce Tuckman va estudiar els equips des de la seva formació fins a la finalització d'una tasca i va identificar les etapes crucials en el cicle de vida d'un equip. És el que es coneix com a *model Tuckman*.

1. **Fase de formació:** durant aquest període inicial els individus no es coneixen; s'experimenten por i desconfiances. És quan s'estableixen les regles i s'estableix la metodologia a seguir.
2. **Fase de conflicte:** comencen a sorgir desacords, floreixen les individualitats i és el moment de cedir en algunes coses i arribar a acords en unes altres.
3. **Fase de normalització:** una vegada solucionats els conflictes, augmenta la confiança i apareix el sentiment de pertinença. Les persones deixen d'intentar sobresortir i comencen a cooperar. Es creen relacions interpersonals fortes.
4. **Fase d'acompliment:** és la maduresa de l'equip. Sabem què estem fent i per què ho estem fent. Hi ha una gran col·laboració, cohesió i atracció cap a l'equip.

És important que es tingui en compte que hi ha diferents tipus d'equips de treball que es diferenciarien segons quina sigui la seva composició i la manera com s'organitzin:

- **Equip interdisciplinari:** està format per professionals que procedeixen de diferents disciplines, però que estan orientats a un mateix objectiu: l'atenció integral. La presa de decisions es pren de forma consensuada, ja que la informació s'analitza de forma conjunta.
- **Equip multidisciplinari:** també el seu objectiu és atendre la persona de forma integral. La presa de decisions es pren de forma individual. És a dir, cada professional pren la decisió que considera més adient per a la persona usuària segons la seva parcel·la de coneixement.
- **Equip monodisciplinari:** aquests equips estan formats per professionals que procedeixen de la mateixa disciplina. No són efectius en el treball amb persones.

En l'entorn professional del tècnic en atenció a la dependència, els equips majoritaris són interdisciplinaris.

**L'equip interdisciplinari** és un grup de persones que a partir de conceptes, mitjans o instruments propis de cada una de les disciplines, elaboren un pla de treball sobre un problema comú segons la competència de cadascun d'ells, amb una comunicació constant i que té com a objectiu prevenir o resoldre errors i compartir la responsabilitat del resultat final.

Tanmateix, es poden trobar diferents tipus d'equip de treball segons el temps de funcionament, el grau de formalitat o la jerarquia de l'equip:

Segon els temps de funcionament seran:

- **Permanents:** funcionen de manera indefinida.

- **Temporals:** creats per resoldre eventualitats.

Segons el grau de formalitat poden ser:

- **Formals:** es creen amb un objectiu preestablert.
- **Informals:** es creen amb un objectiu puntual o amb fins socials.

Segons la jerarquia poden ser:

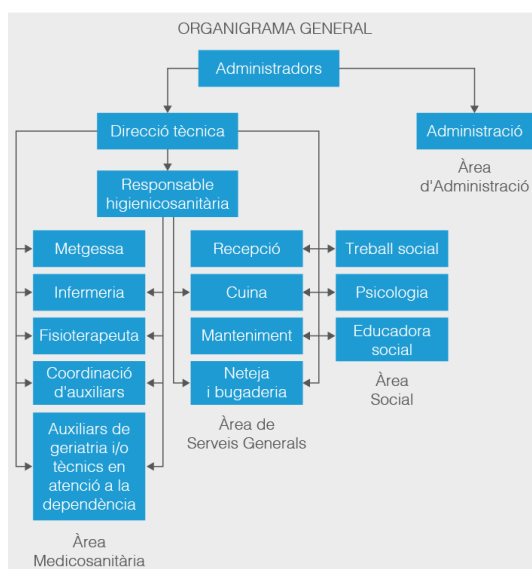
- **Horitzontals:** tots els integrants estan al mateix nivell i posició a l'hora de prendre decisions.
- **Verticals:** els membres ocupen diferents posicions i estan en diferents nivells jeràrquics.

En el cas dels equips que intervenen amb persones en situació de dependència als diferents recursos i serveis, generalment són equips permanents, formals i horitzontals o verticals segons el cas. En aquest sentit és important tenir clara l'estructura organitzativa en la qual intervenim com a equip. Aquesta estructura organitzativa es representa en un organigrama.

L'organigrama és la representació gràfica de l'estructura organitzativa d'una institució. Generalment la majoria de centres i serveis compten amb una direcció, comandament intermedis o tècnics, supervisors, auxiliars, etc.

A continuació, vegeu un exemple d'organigrama d'un centre residencial (vegeu la figura 2.2).

**FIGURA 2.2.** Organigrama centre residencial



### Requisits del treball en equip

Els membres han de ser capaços de treballar en equip, per tant, és important capacitar-los perquè facin les següents tasques:

- Definir i formular els objectius en el si de l'equip de treball amb claredat i derivar-ne un pla d'actuació, així com avaluar-ne els resultats.
- Escoltar i recollir les opinions dels diferents membres de l'equip en la seva especificitat.
- Donar la pròpia opinió, amb fermesa i claredat, tot respectant l'opinió dels altres i sense agreujar-los.
- Assumir i desenvolupar el rol que li pertoqui en cada circumstància.
- Consultar a temps i efectivament els altres professionals.
- Reconèixer les habilitats, les competències i els papers dels altres professionals.
- Delegar les activitats d'acord amb els coneixements, habilitats i capacitats de qui ha de realitzar la tasca.
- Elaborar informes escrits, llegibles, ben estructurats i concisos.
- Presentar els casos de manera estructurada, comprensible i concisa.
- Redactar informes per comunicar els problemes identificats, així com les seves conseqüències sobre els plans d'actuació.
- Comunicar-se amb els diferents àmbits assistencials.
- Participar i implicar-se en la definició de les diferents polítiques i en les estratègies organitzatives en els diferents àmbits assistencials i institucionals.

Per realitzar un bon treball en equip cal que els membres tinguin una formació que vagi més enllà de la pròpia disciplina i doni elements als professionals, perquè, sense renunciar als seus interessos, posin els coneixements al servei de l'objectiu.

El treball en equip també requereix unes condicions bàsiques recollides en el "model de les cinc ces":

- **Coordinació:** l'equip funciona de forma organitzada per fer la feina.
- **Comunicació:** la comunicació és fluïda i constant entre les persones que integren l'equip.
- **Compromís:** cada persona es compromet amb l'objectiu proposat i aporta el millor d'ella mateixa per tirar el treball endavant.
- **Confiança:** cada persona confia en el compromís i el bon treball de la resta perquè l'equip pugui abastar el seu objectiu.
- **Complementarietat:** cada membre aporta allò que coneix de l'especialitat que domina.

Per tal que tots els membres de l'equip siguin capaços de treballar de forma coordinada, cal que segueixin un procés d'aprenentatge i hi ha d'haver una predisposició per part de tots els membres per treballar en equip. És important que els membres coneguin l'organització; les tècniques de comunicació; les diferents metodologies o tècniques de treball en equip, així com els objectius que persegueix l'equip. És així com es donarà una dinàmica correcta de treball en equip i una bona sinergia.

## 2.4 La coordinació dels equips de treball

La coordinació és el procés mitjançant el qual s'organitzen els recursos materials i humans dels quals disposem per dur a terme una acció de gestió ordenada.

Per tal de coordinar un equip s'ha de tenir en compte que:

- S'han de marcar uns objectius comuns.
- S'han de definir clarament els rols.
- S'ha d'elaborar un pla de treball amb un establiment de la periodicitat de reunions de seguiment.
- S'han de crear suficients canals de comunicació.

La persona coordinadora ha de marcar els objectius de cada membre de l'equip, ha de saber amb quins recursos humans compta, quines tasques s'han de fer i qui supervisarà que s'estiguin fent adequadament; també és necessari establir un calendari de realització de les tasques i dels procediments a utilitzar per part de l'equip. Tota la informació ha d'estar compartida; és imprescindible que circuli la informació i la presa de decisions sigui compartida per tothom.

Quan hi ha problemes de coordinació és pels motius següents:

- Les persones no estan fan la feina en la qual són productius.
- La direcció no està assignant correctament les tasques o no hi ha una bona organització.
- Els objectius i la comunicació no són clars.
- La direcció és ambigua perquè hi ha moltes persones dirigint.
- La direcció o els càrrecs intermedis no deleguen.
- Els problemes no se solucionen quan es generen.

Per coordinar un equip és important conèixer els rols i tipus de lideratge que es donen en els grups. L'estructura grupal reflecteix, sobretot, els rols i les posicions dels membres. Aquests rols o posicions de vegades són atribuïts pel grup segons

les seves necessitats i l'assoliment dels objectius, o altres vegades són assumits directament pels mateixos individus del grup.

Segons P. Sbandi (1980), la definició de rol encunyada per Shaw (1971) és:

“Conjunt de conductes esperades que es vincula amb una determinada posició en el grup”.

Segons la definició d'E. L. Hartley i R. E. Hartley (1965), un rol és:

“La totalitat estructurada de totes les expectatives quant a la tasca, conducta, conviccions, valors i interrelacions d'una persona que ocupa una posició en el grup i que ha de dur a terme una funció decisòria”.

Les funcions dels rols fonamentalment són tres de diferents en el si del grup:

- La primera té a veure amb l'**eficàcia**: és el repartiment adequat de les energies i recursos dels membres perquè el grup pugui assolir les metes que té establertes.
- La segona té a veure amb la **relació entre els membres del grup**: igual que les normes, ajuden a la percepció de l'altre, a poder anticipar la seva conducta.
- La tercera ajuda a la **seguretat i identitat pròpies**: ajuda a saber el que l'individu ha de fer i el que se n'espera.

També és important saber que els rols se solen classificar en dues categories:

- Rols **centrats en la tasca**, en les metes, en el treball del grup, que podem considerar rols més funcionals o operatius. Per exemple, donar o buscar opinions, aportar o buscar informació, etc.
- Rols **centrats en el grup**, en les relacions interpersonals, en l'àrea afectiva, que podem considerar rols més socials. Per exemple, harmonitzar el grup, reduir tensions, etc.

Les formes de liderar l'equip també són determinants per crear cohesió i un bon ambient de treball. Es poden donar tres tipus principals de lideratge, cadascun dels quals aporta unes característiques i conseqüències a l'equip de treball:

En el cas del **líder autoritari**, determina totes les directrius del grup: fins i tot mitjans i distribució de les tasques. No té en compte el pensament dels membres del grup.

El tècnic que adopta aquest tipus de lideratge:

- Tracta d'imposar la seva voluntat, i vol que els membres del grup adoptin el seu punt de vista.

- Confia poc en la iniciativa de la resta.
- La seva actitud pot anar des del despotisme fins al paternalisme.

Conseqüències:

- Rendiment alt quan el líder hi és.
- Apatia i insatisfacció quan no hi és.
- Pot arribar a agressió entre els membres.
- Poca cohesió de grup.

El líder **permissiu** es basa en el deixar passar o *laissez-faire*. Intervé poc o gens en l'evolució d'un grup, que va al seu aire sense cap orientació, deixa els altres en completa llibertat, i no dona pautes ni supervisió diferida.

El tècnic que adopta aquest tipus de lideratge:

- Espera que el grup trobi solucions espontànies a les situacions plantejades.
- Deixa lloc a la improvisació i a l'actitud individualista.
- El líder es pot mostrar de bonàs a indiferent.

Conseqüències:

- Crea confusió entre els membres del grup.
- Afavoreix una actitud poc col·laboradora entre els membres del grup.
- Produeix insatisfacció, porta el grup a l'apatia, l'avorriment i l'agressió.
- El grup es pot disgregar i provoca un baix rendiment com a grup.

Pel que fa al líder **democràtic**, orienta el grup proposant-li objectius i oferint-li els mitjans per aconseguir-los.

El tècnic que adopta aquest tipus de lideratge:

- Escolta el grup i acorda amb els membres el repartiment de tasques i funcions.
- Confia en el grup i en les seves possibilitats per resoldre les seves pròpies necessitats i les situacions que se li plantegin.
- Estimula la participació de tots els membres en les decisions, tots s'impliquen, es comprometen i assumeixen responsabilitats.

Conseqüències:

- Afavoreix la comunicació, la creativitat grupal, l'autonomia: que el grup sigui capaç de fer les activitats i mantenir un rendiment mitjà sense la presència constant del líder.
- La comunicació és oberta i flexible.
- La cooperació assoleix un nivell alt i, en conseqüència, augmenten la productivitat i la integració.

## 2.5 La supervisió dels equips de treball

La supervisió és un procés sistemàtic de control, seguiment, avaluació, assessorament i formació, de caràcter administratiu però també educatiu. Normalment aquesta funció la desenvolupa un integrant de l'equip de treball, generalment un coordinador d'una àrea (sanitària, social, etc.), que per la seva trajectòria professional pot millorar el rendiment del personal, augmentar la seva competència i assegurar la qualitat dels serveis que es presten.

El supervisor pot reunir-se amb el seu equip de treball de forma setmanal, i la seva supervisió es farà a tres nivells:

- Supervisió administrativa per a la gestió de projectes i compliment d'objectius.
- Supervisió educativa on es potencien nous aprenentatges i eines per a l'equip.
- Supervisió de suport en la qual, d'una banda, se supervisen treballs individualment, aportant suport i estimulant el desenvolupament personal/professional, i, de l'altra, se supervisa el suport emocional per regular el desgast emocional.

La persona que fa de supervisor al mateix temps també estarà supervisat pel director/a i aquest per l'inspector o bé per l'auditor de qualitat.

Per dur a terme una bona supervisió és necessari fer servir alguns instruments, com poden ser:

- Els registres, que recullen la informació i observacions referents als protocols o procediments establerts al servei.
- Els fulls d'incidències, que recullen queixes o opinions sobre aspectes del servei.
- Les observacions del treball que efectua l'equip, de la satisfacció dels usuaris i familiars, de la formació de suport que requereix l'equip, etc.
- L'estudi de casos, posar en comú casos o situacions per compartir amb l'equip les diferents maneres d'intervenir.



## 2.6 La comunicació entre els membres de l'equip

La comunicació és l'element clau en un equip, ja que és com els membres de l'equip estan en contacte.

La comunicació es dona en diferents direccions:

- **Cap a dins / cap a fora de l'equip:** aquesta comunicació és la que es pot donar de fora de l'equip cap a dins o a la inversa. Per exemple, la informació que vol fer arribar l'equip a altres equips o professionals, que sorgeix de dins de l'equip cap a fora o a la inversa, la que rep l'equip de l'exterior.
- **Horitzontal / vertical:** aquesta comunicació és la que s'estableix dins de la jerarquia dels membres de l'equip. Quan aquesta és vertical, la comunicació es dona entre els diferents estrats de l'organització verticalment. Per exemple, entre la direcció i els treballadors. En canvi, parlem de comunicació horitzontal entre els membres de l'equip quan es dona en el mateix nivell jeràrquic. Per exemple, entre el coordinador i els tècnics en atenció a la dependència.

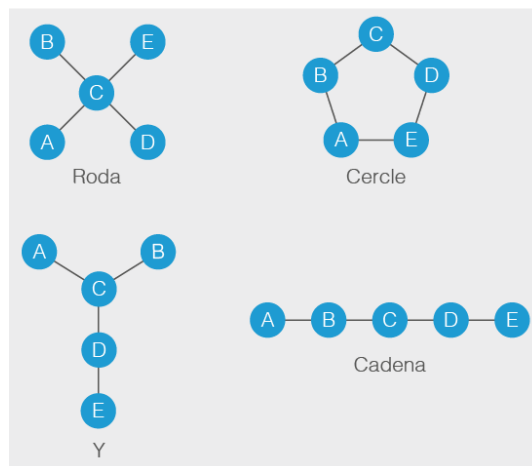
Leavitt (1951) va crear experimentalment quatre estructures comunicatives en grups de cinc persones per veure com l'estructura influïa en el rendiment del grup: l'estructura de cadena, l'estructura de roda, l'estructura circular i l'estructura en forma de Y:

- En l'**estructura de cadena** hi ha un membre del grup que ocupa la posició central, dos membres són en una posició intermèdia i els altres dos estan situats als extrems.
- En l'**estructura de roda** hi ha un membre del grup que ocupa la posició central, els altres membres del grup s'hi comuniquen, però entre si la comunicació és molt escassa. És un tipus d'estructura molt centralitzada.
- En l'**estructura circular** la comunicació flueix entre tots els membres del grup per igual. És l'estructura més descentralitzada.
- En l'**estructura en forma de Y** hi ha una persona que és el centre principal de totes les comunicacions, però no es relaciona directament amb els altres membres del grup, ho fa mitjançant intermediaris.

### Arold J. Leavitt

Arold J. Leavitt va ser un psicòleg nord-americà que es va ocupar de l'anàlisi dels patrons d'interacció i comunicació en els grups. També va analitzar les interferències en la comunicació dels membres i les característiques de personalitat dels líders dels grups i com aquests influeixen en el treball del grup.

A continuació, vegeu un exemple de les diferents estructures comunicatives (figura 2.3):

**FIGURA 2.3.** Estructures comunicatives**Sistema de comunicació**

El sistema de comunicació intern i extern d'un grup és la manera en què els membres, i sobretot el líder, han establert les possibilitats d'intercanviar missatges entre si i amb l'exterior del grup. Aquestes comunicacions permeten al grup desenvolupar i fixar les seves pautes d'activitat i consolidar la seva estructura determinant les posicions i els rols que s'hi integren (Loscertales i Núñez, 2003).

Per tal de tenir una bona comunicació cal seguir les següents claus:

- Anomenar les persones pel seu nom.
- Mantenir el contacte visual.
- Aprendre a captar els sentiments de la resta: escoltant, observant, etc.
- Ser positiu.
- Produir missatges accessibles per a l'interlocutor, clars i objectius.

Una bona comunicació comporta unes bones relacions interpersonals, més cohesió de grup, més participació i millor eficàcia.

Tot i així, és inevitable que a un equip de treball puguin sorgir conflictes interpersonals que afectin la motivació i que obstaculitzin la comunicació en l'equip de treball, com poden ser:

- La grandària del grup
- La inseguretat
- Els missatges subjectius
- Els objectius poc clars
- La manca de lideratge
- Els rols poc definits

## 2.7 Les tècniques del treball en equip

Per treballar en equip hi ha moltes tècniques diferents que ens poden ajudar a assolir el nostre objectiu com a equip.

Les tècniques del treball en equip són diverses i útils per als professionals, ja que faciliten la comunicació dins l'equip i afavoreixen l'intercanvi d'informació.

Normalment les tècniques de treball en equip s'utilitzen per compartir informació, explorar possibles solucions davant d'un cas, avaluar uns resultats, etc.

Algunes d'aquestes tècniques de treball en equip són la reunió, les tècniques interrogatives i els estudis de casos.

### 2.7.1 Reunió

Podem definir una reunió com el conjunt de persones que es troben formalment per tractar un tema i aconseguir uns objectius concrets en un lloc i un temps determinats. És un instrument de comunicació emprat per comunicar-se, resoldre problemes, prendre decisions i, en general, per aconseguir de manera efectiva les metes de l'organització. Proporciona als membres del grup l'oportunitat d'expressar les seves idees i opinions, i de fer aportacions a la tasca grupal.

Les reunions es classifiquen en cinc tipus diferents, en funció del seu objectiu:

- **Reunions informatives:** tenen per objectiu donar una informació a les persones convocades.
- **Reunions formatives:** tenen per objectiu posar en comú totes les experiències i els aprenentatges dels assistents sobre un tema determinat.
- **Reunions d'anàlisi de problemes:** tenen l'objectiu de reflexionar sobre les causes i els factors que incideixen en un problema determinat.
- **Reunions de presa de decisions:** busquen prendre la decisió més adequada per assolir un objectiu o per solucionar un problema.
- **Reunions creatives:** tenen per objectiu donar una visió diferent de la convencional a una situació o problema determinat.

Els aspectes a tenir en compte a l'hora de preparar una reunió els dividirem en tres passos: abans de la reunió, durant la reunió i, finalment, a la finalització de la reunió.

#### 1. Abans de la reunió:

- Tota reunió s'ha d'haver programat prèviament.

- Ha de comptar amb uns objectius definits de la reunió, que s'han de concretar en un guió.
- Cal decidir el temps que ha de durar la reunió i en quin espai es farà.
- Cal definir quins recursos seran els més adients per fer la reunió més dinàmica i participativa.
- Preparar la documentació:
  - Cal preparar la documentació i redactar la convocatòria, per convocar les persones que han d'assistir.
  - És imprescindible que a la convocatòria hi consti el dia, l'hora, el lloc de la reunió i l'ordre del dia.
  - Cal també elaborar tota la documentació amb els continguts de la reunió.
- Cal preparar l'espai i adaptar la sala on es farà la reunió. L'espai ha de ser adequat pel nombre d'assistents.

## 2. Durant la reunió:

- Primer de tot hem de presentar les persones.
- Cal introduir el tema de la reunió i explicar els objectius.
- Conducció de la reunió.
- És molt important la funció del moderador o moderadora, que en determinats moments haurà de:
  - Desenvolupar els continguts previstos i dirigir la reunió seguint l'ordre del dia.
  - Controlar el temps.
  - Promoure la participació dels assistents (evitant els monòlegs).
  - Respectar els torns de paraula.
  - Recapitular i sintetitzar els temes que es tractin.
  - Controlar la dinàmica del grup d'assistents.
- Segons el context hi ha d'haver també la funció del secretari, que ha de prendre nota de les coses que es diuen, per després poder elaborar l'acta de la reunió.

## 3. Després de la reunió:

- Redactar l'acta que és on es recull la informació i com s'ha desenvolupat la reunió, assistents, intervencions, aportacions..., per a futures consultes.
- Cal valorar com ha anat en general, tenint en compte els aspectes de la preparació i de la realització. Si cal es poden fer propostes de millora per a altres reunions.

Alguns aspectes que faciliten el desenvolupament de les reunions són:

- Una bona comunicació interpersonal.

- Habilitat per a la presa de decisions.
- Habilitats negociadores.
- Habilitats per generar treball per als altres.
- Reconèixer i acceptar les interdependències.
- Utilitzar la diversitat individual per millorar les decisions.
- Bons lideratges.
- Escoltar, rebre i donar *feedback*.
- Entendre la diversitat de les persones.
- Saber fer ús del poder i de l'estatus per influir positivament.
- Cadascú ha de ser responsable de les seves actuacions.
- Demostrar respecte, confiança, assertivitat, flexibilitat, saber els límits de la col·laboració.

Altres tècniques del treball en equip similars a la reunió poden ser:

- Fòrum, que permet la participació informal de tots els membres del grup per tal de tractar un tema o problema, conduït per una persona que actua com a coordinador/a.
- Assemblea, que és una tècnica de grup en la qual els membres es reuneixen per prendre una decisió conjunta o abordar un tema concret, tenen tot el poder i no s'estableixen diferències.

## 2.7.2 Tècniques interrogatives

En aquesta tècnica s'estableix un diàleg entre els membres de l'equip, aprofitant l'intercanvi de preguntes i respostes que es formula el/la coordinador/a dins d'una sessió de treball.

Dins de l'interrogatori es poden trobar diversos tipus de preguntes: per exemple, les preguntes informatives (o de memòria), les reflexives (o de raciocini), etc. Generalment aquest tipus de preguntes solen ser obertes i analítiques, sintètiques, introductives, deductives, selectives, classificadores, valoratives, crítiques i explicatives.

### Exemple de preguntes interrogatives

- Per què considereu que ha passat això?
- Penseu que ha estat correcta aquesta actuació?
- Quins passos s'han seguit per fer això?

- Si es fa això us sentireu millor?
- Què implicarà aquesta actuació per a la resta de membres?

Els objectius d'aquesta tècnica són:

- Establir comunicació en tres sentits (conductor-equip; equip-conductor i dins de l'equip).
- Conèixer les experiències dels individus i explorar els seus coneixements.
- Intercanviar opinions amb l'equip.
- Detectar la comprensió que es va tenint sobre el tema.
- Avaluar l'assoliment dels objectius.

Els avantatges d'aquesta tècnica són:

- Atrau molt l'atenció dels individus i estimula el raïonament fent-los comparar, relacionar, jutjar i apreciar críticament les respostes.
- Serveix de diagnòstic per saber el coneixement individual sobre un tema nou.
- Permet anar avaluant si els objectius es van complint.
- Propicia una relació conductor-equip més estreta.
- Permet al conductor conèixer més el seu equip.

Aquesta tècnica també mostra desavantatges, com quan aquest interrogatori es converteix en un mitjà per qualificar. Per tal que això no succeeixi, és important preparar les preguntes abans d'iniciar la sessió, no caure en la improvisació, no formular preguntes ni molt fàcils ni molt complexes per no ocasionar desànim o pèrdua d'interès, evitar preguntes que es puguin respondre amb un sí o no, fer ús del reforç positiu, corregir les respostes errònies.

### **2.7.3 Estudi de casos**

És un mètode d'investigació molt usat que consisteix en cercar informació i arribar a possibles solucions partint de situacions reals, tenint en compte els coneixements de les diferents disciplines que aporten cada membre de l'equip de treball.

Es planteja el relat d'un problema o un cas incloent detalls suficients per facilitar als equips. El cas ha de ser una cosa que requereixi diagnòstic, prescripció i tractament adequats. Pot presentar-se per escrit, oralment, en forma dramatitzada, en projecció lluminosa o un enregistrament. Els casos han de ser reals, però res no impedeix que s'imaginin casos anàlegs als reals.

Els objectius de l'estudi de casos són:

- Aplicar coneixements teòrics de la disciplina estudiada en situacions reals.
- Realitzar tasques de fixació i integració de l'aprenentatge.
- Portar a la vivència de fets.
- Habituar i analitzar solucions sota els seus aspectes positius i negatius.
- Ensenyar als membres a formar judicis de realitat i valor.

Aquesta tècnica té també uns avantatges:

- El cas es pot presentar en diferents formats (gravacions o projeccions, de forma oral o escrita, etc.).
- Es pot donar temps als membres de l'equip per a estudiar el cas de forma individual abans de discutir-lo.
- Dona oportunitats iguals perquè els membres suggereixin solucions.
- Crea una atmosfera propícia per a intercanvi d'idees.
- Es relaciona amb problemes de la vida real.

Els desavantatges que ens trobem són els següents:

- Exigeix habilitat per redactar el problema.
- El problema no pot tenir el mateix significat per a tots els membres.
- Si es vol arribar a trobar una sortida consensuada, cal molt de temps de discussió.
- Exigeix una direcció molt hàbil.

Algunes recomanacions que cal tenir en compte són:

- Explicar els objectius i les tasques que es desenvoluparan.
- Distribuir el material.
- Propiciar que tots els participants lliurin conclusions o solucions.
- Procurar que sigui el conductor qui classifiqui el material recollertat i el prepari per a la discussió.

## **2.8 Organització de la feina dels equips de treball**

El treball en equip requereix una bona organització, que comença per l'organització dels diferents torns de treball.

Els **torns de treball** són tota forma d'organització del treball en equip segons la qual les persones treballadores ocupen successivament els mateixos llocs de treball, seguint un ritme determinat, continu o discontinu, que implica per als treballadors la necessitat de prestar els seus serveis en hores diferents dins un període determinat de dies o setmanes (art. 36.3 de l'Estatut dels Treballadors). Normalment els torns s'estableixen a partir de 40 hores de treball setmanal i 8 hores de treball diari.

Les diverses modalitats de sistemes per organitzar el treball per torns són:

- **El sistema discontinu:** suposa el treball en dos torns únicament de matí i de tarda i el treball s'interromp a la nit i durant els caps de setmana. Un exemple d'aquest tipus de sistema discontinu és el que es fa normalment als centres de dia.
- **El sistema semicontinu:** suposa treballar durant tres torns matí, tarda i nit i amb descans durant els caps de setmana o els diumenges.
- **El sistema continu:** el treball es fa de manera ininterrompuda, es cobreix tot el dia i cada dia de la setmana. Suposa més de tres torns i treball nocturn. Un exemple d'aquest sistema seria en un centre residencial.
- **El sistema de torns flexibles:** són diversos horaris de treball dirigits a les diferents activitats, en els quals els treballadors poden triar el que considerin més convenient. Aquesta modalitat és molt complexa pel que fa a l'organització, però facilita la conciliació de la vida laboral i familiar, i sol generar una bona predisposició i una resposta positiva per part dels treballadors.

El cicle de rotació és el nombre de dies que separen l'inici d'una seqüència del treball per torns i la tornada a la mateixa seqüència. Per exemple, en un sistema regular que comporti la successió de dues tardes (2T), dos matins (2M), dues nits (2N) i tres dies de descans (3D), la durada del cicle és de 9 dies. La rotació pot ser:

- **Lenta:** els torns canvien setmanalment, és a dir, a una setmana de torn de matí li segueix un torn setmanal de tarda i, a continuació, un torn nocturn.
- **Ràpida:** es treballa un, dos o, com a molt, tres dies consecutius en cada torn, i permet que el treballador no hagi d'acostumar-se al treball nocturn.
- **Irregular:** quan el sistema presenta un nombre variable de torns successius (per exemple 5M, 2N, 5T, 3N).

La direcció de la rotació pot afectar la capacitat dels ritmes circadianis (ritmes quotidians del cos) per adaptar-se als canvis de les hores de treball:

- La **rotació en el sentit de les agulles del rellotge** ajuda els treballadors a adaptar-se millor a les noves hores de son (canvis de torns), ja que resulta més fàcil anar al llit més tard i llevar-se més tard que fer-ho al revés.



- Les **rotacions contràries al sentit de les agulles del rellotge** van en contra del ritme del cos, obliguen a anar a dormir més tard i llevar-se més d'hora.

Als treballs per torns, i quan així ho requereixi l'organització del treball, es podrà acumular el dia i mig de descans setmanal per períodes de fins a quatre setmanes, o gaudir-ne per separat del dia complet (art. 19 RD 1561/1995). Per exemple, si treballem per torns ens podem guardar el mig dia de descans que ens toca per llei fins a quatre setmanes. Això vol dir que al final de les quatre setmanes tindrem dos dies de festa més el que ens toca per la setmana: en total tres dies de festa. Durant aquestes setmanes el treballador/a haurà descansat mínim un dia. També cal dir que la llei permet catorze dies seguits treballant i acumular el dia i mig de descans.

El **treball nocturn** és aquell que es fa entre les 10 de la nit i les 6 del matí, tal com el defineix l'article 36 de l'Estatut dels Treballadors. Es considera personal treballador nocturn el que desenvolupa normalment en període nocturn com a mínim tres hores de la seva jornada diària de treball, així com la persona treballadora que es prevegi que pot realitzar dins d'aquest període almenys un terç de la seva jornada de treball anual, com per exemple els treballadors a torns quan hi ha un torn de nit.

Estudis mèdics han permès identificar diverses alteracions de la salut relacionades amb el treball de nit i amb els torns de treball:

- Trastorns del son
- Alteracions cardiovasculars
- Trastorns digestius
- Alteracions en els nivells d'estrògens

És important formar i informar els treballadors exposats a torns nocturns dels riscos i les mesures preventives, així com de la importància de mantenir una alimentació i uns hàbits de vida saludables.

Considerant els efectes perjudicials que té el treball nocturn i per torns, cal que l'empresa estableixi una política adequada d'organització dels torns de treball. A continuació, recollim algunes recomanacions preventives que cal tenir en compte, ja sigui per organitzar els torns, per valorar la seva adequació o per incloure a la negociació col·lectiva.

#### **Recomanacions per a l'organització de torns nocturns**

- Reduir el nombre de treballadors en torns de nit o de cap de setmana.
- Donar a conèixer amb prou antelació el calendari amb l'organització dels torns i establir mecanismes que facilitin la participació dels treballadors a l'hora de fer-ho.
- Donar participació als interessats en l'elecció dels torns sobre la base d'una informació completa i precisa per permetre prendre decisions d'acord amb les necessitats individuals, socials i familiars.

Consulteu els annexos, on podreu trobar un document que us parla sobre la seguretat i salut laboral en el treball per torns o nocturn.

- Confeccionar el calendari de torns, respectant al màxim el cicle del son. Cal evitar que el torn del matí comenci molt aviat per no interrompre la darrera fase del son. Els canvis de torn poden situar-se entre les 6 i les 7 del matí, de les 14 a les 15 de la tarda, i entre les 22 i les 23 hores de la nit. Caldria tenir en compte la distància entre el centre de treball i el domicili dels treballadors per fixar els horaris. També cal considerar les possibilitats de flexibilitzar les hores d'entrada i sortida, per a una millor adaptació a les necessitats dels treballadors.
- És preferible fer cicles curts de rotació (cada 2 o 3 dies), ja que així els ritmes circadianis s'alteren menys que en cicles de rotació més llargs (per exemple setmanals). Malgrat tot, cal comptar amb la participació de les persones implicades, ja que el que pot ser correcte des del punt de vista fisiològic pot estar en contradicció amb les necessitats socials dels treballadors (un ritme de rotació molt canviant dificulta les relacions socials i familiars, però facilita la recuperació).
- Els sistemes de rotació cap endavant (M-T-N) són els més aconsellables, sempre que es fixi algun dia de descans entre el torn de nit i el de matí. En cas contrari, és més recomanable la seqüència inversa (N-T-M), ja que després d'un torn de nit sempre queda temps per descansar abans d'entrar al torn de tarda.
- Escurçar la durada dels torns de nit respecte als de matí o tarda. Per evitar la fatiga, el torn de nit i de tarda no haurien de ser mai més llargs que el torn del matí. Malgrat que les jornades de treball llargues (entre 9 i 12 hores) tenen una bona acollida, perquè permeten acumular dies de descans (setmana reduïda), només es poden admetre si la càrrega de treball i la seva naturalesa són tolerables i no produeixen una fatiga excessiva.
- Millorar les condicions ambientals dels llocs de treball. La presència, als llocs de treball nocturns de substàncies tòxiques, soroll, vibracions, nivells d'il·luminació, esforç físic o mental important, situacions d'aïllament, etc. poden agreujar la fatiga.
- Reduir, sempre que sigui possible, la càrrega de treball en el torn nocturn, intentant evitar tasques amb un elevat grau d'atenció durant el període comprès entre les 3 i les 6 de la matinada.
- Cal augmentar els períodes on es pugui dormir de nit, possibilitar que es pugui descansar després del torn de nit, acumular dies de descans, cicles de rotació diferents al llarg de l'any.
- Després de dos o tres torns de nit consecutius, cal donar, com a mínim, una jornada completa de descans.
- Preveure també el màxim possible de caps de setmana lliures (almenys, dos dies consecutius).
- Disposar d'instal·lacions i d'espais adequats que facilitin poder menjar algun àpat calent i mantenir una dieta equilibrada. Si és possible, mantenir obert el servei de menjador durant la nit.
- Establir una o diverses pauses que permetin que els treballadors puguin descansar i alimentar-se durant el treball nocturn.
- La vigilància de la salut haurà de detectar, a través d'un reconeixement mèdic previ, l'existència de trastorns digestius greus, alteracions importants del son i malalties específiques com l'epilèpsia (que es pot desencadenar per la fatiga i la privació del son) la diabetis (que es pot agreujar per les alteracions dels hàbits alimentaris). Cal fer un seguiment periòdic dels treballadors (especialment durant el primer any) per detectar aquests trastorns i passar a torns diürns els que manifestin intolerància o inadaptació al treball nocturn.
- Reduir el nombre d'anys durant els quals els treballadors fan torns, limitar l'edat, etc. Segons recomanacions de l'Organització Internacional del Treball (OIT), el treball nocturn continuat en treballadors de més de 40 anys ha de ser voluntari, i hauria d'evitar-se en menors de 25 anys i en treballadors de més de 50 anys.
- Establir facilitats per a la jubilació voluntària avançada (coeficient reductor) o progressiva (treball a temps parcial).

Un cop tenim establerts els torns caldrà distribuir les tasques que cada treballador/a farà cada dia en el seu torn. Aquestes tasques queden reflectides en el quadrant horari.

El **quadrant horari** és el recull de les diferents actuacions que fa cada treballador en el seu torn i la temporalització d'aquestes actuacions.

Hi ha diferents aplicacions i programes que ens ajuden a gestionar torns i horaris. Un exemple de dues d'aquestes són les que trobem a continuació:

- **Aegerus** ([www.aegerus.cat](http://www.aegerus.cat)): és un programa que ens permet la gestió integral d'un centre residencial, en què es poden gestionar tant residents, com treballadors i gestió econòmica amb un sol programa.
- **Guardmecum** ([www.guardmecum.com](http://www.guardmecum.com)): és una app en la qual, a través del dispositiu mòbil, es poden intercanviar torns i guàrdies, de forma ràpida i senzilla. A banda, es pot gestionar tota l'agenda professional, i l'empresa també pot comunicar els horaris als treballadors.

## 2.9 Els objectius en la intervenció

Tenir clar l'objectiu que persegueix l'equip de treball és molt important, ja que quan un equip té clars els objectius pels quals està treballant l'equip treballa relaxat, és un equip segur, i hi ha una alta cooperació entre els seus integrants, ja que són conscients de la seva dependència mútua.

Un altre aspecte a tenir en compte relacionat amb l'objectiu es centra en la finalitat de la intervenció, ja que segons això es planificaran les diferents activitats que es concretaran en actuacions. Per tant tenint en compte això trobarem actuacions amb un finalitat assistencial, rehabilitadora, socialitzadora o educativa.

- **Assistencial:** la finalitat de la intervenció serà ajudar la persona usuària a fer les activitats que no pot executar per si mateixa i que són bàsiques per a la seva vida com són: alimentació, mobilització, higiene, etc.
- **Rehabilitadora:** la finalitat de la intervenció anirà destinada al manteniment o la rehabilitació de les capacitats funcionals perdudes, per exemple, l'estimulació cognitiva o la deambulació.
- **Socialitzadora:** la finalitat de la intervenció serà desenvolupar activitats que promoguin la comunicació, la participació i les relacions de les persones usuàries entre elles i amb les seves xarxes familiars i socials.
- **Educativa:** la finalitat de la intervenció serà executar activitats de promoció d'autonomia personal i l'adquisició d'hàbits saludables.

## 2.10 Els professionals de l'equip interdisciplinari i les seves tasques

Cada professional basa els seus coneixements i habilitats en la investigació. Sap com actuar al tractar amb la persona des de la seva experiència uniprofessional. Però hi ha una altra manera de millorar aquesta intervenció i és el coneixement i la comprensió dels altres professionals que formen l'equip de treball. No hem d'oblidar que el professional que valora l'opinió de la resta dels membres de l'equip de diferents disciplines té un gran potencial a l'hora de millorar la qualitat de les seves decisions, i les seves intervencions també són més positives per a la persona usuària. El que caracteritza el treball en equip interdisciplinari és l'intercanvi entre els components de les diferents disciplines, posant els coneixements al servei de l'objectiu comú.

Per arribar a un bon treball en un equip interdisciplinari, cal que hi hagi un respecte mutu, que s'estableixin i es consensuin objectius comuns per resoldre un problema o situació que pateix la persona usuària i, d'acord amb les seves competències, fer les accions, activitats i procediments necessaris per aconseguir un òptim resultat.

### 2.10.1 Habilitats dels professionals dintre de l'equip de treball

L'equip de treball està format per diferents professionals que el que faran serà treballar i vetllar pel benestar de la persona usuària. Tenint en compte que cada un dels membres tindrà un recorregut formatiu, que serà vital per tal de poder aportar el seu coneixement a l'equip de treball i atendre així la persona des del punt de vista biopsicosocial. Tots han de tenir en comú un seguit de trets i característiques per poder treballar en equip i són les següents:

- Responsabilitat i rigor en totes les tasques i actuacions.
- Sensibilitat i delicadesa en el tracte amb la persona usuària, especialment en les actuacions que impliquen canvis d'hàbits i costums.
- Consideració per la persona resident i respecte de la seva intimitat, tenint en compte els seus desitjos i indicacions, sense criticar les seves actituds per molt que no s'hi estigui d'acord.
- Habilitats socials perquè la comunicació, tant verbal com no verbal, amb la persona usuària sigui fluïda i faciliti l'expressió dels seus sentiments.
- Empatia per comprendre les seves actuacions intentant posar-se al seu lloc.
- Serenitat davant les situacions desagradables o conflictives que puguin aparèixer.
- Confidencialitat respecte de totes les dades pròpies de la persona, i també sobre les manifestacions personals que pugui expressar.

## 2.10.2 Perfil i tasques professionals de l'equip de treball

El perfil dels professionals que conformen els equips de treball i les tasques que fan o poden fer són les següents :

**Director/a:** és la persona que dirigeix espais d'atenció i assistència en el marc d'una institució d'acollida parcial o total. En aquest sentit, planifica i organitza les activitats i recursos de la seva institució, d'acord amb paràmetres de qualitat, per tal de garantir la prestació correcta dels serveis.

Les tasques que pot dur a terme, entre d'altres, són:

- Planificar, organitzar, gestionar i supervisar el correcte funcionament dels serveis que dirigeix.
- Avaluar, com a mínim anualment, el grau de qualitat dels serveis i el grau de satisfacció dels usuaris.
- Coordinar l'atenció dels usuaris feta a través d'altres serveis, organitzacions i institucions afins per exemple, àrees de serveis socials de les administracions públiques).
- Tenir cura de l'acompliment dels drets dels residents i la lliure voluntat de l'ingrés o permanència de les persones ateses al servei.
- Potenciar la participació de la família en la planificació de les activitats.

**Treballador/a social:** són professionals referents al llarg de tot el procés d'acollida, estada i comiat de la persona i la seva família al centre, que promouen el desenvolupament de les capacitats de les persones, facilitant-ne l'adaptació, vetllant pels drets i deures de la persona, per la continuïtat de l'atenció... Les tasques que fa són:

- Planifica i organitzar el treball social del centre mitjançant una programació d'objectius adequada i una racionalització del treball.
- Coordinar-se amb altres entitats en tot allò que representi els interessos dels residents: ajuntaments, benestar social, sanitat, centres sociosanitaris, hospitals, entitats privades, etc.
- Entrevistar el nou resident i la família amb la finalitat de preparar l'ingrés en la residència i fer la valoració inicial a l'ingrés.
- Fomentar la integració i participació dels residents en la vida del centre i, alhora, evitar que es produeixi un allunyament amb l'entorn i la família.
- Realitzar, conjuntament amb la resta de l'equip, el Pla d'atenció personalitzada interdisciplinari dels residents. Fer el seguiment mensual de l'estat del resident, com també el seguiment anual del pla.

- Fer l'acolliment durant l'ingrés del nou resident, i ser en moltes ocasions la persona de referència per al familiar i resident.
- Promoure les relacions amb la família i amb la comunitat.

**L'infermer / La infermera:** és la persona que gestionarà l'atenció en l'àmbit d'infermeria en l'horari de treball establert del centre. Les seves tasques són:

- Intervenir en el procés d'acollida: recollint i aportant la informació sobre els aspectes funcionals de l'àmbit d'infermeria de cara a facilitar la integració i adaptació al centre (tant de l'usuari com de la família).
- Tasca assistencial directa: intervenir en les cures i l'atenció necessàries amb els usuaris.
- Interaccionar amb les famílies per tal d'informar i proporcionar tranquil·litat.
- Aplicar les tècniques, protocols i procediments propis d'infermeria.
- Elaborar i controlar els registres de treball (medicació, protocols, etc.).
- Fer el suport necessari al personal auxiliar (tècnics en cures auxiliars d'infermeria, tècnics en atenció a persones en situació de dependència, etc.).
- Participar, d'acord amb el calendari establert, en les sessions destinades a l'elaboració, el seguiment i l'avaluació del pla d'atenció de cada persona usuària, i aportar les valoracions pròpies del seu àmbit.
- Participar en l'elaboració i la revisió periòdica dels protocols d'atenció del centre.
- Col·laborar amb el personal cuidador en les tasques en què es necessiti suport/aclariments per part d'infermeria.

**Metge/essa:** és la persona encarregada de fer el reconeixement mèdic i la recopilació dels antecedents sanitaris a l'hora de l'ingrés a fi de realitzar la història clínica i plantejar els objectius i tractaments pertinents. Les tasques que farà són:

- Efectuar els exàmens mèdics i diagnòstics, i dur a terme les teràpies preventives, assistencials i de rehabilitació.
- Proposar les mesures destinades a prevenir el deteriorament físic i psíquic dels residents així com fer-ne el seguiment.
- Contribuir i col·laborar en el disseny del pla d'atenció individualitzat, supervisar i controlar tots els processos terapèutics aplicables als residents.
- Supervisar l'alimentació per garantir una nutrició correcta i contribuir al disseny de programes de formació continuada del personal del centre.

**Psicòleg/loga:** la seva tasca en els centres residencials respon tant al resident com a la seva família. Algunes de les seves tasques són:

- Fer una avaluació psicològica de la persona en les vessants emocionals, cognitives i psicopatològiques.
- Elaborar un diagnòstic diferencial i informes psicològics per fer derivacions quan és necessari.
- Fer intervencions, tractaments i prevencions en les àrees emocionals i relacionals tant individualment com grupal.
- Fer un seguiment de la persona en les àrees específiques del deteriorament cognitiu, alteracions conductuals, psicopatologies, atenció al dol i d'afrontament a la mort.
- Fer intervencions amb les famílies dels usuaris.
- Intervenir amb l'equip professional en els conflictes personals i altres necessitats específiques.

**Terapeuta ocupacional:** aquest professional sociosanitari, després de la valoració de les capacitats i problemes físics, psíquics, sensorials i socials de l'individu, pretén, amb un tractament adequat, capacitar-lo perquè aconseguixi el major grau d'independència possible en la seva vida diària, contribuint a la recuperació de la seva malaltia i/o facilitant l'adaptació a la seva discapacitat. Les tasques més habituals són:

- Augmentar la funció independent, reforçar el desenvolupament i prevenir la malaltia de les persones usuàries fent un ús terapèutic de les activitats de cures personals i ocupacionals.
- Fer el desenvolupament funcional de les activitats diàries per tal que les persones que conviuen a les residències puguin ocupar el seu temps lliure de forma positiva, participant en les activitats programades. Aquesta participació repercuteix directament en el seu benestar psicosocial.
- Realitzar les programacions d'activitats tenint molt presents les activitats que són desenvolupades en el medi comunitari, facilitant la participació de les persones usuàries.
- Tenir en compte els moments d'oci i festa perquè les famílies puguin també participar en les activitats organitzades pel centre.

**Fisioterapeuta:** professional encarregat de promoure l'autonomia i el moviment dels residents, així com reeducar funcions (marxa, hemiparèsies, flexió d'espatlla...), prevenir la pèrdua de les capacitats motrius (adherències, rigideses articulars...), disminuir o pal·liar malalties (artrosi, edemes, amputacions...) i en definitiva millorar la seva qualitat de vida. Algunes de les seves tasques són:

- Programar diferents rutines per als grups de residents.
- Fer les diferents teràpies individuals o col·lectives.

Consulteu els annexos on podreu trobar un vídeo sobre com viure a una residència i podreu observar les tasques dels diferents professionals.

És important assenyalar que dins de l'equip de treball una peça clau és el **professional de referència**, que és el membre de l'equip que s'encarrega d'atendre de forma personalitzada una persona usuària.

Altres professionals que podem trobar en els equips de treball són: logopedes, tècnics en animació sociocultural (TASOC), podòlegs, cuiners, personal de manteniment i neteja, jardiners, personal d'administració, bugaderia, perruqueria, etc. També convé fer referència al voluntariat. Malgrat que no formen part dels equips de treball perquè no es tracta de treballadors contractats fan una aportació molt important com a suport en la consecució dels objectius d'intervenció dels equips de treball.

## 2.11 Paper dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència

Els tècnics en atenció a les persones en situació de dependència, tal com es recull al seu currículum professional, tenen la següent competència general:

La competència general d'aquest títol consisteix a atendre les persones en situació de dependència, en l'àmbit domiciliari i institucional, per tal de mantenir i millorar la seva qualitat de vida, realitzant activitats assistencials, no sanitàries, psicosocials i de suport a la gestió domèstica, aplicant mesures i normes de prevenció i seguretat i derivant-les a altres serveis quan sigui necessari.

---

La **competència professional** és la capacitat de dur a terme activitats en una professió o en un lloc de treball, segons les normes exigides pel sector.

---

Les competències més específiques que ha de tenir el professional d'atenció a persones en situació de dependència són les següents:

- Realitzar les tasques d'higiene personal i vestit de les persones en situació de dependència, aportant l'ajuda necessària, afavorint al màxim la seva autonomia en les activitats de la vida diària i mantenint cap a ells una actitud de respecte i professionalitat.
- Organitzar la intervenció relativa a l'alimentació supervisant els menús, preparant els aliments i administrant-los quan sigui necessari.
- Realitzar les activitats de manteniment i neteja del domicili garantint les condicions d'habitabilitat, higiene i ordre i, si escau, tramitant la documentació pertinent.
- Realitzar les intervencions relacionades amb l'estat físic de les persones en situació de dependència.
- Realitzar els trasllats, mobilitzacions i suport a la deambulació.
- Donar resposta a situacions d'emergència i risc per a la salut en el desenvolupament de la seva activitat professional aplicant tècniques de primers auxilis.
- Implementar intervencions de suport psicosocial emprant ajudes tècniques, suports de comunicació i tecnologies de la informació i la comunicació.



- Aplicar tècniques i estratègies per al manteniment i desenvolupament de les habilitats d'autonomia personal i social de les persones en situació de dependència emprant ajudes tècniques i de comunicació.
- Realitzar tasques d'acompanyament i assistència personal respectant les directrius del Pla individual de vida independent i les decisions de la persona usuària.

El currículum també contempla les **capacitats clau** que ha de tenir aquest professional, enteses com les capacitats transversals que afecten diferents llocs de treball i que són transferibles a noves situacions de treball. Entre aquestes capacitats destaquen les d'autonomia, d'innovació, d'organització del treball, de responsabilitat, de relació interpersonal, de treball en equip i de resolució de problemes.

Treballar com a tècnic en atenció a la dependència suposa disposar de totes o algunes de les qualificacions professionals que té aquesta professió.

L'Institut Català de Qualificacions Professionals (ICQP) és l'organisme que desplega el sistema integrat de qualificacions i formació professional per tal que sigui útil a tothom que vulgui millorar la seva capacitat professional a través de la formació al llarg de tota la vida. Amb aquesta intenció s'adreça als treballadors perquè puguin acreditar oficialment les seves competències professionals i, per tant, puguin millorar les possibilitats de trobar feina, promocionar-se en el treball, i actualitzar la seva formació. També s'adreça a les empreses i administracions perquè puguin identificar millor les competències professionals de qui ha de fer una funció o ha d'ocupar un lloc de treball i, per tant, facilitar la selecció de les persones.

Aquest organisme disposa del Catàleg de qualificacions professionals de Catalunya (CQPC), que recull el conjunt de qualificacions professionals, ordenades segons les diferents famílies professionals i nivells de competència.

### Qualificacions professionals

El títol de tècnic en atenció a la dependència recull **tres qualificacions** amb diverses unitats de competència associades:

- Atenció sociosanitària a persones en el domicili
- Atenció sociosanitària a persones dependents en institucions socials
- Gestió de trucades de teleassistència

Cadascuna d'aquestes qualificacions contempla diverses unitats de competència:

#### Unitats de competència de la qualificació d'atenció sociosanitària a persones en el domicili

- Desenvolupar intervencions d'atenció física domiciliària dirigides a persones amb necessitats d'atenció sociosanitària.
- Desenvolupar intervencions d'atenció psicossocial domiciliària.

---

Una **qualificació professional** és l'especificació oficial de competència, apropiada per a la producció i l'ocupació, que acredita la competència als posseïdors.

---

- Desenvolupar intervencions d'atenció psicosocial domiciliària dirigides a persones amb necessitats d'atenció sociosanitària.
- Desenvolupar les activitats relacionades amb la gestió i funcionament de la unitat de convivència.

#### **Unitats de competència de la qualificació d'atenció sociosanitària a persones dependents en institucions socials**

- Preparar les intervencions d'atenció a les persones i al seu entorn en l'àmbit institucional indicades per l'equip interdisciplinari i donar-hi suport.
- Desenvolupar intervencions d'atenció física dirigides a persones dependents en l'àmbit institucional.
- Desenvolupar intervencions d'atenció sociosanitària dirigides a persones dependents en l'àmbit institucional.
- Desenvolupar intervencions d'atenció psicosocial dirigides a persones dependents en l'àmbit institucional.

#### **Unitats de competència de gestió de trucades de teleassistència**

- Atendre i gestionar les trucades entrants del servei de teleassistència.
- Emetre i gestionar les trucades sortints del servei de teleassistència.
- Manejar les eines, tècniques i habilitats per prestar el servei de teleassistència.

Consulteu els annexos, on podreu trobar el currículum del tècnic en atenció a la dependència.

### **2.11.1 Tasques dels tècnics en atenció a les persones en situació de dependència en l'entorn institucional**

El tècnic haurà de realitzar diferents tasques, com ara:

- Tasques d'higiene personal i vestit de les persones en situació de dependència, aportant l'ajuda precisa, afavorint al màxim la seva autonomia en les activitats de la vida diària i mantenint cap a ells una actitud de respecte i professionalitat.
- Administrar aliments quan sigui necessari.
- Realitzar les intervencions relacionades amb l'estat físic de les persones en situació de dependència seguint les pautes establertes i mostrant en tot moment respecte per la seva intimitat.
- Realitzar els trasllats, mobilitzacions i suport a la deambulació de les persones en situació de dependència emprant els protocols i les ajudes tècniques necessàries i adoptant mesures de prevenció i seguretat.
- Donar resposta a situacions d'emergència i risc per a la salut en el desenvolupament de la seva activitat professional aplicant tècniques de primers auxilis.

- Implementar intervencions de suport psicosocial emprant ajudes tècniques, suports de comunicació i tecnologies de la informació i la comunicació.
- Aplicar tècniques i estratègies per al manteniment i desenvolupament de les habilitats d'autonomia personal i social de les persones en situació de dependència, emprant ajudes tècniques i de comunicació.
- Coordinar-se amb la resta de membres de l'equip per dur a terme totes les tasques encomanades.

Dintre de les tasques esmentades anteriorment, el tècnic realitzarà tasques d'atenció directa, que són aquelles en les quals s'atén directament la persona resident, i d'altres que són d'atenció indirecta, és a dir, totes aquelles de treball en equip o individual que són essencials i bàsiques per fer una bona atenció directa.

### **2.11.2 Tasques dels tècnics en atenció a les persones en situació de dependència en l'entorn domiciliari**

Les competències dels tècnics en l'àmbit domiciliari són les següents:

- Realitzar les tasques d'higiene personal i vestit de les persones en situació de dependència, aportant l'ajuda precisa, afavorint al màxim la seva autonomia en les activitats de la vida diària i mantenint cap a ells una actitud de respecte i professionalitat.
- Organitzar la intervenció relativa a l'alimentació supervisant els menús, preparant els aliments i administrant-los quan sigui necessari.
- Desenvolupar les activitats de manteniment i neteja del domicili garantint les condicions d'habitabilitat, higiene i ordre, amb criteris de qualitat, seguretat i cura del medi ambient i, si escau, tramitant la documentació pertinent.
- Fer les intervencions relacionades amb l'estat físic de les persones en situació de dependència seguint les pautes establertes i mostrant en tot moment respecte per la seva intimitat.
- Realitzar els trasllats, mobilitzacions i suport a la deambulació de les persones en situació de dependència emprant els protocols i les ajudes tècniques necessàries i adoptant mesures de prevenció i seguretat.
- Donar resposta a situacions d'emergència i risc per a la salut en el desenvolupament de la seva activitat professional aplicant tècniques de primers auxilis.
- Implementar intervencions de suport psicosocial emprant ajudes tècniques, suports de comunicació i tecnologies de la informació i la comunicació.

- Aplicar tècniques i estratègies per al manteniment i desenvolupament de les habilitats d'autonomia personal i social de les persones en situació de dependència, emprant ajudes tècniques i de comunicació.
- Realitzar tasques d'acompanyament i assistència personal respectant les directrius del Pla individual de vida independent i les decisions de la persona usuària.

No hem d'oblidar que quan treballem en un domicili podem establir una estreta relació amb la família i podem esdevenir orientadors i formadors per l'entorn familiar, ja que podem aportar-los recursos, estratègies i directrius de com poder atendre el familiar les estones que nosaltres no estem treballant.

### **2.11.3 Tasques dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència en l'entorn educatiu**

En l'àmbit educatiu, algunes tasques són:

- Donar suport a l'equip de mestres a l'aula.
- Col·laborar en les tasques que determini la direcció del centre.
- Vetllar per l'adquisició dels hàbits de la vida quotidiana a l'escola.
- Col·laborar amb el professorat del centre en les hores d'entrada i sortida dels alumnes objecte de la seva atenció.
- Ajudar l'alumne/a en els seus desplaçaments a l'aula i pels espais del centre en general amb el seu mitjà de mobilitat (cadira de rodes, caminadors, bastons, etc.) per garantir la seva participació en totes les activitats.
- Donar suport a la higiene personal dels alumnes objecte de la seva atenció (canviar bolquers, dutxa, acompanyar WC...).
- Tenir cura de les pròtesis que porta l'alumnat: vetllar pel seu bon ús i procurar que es mantinguin en bones condicions.
- Donar suport en els desplaçaments a l'exterior, en les sortides escolars i les activitats complementàries del centre (piscina, colònies, teatre, sortides en general...)
- Donar suport a l'alumne al pati durant les hores d'esbarjo.
- Donar suport i ajudar, si cal, aquests alumnes durant els àpats.
- Aplicar programes de control d'esfínters per fer el seguiment del control d'aquest hàbit, si fos el cas.
- Potenciar la relació afectiva amb els seus companys, afavorint el seu àmbit relacional.

És important en totes les intervencions que facin els diferents professionals de l'equip que es vetlli perquè es compleixin les normes de confidencialitat de les persones usuàries i el respecte al dret a la intimitat, així com respectar els costums relacionals i la diversitat cultural de les persones ateses.

## **2.12 Riscos laborals dels tècnics en atenció a persones en situació de dependència**

A l'hora de desenvolupar la nostra tasca professional, ens trobarem amb una sèrie de situacions desencadenades pels mateixos usuaris en el seu dia a dia, o bé per les situacions pròpies del món del treball. Saber com afrontar aquestes situacions és necessari, per tal de no perdre els papers i portar a terme una atenció individualitzada correcta.

### **2.12.1 Els tècnics davant dels riscos ergonòmics i psicosocials**

Els tècnics en atenció a la dependència duen a terme la seva tasca professional en constant relació amb els usuaris, i el centre de treball, en moltes ocasions, és el pont entre uns i altres i, per tant, ha de realitzar una tasca d'equilibri entre les necessitats dels usuaris i els recursos de què disposa el centre de treball per donar resposta a aquestes necessitats.

Aquesta situació en ocasions pot provocar els següents **riscos**:

- Desenvolupament, en algunes ocasions, de relacions conflictives dels familiars dels usuaris amb els professionals, que provoquen situacions d'estrès.
- Exposició continuada de desgast emocional.
- Ritmes de treball elevats.
- Treball per torns i a vegades nocturns.
- Mobilitzacions dels usuaris enllitats, la majoria de les vegades manuals sense productes de suport.
- Postures poc ergonòmiques.
- Jornades de treball on els professionals estan gairebé tot el dia drets.
- Monotonia i repetició de les tasques.
- Conflictes amb altres professionals per manca de definició de les funcions de cadascun dels llocs de treball.
- Inseguretat i falta d'autoestima.

Per **pal·liar aquest efectes** cal que els diversos professionals exposin de manera oberta i concisa els diversos riscos:

- Aportant suggeriments, queixes o inquietuds per poder millorar els entorns laborals en els quals es troben immersos.
- Planificant amb antelació les tasques que desenvoluparan.
- Avaluant l'equipament i en els casos necessaris recomanant als directors dels centres de treball l'adquisició de nous equipaments.
- Realitzant grups de treball que s'encarreguin d'avaluar i millorar tots els processos ergonòmics dels treballadors que formen l'equip interdisciplinari.

Els principals riscos que es poden trobar als professionals que es facin càrrec de persones amb dependència o discapacitat, els podem englobar en:

1. L'**estrès**, que pot provocar problemes de memòria, alteracions de l'ànim, nerviosisme i falta de concentració.
2. La **síndrome d'esgotament professional (burn-out)**, que es desenvolupa quan hi ha una resposta prolongada de l'estrès en l'organisme.
3. Els **problemes físics** vinculats a les males postures no ergonòmiques a l'hora de fer les transferències i les mobilitzacions amb els usuaris. Aquests problemes físics apareixen, perquè els cuidadors solen desenvolupar molta fatiga, tensions musculars i certs dolors lumbar, cervicals i abdominals.
4. L'**ansietat** en proporcions petites és saludable i habitual dins del nostre dia a dia. És un sistema desenvolupat pel nostre organisme per alertar-nos dels perills als quals ens trobem sotmesos. El problema sorgeix quan apareix en situacions no perilloses i es desenvolupa de manera prolongada en el temps conjuntament amb sentiments com la preocupació, la inquietud, la por o l'alarma. Quan l'ansietat no es tracta de manera correcta apareix el fenomen de l'estrès. Per controlar-la podem emprar diverses tècniques com: exercicis de respiració, exercicis de relaxació, centrar la nostra atenció en altres punts o altres interessos, controlar tots els nostres pensaments negatius i distorsionadors.
5. La **depressió**, que és una de les malalties més habituals del segle XXI i també més habituals dins de les tasques del cuidador. Els principals símptomes de la depressió són:
  - Baixa motivació i desinterès per tot el que passa al nostre voltant.
  - Esgotament físic i emocional.
  - Desenvolupament de pensaments negatius i distorsionadors.
  - Sentiments de tristesa, ràbia...
  - Dificultats per conciliar el son.

- Aparença física descurada.
- Dificultats per menjar que provoquen pèrdua de pes.
- L'**insomni**, que apareix dins del nostre desenvolupament professional com una manca de son propiciada per pensaments de tristesa, de culpa o pel mateix estrès. Però també hi ha diversos estudis que afirmen que l'insomni apareix vinculat amb el consum de tabac, cafè, te i xocolata.

Per **pal·liar aquests símptomes**, serà necessari que tots els cuidadors tinguin en compte els següents consells:

#### **Recomanacions per evitar el //burn-out//**

- Planificar amb temps les activitats que es portaran a terme ajudarà a baixar el nivell d'ansietat i d'estrès.
- Aprendre a cuidar-nos, dedicant-nos temps a nosaltres i als nostres amics i familiars, per a les nostres aficions...
- Alimentar-nos i hidratar-nos correctament.
- Treballar l'autoconeixement, valorant els nostres punts forts i dèbils.
- Aprendre dels nostres errors.
- Comprendre i perdonar els errors dels companys.
- Controlar la nostra pròpia actitud, no hem de perdre l'autocontrol. Hem de ser capaços de transmetre calma en les situacions més agressives o conflictives, hem d'ajudar a donar seguretat i escoltar.
- Controlar els nostres pensaments distorsionadors o les nostres interpretacions errònies.
- Descansar les hores necessàries.
- Fer exercicis amb una certa regularitat.
- Demanar ajuda quan considerem que sols no ens en podem sortir.

## **2.13 Codi deontològic o codi ètic**

Per atendre les persones en situació de dependència, a banda de tenir uns coneixements tècnics i teòrics professionals, cal tenir en compte altres aspectes que ajudaran a realitzar de forma professional les nostres actuacions a la persona dependent. Aquests aspectes estan relacionats amb tot el que comporta el treball en equip i amb la resta de professionals, sota uns criteris d'ètica professional. Per poder entendre què és el codi deontològic o codi ètic, cal tenir clars els conceptes d'*ètica* i *deontologia*.

L'**ètica** és una branca de la filosofia que estudia allò que es considera bo o el bé, o, per dir-ho d'una altra manera, el que es considera adequat o moralment correcte. Per altra banda, la **deontologia** és la branca de l'ètica que tracta dels deures que regeixen activitats professionals, així com el conjunt de deures relacionats amb l'exercici d'una professió.

**Codi deontològic o codi ètic:** un codi deontològic o codi ètic, és un document on es recullen un conjunt de criteris, basats en la deontologia o ètica amb normes i valors que assumeixen els qui duen a terme correctament una activitat professional. Els codis deontològics o ètics s'ocupen dels aspectes ètics de l'exercici de la professió que regulen.

Per tant, la deontologia té un caire més ampli que el codi deontològic, ja que pot incloure normes que no figurin en cap codi particular; es pot dir que el codi deontològic és l'aplicació de la deontologia a un camp concret.

### 2.13.1 Exemple de codi deontològic dels treballadors socials

Els professionals de l'atenció a persones en situació de dependència no tenen un codi deontològic propi, per tant, prenen com a referència el codi deontològic dels treballadors socials.

El codi es divideix en els capítols següents:

1. Principis generals del treball social: dignitat, acceptació i no discriminació, autodeterminació, intimitat i confidencialitat, participació, responsabilitat i competència i drets humans.
2. Actuació dels treballadors socials com a professionals: contribuir al desenvolupament de la professió, actualitzar la seva formació, etc.
3. La responsabilitat dels treballadors socials envers els usuaris i clients: s'ha d'informar les persones usuàries sobre els seus drets i obligacions, obligació de denunciar qualsevol situació d'abús, maltractament, etc. de persones indefenses o vulnerables.
4. La responsabilitat envers l'entitat per a la qual treballen: la documentació que s'utilitza és confidencial, afavorir l'eficàcia dels serveis per a les persones usuàries, etc.
5. Relació amb els companys i altres professionals: el professional no ha de manifestar als usuaris els desacords amb els altres companys, etc.
6. Responsabilitat envers la societat: promoure accions que respectin la diversitat de cultures, persones i grups, etc.
7. El secret professional: el professional no pot difondre informació sobre l'usuari; aquest ha de tenir la seguretat que es respecta la seva intimitat. No es poden donar a conèixer dades de l'usuari sense la seva autorització. Només en determinats casos es pot trencar el secret professional, sempre que aquesta informació sigui necessària per a la intervenció professional o perjudiqui terceres persones.



# Planificació i execució de la intervenció

Elisabet Jansa, Maria Raquel Rodríguez

Organització de l'atenció a persones en situació de dependència



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Intervenció en l'àmbit residencial</b>	<b>9</b>
1.1 Aproximació als conceptes clau	9
1.1.1 La intervenció	9
1.1.2 La planificació	10
1.1.3 L'execució	11
1.1.4 L'avaluació	11
1.2 Pla individual d'atenció integral en l'àmbit residencial	12
1.3 Model d'atenció per a persones en situació de dependència	13
1.3.1 L'atenció centrada en la persona (ACP)	13
1.3.2 Actituds dels professionals per assolir l'ACP	15
1.3.3 Principis i criteris per fonamentar un model d'intervenció integral centrat en la persona	16
1.4 Planificació en l'àmbit residencial	19
1.4.1 El pla individual d'atenció integral (PIAI)	21
1.4.2 Elements constitutius del PIAI	26
1.4.3 Àrees d'intervenció	28
1.4.4 Pla d'atenció i vida (PAV)	29
1.5 Execució en l'àmbit residencial	31
1.5.1 Preingrés	31
1.5.2 Acollida i adaptació en el centre residencial	33
1.5.3 Estada al centre residencial	36
1.5.4 Comiat del centre residencial	38
1.6 Els protocols i els registres	39
1.6.1 Protocol d'acollida i adaptació	41
1.6.2 Protocol d'atenció d'incontinències	42
1.6.3 Protocol de caigudes	43
1.6.4 Protocol de contencions	45
1.6.5 Protocol de lesions per pressió	46
1.6.6 Protocol d'higiene personal	47
1.6.7 Protocol d'administració de la medicació	48
1.6.8 Protocol de baixa: renúncia o trasllat	48
1.6.9 Protocol 'post mortem'	49
1.6.10 Protocol de fugida d'un usuari	50
<b>2 Intervenció en l'àmbit educatiu</b>	<b>53</b>
2.1 Educació inclusiva	56
2.2 Les mesures i els suports educatius	57
2.2.1 Les mesures i suports universals	58
2.2.2 Les mesures i suports addicionals	59
2.2.3 Les mesures i suports intensius	60

2.3	Suports terapèutics i de salut amb alumnat NESE en centres d'educació especial . . . . .	66
2.3.1	Servei de psicologia . . . . .	67
2.3.2	Servei de logopèdia, Unitat d'Audició i Llenguatge (UAL) . . . . .	67
2.3.3	Servei de fisioteràpia . . . . .	68
2.3.4	Servei d'infermeria . . . . .	69
2.4	Els recursos humans i el personal de suport educatiu . . . . .	69
2.4.1	Tutor o tutora d'aula . . . . .	70
2.4.2	Personal educador d'educació especial . . . . .	70
2.4.3	Personal auxiliar d'educació especial o vetllador/a . . . . .	72
2.4.4	Personal integrador social . . . . .	72
2.5	Recursos educatius . . . . .	74
2.5.1	Recursos temporals . . . . .	76
2.5.2	Gestió del temps amb alumnes amb NESE . . . . .	77
2.6	Recursos materials . . . . .	79
2.6.1	Materials didàctics o curriculars . . . . .	79
2.6.2	Material de joc . . . . .	80
<b>3</b>	<b>Intervenció en l'àmbit domiciliari</b>	<b>83</b>
3.1	Evolució del servei d'atenció domiciliària . . . . .	83
3.2	Model d'atenció a les persones en situació de dependència a l'àmbit domiciliari . . . . .	87
3.2.1	L'atenció centrada en la persona (ACP) i el model de qualitat de vida . . . . .	87
3.2.2	Normes i criteris ètics dels tècnics d'atenció a la dependència dins del domicili . . . . .	89
3.3	La planificació a l'àmbit domiciliari . . . . .	92
3.3.1	El pla d'atenció social individual . . . . .	92
3.3.2	Pla individual de vida independent (PIVI) . . . . .	93
3.4	Professionals que intervenen a l'àmbit domiciliari . . . . .	93
3.4.1	Treballadors familiars . . . . .	94
3.4.2	L'assistent personal . . . . .	94
3.4.3	L'assistent sexual . . . . .	100
3.4.4	Auxiliar de tutela . . . . .	101
3.4.5	Tècnic o operador en teleassistència . . . . .	102
3.5	L'execució de la intervenció en l'àmbit domiciliari . . . . .	103
3.5.1	Procés d'acollida de la demanda . . . . .	103
3.5.2	Estada al centre domiciliari: exemple d'actuació en habitatges tutelats . . . . .	105
3.5.3	Protocols d'actuació establerts en els domicilis . . . . .	105

## Introducció

L'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, sobre la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD) ha suposat la determinació de modalitats d'intervenció segons les necessitats, nivells i graus de dependència de les persones beneficiàries.

Tot i així, totes les modalitats d'intervenció basen les seves actuacions en la planificació, l'execució i l'avaluació: la planificació es basa en una sèrie d'actuacions ordenades i dissenyades per aconseguir un objectiu; l'execució es basa en la posada en pràctica d'aquest disseny, i l'avaluació, en el compliment dels objectius i l'adequació del disseny i de l'execució.

Les modalitats d'intervenció han evolucionat d'un model centrat en el servei a un model centrat en la persona (ACP). Aquest nou paradigma implica reconèixer la singularitat i unitat de la persona i fixar la mirada en les seves capacitats davant d'allò que la fa dependent, donant suport a la seva autodeterminació.

El model d'ACP es basa en set principis: autonomia, participació, integralitat, individualitat, inclusió social, independència i contínuum assistencial. En el primer apartat d'aquesta unitat, **“Planificació i execució de la intervenció en persones en situació de dependència en l'àmbit residencial”**, estudiareu què és el pla individual d'atenció integral (PIAI) en l'àmbit residencial, i les seves diferents fases: valoració, disseny del pla i avaluació. També estudiareu els elements constitutius i el procés d'elaboració del PIAI. Dins del que seria la seva execució, estudiareu les fases del preingrés, l'acollida i adaptació, l'estada al centre residencial i el comiat. Finalment, els protocols i registres més utilitzats.

En el segon apartat d'aquesta unitat, **“Planificació i execució de la intervenció en persones en situació de dependència en l'àmbit educatiu”** estudiareu els diferents conceptes sobre educació inclusiva, la tipologia d'alumnes amb necessitats de suport específiques, i també les mesures i suports educatius que es recullen al Decret 150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu. És important també conèixer el pla de suport individualitzat (PI), els suports terapèutics, així com el personal de suport educatiu i els recursos materials i temporals existents.

En el tercer apartat d'aquesta unitat, **“Planificació i execució de la intervenció en persones en situació de dependència en l'àmbit domiciliari”** estudiareu l'evolució de l'atenció domiciliària, el model d'atenció centrat en la persona dins dels domicilis i el model de qualitat de vida. També el pla d'atenció social individual i el pla individual de vida independent, així com els diferents professionals que hi intervenen i les seves tasques, el procés d'acollida i l'estada al centre domiciliari, i finalment els protocols emprats.



## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Organitza la seva intervenció amb les persones en situació de dependència seleccionant les estratègies en funció de les seves característiques i les directrius del programa d'intervenció.

- Descriu les estratègies d'intervenció per al desenvolupament de les activitats d'atenció a les persones en situació de dependència.
- Interpreta correctament les directrius, criteris i estratègies establerts en un pla d'atenció individualitzat.
- Determina les intervencions que s'han de realitzar per a l'atenció a les persones en situació de dependència a partir dels protocols d'actuació de la institució corresponent.
- Selecciona estratègies per a l'atenció a les persones en situació de dependència a partir de les seves característiques i del pla d'atenció individualitzat.
- Selecciona mètodes de treball adaptant-los als recursos disponibles i a les especificacions del pla de treball d'atenció individualitzada.
- Temporalitza les activitats i tasques atenent les necessitats de la persona en situació de dependència i a l'organització racional del treball.
- Descriu els principis metodològics i pautes d'actuació del tècnic en les tasques de suport per a la vida independent.
- Argumenta la importància de respectar els principis de promoció de la vida independent i les decisions de les persones usuàries.
- Argumenta la forma de donar suport a altres professionals en l'acompanyament al nou usuari a l'arribada a una institució seguint un protocol d'acollida i estada.
- Mostra responsabilitat i sensibilitat cap a la necessitat de potenciar l'autonomia de la persona amb els ajuts tècnics més escaients.





## 1. Intervenció en l'àmbit residencial

Per comprendre l'organització de la intervenció en l'atenció a les persones en situació de dependència és important conèixer alguns conceptes fonamentals per, posteriorment, aprofundir en els instruments que s'utilitzen per planificar una intervenció, així com en els instruments que garanteixen una execució de la intervenció partint d'una atenció adequada basada en un model d'atenció centrat en la persona.

### 1.1 Aproximació als conceptes clau

L'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD) ha suposat la determinació de modalitats d'intervenció segons les necessitats, nivells i graus de dependència de les persones beneficiàries. Per entendre l'organització de la intervenció en l'atenció a persones en situació de dependència, convé tenir clars alguns conceptes.

#### 1.1.1 La intervenció

En primer lloc, convé tenir clar el concepte intervenció i els diferents tipus d'intervencions existents:

Una **intervenció** és una acció justificada amb una persona o col·lectiu, a partir de l'estudi de les seves necessitats i amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida. Per tal d'aconseguir aquesta fita es fan necessàries una sèrie d'actuacions o activitats programades.

Les intervencions poden ser diverses segons l'objectiu que es vulgui aconseguir, tal com es pot veure a la taula 1.1.

Per tant, tot i que algunes intervencions poden ser grupals, la majoria són individuals i és necessària una coordinació entre tots els membres que intervindran amb la persona usuària per tal de garantir-ne els objectius marcats. En general, tots aquests objectius van orientats a millorar la qualitat de vida de l'usuari.

TAULA 1.1. Tipologia d'intervencions

Tipus	Definició	Exemple
<b>Intervenció assistencial</b>	Oferir ajut a persones que tenen grans dificultats per a les activitats de la vida diària.	Fer la higiene d'una persona enllitada.
<b>Intervenció sociosanitària</b>	Tenir en compte els dos aspectes: social (família, entorn, comunitat, recursos, etc.) i sanitari (satisfer necessitats de salut). Aquesta intervenció pretén que la persona desenvolupi les seves capacitats preventives, rehabilitadores, etc.	Informar les persones perquè es vacunin de la grip.
<b>Intervenció educativa</b>	Ensenyar i motivar les persones perquè desenvolupin les seves capacitats, sempre promovent l'autodeterminació.	Ensenyar a utilitzar un cobert adaptat.

La intervenció és un procés i, perquè tingui èxit, cal que es tinguin en compte tots els elements que intervenen en la seva planificació i execució.

Les fases del procés de la intervenció, com es pot veure a la figura 1.1, es divideixen en:

1. **Valoració:** recollir informació sobre la situació de partida i definir quines millores que es busca aconseguir.
2. **Diagnòstic:** fer un judici interpretatiu de la situació actual de l'usuari que permeti la jerarquitització de les necessitats i l'elaboració d'hipòtesis de treball per a la intervenció professional.
3. **Planificació:** analitzar els recursos amb què es compta, els objectius que es cerca assolir, les activitats que es faran i la metodologia que s'utilitzarà.
4. **Execució:** posar en pràctica el disseny de la planificació seguint la metodologia establerta.
5. **Avaluació:** valorar el compliment dels objectius i de l'adequació del disseny i de l'execució.

FIGURA 1.1. Les cinc fases del procés d'intervenció



### 1.1.2 La planificació

El concepte planificació s'engloba dins del procés d'intervenció i s'entén com una de les fases més importants:

La **planificació** és el conjunt d'actuacions prèvies, ordenades i dissenyades per aconseguir un objectiu determinat orientat a atendre les persones en situació de dependència en la seva globalitat.

La planificació de la intervenció quedarà recollida en el **pla integral d'atenció individualitzada (PIAI)** o **pla d'atenció individualitzada (PAI)**.

#### La diferència entre PIA i PIAI (o PAI)

El **PIA** és el programa individual d'atenció que contempla la LAPAD i que han d'elaborar els serveis socials bàsics i en el qual es determinen les modalitats d'intervenció més adients per a la persona beneficiària segons el seu grau de dependència.

El **PIAI** és un document que s'elabora als centres residencials per a cadascun dels usuaris i on es determina el pla d'acció a seguir en cada una de les àrees de treball del centre residencial.

Per tal d'assolir els objectius plantejats al PAI cal una bona coordinació entre tots els professionals implicats. D'altra banda, és important tenir present que per portar a terme la intervenció de la millor manera possible (pautada i registrada) cal tenir dissenyats els protocols d'actuació i els seus registres corresponents.

### 1.1.3 L'execució

L'execució és la fase del procés d'intervenció que pretén la posada en pràctica del disseny de la planificació i la metodologia establerta.

En la realitat professional l'**execució** és la implementació de totes aquelles activitats o accions programades i dissenyades amb uns objectius vinculats a unes necessitats. Tot i així, l'objectiu últim sempre va dirigit a la millora de la qualitat de vida de l'usuari.

L'execució no és possible sense disposar dels recursos necessaris i de la metodologia adient, que en ocasions està protocolitzada i procedimentada a través d'instruments que permeten realitzar les activitats o accions de forma pautada, sistemàtica i amb la qualitat que es requereix.

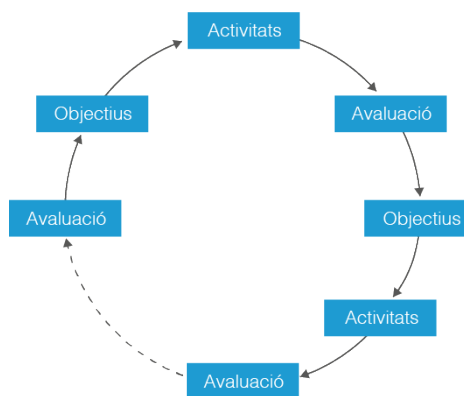
### 1.1.4 L'avaluació

Un cop s'ha portat a terme l'execució del procés d'intervenció, se n'ha de fer l'avaluació. L'entenem com:

L'**avaluació** és la fase del procés de planificació que permet valorar el compliment dels objectius i l'adequació del disseny i de l'execució.

En l'avaluació es pot mesurar l'impacte real que la nostra intervenció ha tingut envers les persones destinatàries. Una avaluació negativa ha de permetre millorar el disseny de noves accions futures d'una forma circular i dinàmica, tal com es pot veure a la figura ??:

FIGURA 1.2. Revisió del PIAI



## 1.2 Pla individual d'atenció integral en l'àmbit residencial

El professional en atenció a la dependència intervé principalment en la fase d'**execució**, ja que és un dels professionals que fa les accions necessàries per aconseguir els objectius (activitats), així com les accions concretes per permetre el desenvolupament de les accions previstes (tasques).

### Exemple de planificació per a l'ús del bastó

El tècnic fa cada dia una activitat conjuntament amb l'usuari, que consisteix a realitzar un itinerari per familiaritzar-se amb l'ús d'aquest producte de suport (bastó). Les tasques consisteixen en petites accions diàries fins aconseguir que l'usuari utilitzi de forma autònoma el bastó: els primers dies conjuntament amb el terapeuta ocupacional, perquè li ensenyi com fer-lo servir i l'acompanyi, al seu costat, en un itinerari curt; en dies posteriors un itinerari més llarg del professional TAPD amb l'usuari, i durant els últims dies deixant l'usuari sol amb una supervisió menys dirigida per part del professional TAPD.

En l'àmbit residencial tota la planificació es recull en el **pla individual d'atenció integral** (PIAI), també anomenat pla d'atenció individualitzada o **pla d'atenció integral** (PAI).

El **PIAI** o **PAI** és el document on es recullen totes les actuacions destinades a la culminació d'una atenció integral i personalitzada de l'usuari.

L'elaboració d'aquest pla suposa la participació interdisciplinària dels professionals, la família i l'usuari. Sempre que sigui possible s'ha de fer d'acord amb els principis de l'atenció centrada en la persona (ACP).

Actualment s'intenta que la intervenció es basi en una atenció centrada en la persona (ACP), en contraposició amb el model anterior, que era un model centrat en el servei. Es busca derivar la intervenció cap a un procediment on la persona usuària és la protagonista i on es parteix de les potencialitats, no pas de les dificultats. Els centres que treballen ja amb aquest model disposen també del pla d'atenció i vida. Aquesta planificació centrada en la persona no ha de confondre's amb el fet de no disposar d'una metodologia o de protocols d'acció. Atendre cada cas particular no ha d'estar allunyat d'un treball rigorós i professional i de l'aplicació de criteris objectius.

Per obtenir més informació sobre l'atenció centrada en la persona, consulteu les pàgines webs de Fundació Pílares i ACPgerontologia, que trobareu a la bibliografia.

Teniu un exemple model de la pràctica professional del tècnic a la taula 1.2.

**TAULA 1.2.** Exemples d'intervenció segons la fase del procés

Fase del procés	Exemple de tècniques emprades	Exemples d'aplicació com a tècnic
Anàlisi de les necessitats	Observació, diari de camp, revisió documental, preguntes, escales de valoració	Durant la realització de les tasques professionals, el tècnic parla amb els usuaris i observa la seva situació amb una actitud de respecte i empatia.
Disseny	Reunions d'equip, cronogrames, planificació setmanal (o diària, etc.). Elaboració d'un PAI	El professional participa a les reunions d'equip i fa aportacions sobre aspectes que es recullen al PAI. També participa en el disseny de tasques i en la seva planificació setmanal, diària, etc.
Execució	Aplicació dels protocols, ús dels registres, dinàmica de grups, activitats	Els professionals executen els diferents protocols i registres. Si és el cas, també dinamitzen activitats o grups.
Avaluació	Reunions de valoració, entrevistes, observació	Per tal d'avaluar, participa a les diferents reunions i aporta la informació de la qual disposi sobre si s'han aconseguit els objectius, si hi ha hagut suficients recursos, si el temps establert ha estat suficient, si les tasques realitzades han estat adients, etc.

### 1.3 Model d'atenció per a persones en situació de dependència

En un nou paradigma, es veu que aplicar l'atenció centrada en la persona implica reconèixer la singularitat i unicitat de la persona i fixar la mirada en les seves capacitats davant d'allò que la fa dependent, donant suport a la seva autodeterminació.

#### 1.3.1 L'atenció centrada en la persona (ACP)

La Convenció de Drets de les Persones amb Discapacitat de l'ONU, l'any 2006, va suposar un gran avenç.

Acaso la iniciativa de mayor relevancia y repercusión en los últimos tiempos ha sido la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, propugnada por la ONU en el año 2006, cuyo propósito no es otro que el de "promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de los derechos fundamentales y libertades a todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente".

Pilar Rodríguez Rodríguez (2010), "La atención integral centrada en la persona", Informes Portal Mayores, núm. 106.

El model d'atenció centrada en la persona (ACP) té els seus orígens en la psicologia humanista a la primera meitat del segle XX, quan va haver-hi un canvi a l'enfocament psicoanalista i al conductisme. Concretament al nostre país va sorgir cap a l'any 2010, fruit d'un canvi d'actitud d'alguns professionals de veure les persones usuàries en la seva dimensió més individual i relacional i amb un marcat interès per la qualitat de vida dels seus residents.

Actualment es pot considerar que s'ha evolucionat d'un model centrat en el servei a un model centrat en la persona (ACP), ja que hi ha bastants centres que apliquen

S'ha evolucionat d'un model centrat en el servei a un model centrat en la persona (ACP)

aquest model o bé l'incorporen de forma parcial en les seves metodologies de treball.

El model anterior, model centrat en el servei, pretenia aplicar solucions genèriques a un conjunt de necessitats estandarditzades sense una implicació activa de l'usuari en la seva intervenció:

- Partia dels dèficits i les necessitats que presentava l'usuari.
- Veia la persona usuària com un ésser passiu.
- Intervenien de forma genèrica, no partint de les necessitats individuals de cada pacient.
- Partia de criteris simples de veure tots els individus amb necessitats semblants i aplicava, per tant, solucions semblants.
- El professional era l'únic que prenia les solucions tècniques.

Aquest model ha anat avançant, gràcies al principi d'atenció integral i una concepció biopsicosocial, cap al model d'ACP.

En el **model d'atenció centrada en la persona**, la persona usuària és la protagonista de la seva intervenció. Es parteix de les seves capacitats, preferències i/o decisions. L'entorn i l'organització són els encarregats d'exercir els suports per assolir els objectius.

Segons el decàleg de l'ACP (Teresa Martínez, 2013):

- Totes les persones tenen dignitat.
- Cada persona és única.
- La biografia és la raó de la nostra singularitat.
- Les persones tenim dret a controlar la nostra pròpia vida.
- La persona amb deteriorament cognitiu també té dret a exercir la seva autonomia.
- Totes les persones tenen capacitats i fortaleces.
- El medi físic influeix en el nostre comportament i benestar.
- L'activitat diària té una gran importància en el benestar de les persones.
- Les persones són interdependents.
- Les persones són éssers multidimensionals subjectes a canvis.

A la taula [1.3](#) es recullen els canvis d'un paradigma a l'altre:

**TAULA 1.3.** Canvi de paradigma

<b>Model centrat en el servei</b>	<b>Model centrat en la persona</b>
Subjecte que pot participar, però no decideix.	Subjecte que té drets, actiu i que decideix.
Perceptor de serveis	Client
Les decisions les pren el tècnic o professional.	És la persona mateixa qui pren les decisions.
Professionals en què predomina el paternalisme, la tècnica, i amb el focus en el problema de l'usuari.	Orientació cap a la persona, predomini de l'ètica, i amb el focus en el problema de l'entorn.
Coneixements necessaris com les tècniques educatives i rehabilitadores, psicopedagogia i medicina.	Coneixements de relacions humanes i comunicació, gestió d'oportunitats a la comunitat i de coneixements de diferents camps com el dret, el màrqueting, l'ètica...
Metodologia de planificació per objectius i menys flexible.	Treball coordinat, participatiu, democràtic i en xarxa.
Avaluació quantitativa centrada en habilitats aconseguides per l'usuari.	Avaluació quantitativa però també qualitativa, centrada en la idoneïtat de les ajudes donades i el compliment dels compromisos adquirits.
Limitacions en funció de la disponibilitat dels serveis específics.	Tenir en compte les preferències personals i la disponibilitat dels recursos comunitaris.
Model de referència psicopedagògic/rehabilitador	Model de qualitat de vida.

### 1.3.2 Actituds dels professionals per assolir l'ACP

Les actituds dels professionals són fonamentals per assolir l'ACP:

- Conèixer la història de vida de la persona.
- Mantenir una escolta activa.
- Oferir un tracte respectuós i agradable.
- Vetllar per un entorn físic estimulants i agradable.
- Afavorir la participació de la família i de tota la xarxa de suport.
- Aplicar les cures sanitàries i personals necessàries.
- Estimular l'autonomia de l'usuari/ària.

Per tant, un professional que treballa sota els preceptes de l'ACP ha d'evitar:

- Fixar-se exclusivament en els dèficits que presenta la persona.
- Decidir per la persona usuària en totes les seves eleccions i decisions.
- Les presses o no ajustar-se als ritmes de cada persona.
- Pensar que les expressions de les persones amb demència avançada estan sempre absents de significat i, per tant, allò adequat és desatendre-les o, si són molestes, reprimir-les.
- Resignar-se i deixar alguns usuaris per impossibles.

- Alguns usuaris necessiten un tracte diferenciat per fer efectiu l'exercici dels seus drets.
- Recórrer en excés als protocols o posar-los en pràctica de forma rígida o poc flexible.
- Fer un ús excessiu o inadequat de les mesures de contenció químiques o físiques.

#### **La contenció mecànica**

La contenció mecànica és un procediment utilitzat en l'àmbit hospitalari en moltes unitats de salut mental o unitats de geriatria. Es realitza de manera rutinària i és acceptada per tot l'equip sanitari i per part de pacients i familiars, tot i que d'aquesta manera no es garanteix la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, ratificada el 2006 per més de 170 estats (entre ells l'espanyol).

Aquesta convenció entén que, en l'àmbit de la psiquiatria, s'ha de tenir dret a rebre informació comprensible, suficient i veraç; dret a decidir sobre la pròpia vida i el tractament; dret a ser protegits i protegides contra la tortura i els tractes cruels.

Davant aquesta situació, diverses entitats, col·lectius i persones individuals han encetat una campanya anomenada Zero Contencions ([0contenciones.org](http://0contenciones.org)), és a dir, "zero contencions, zero aïllaments, zero ingressos involuntaris, zero imposicions, zero sobremedicalització i zero esterilitzacions".

Aquesta campanya reclama que, d'aquí a l'any 2025, s'aconsegueixi que les contencions desapareguin. Un dels primers passos d'aquesta campanya va començar al juny del 2016, quan l'entitat d'usuaris Federació Veus juntament amb l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria (AEN) van elaborar el manifest per la fi de les mesures coercitives en la salut mental.

- En aquelles tasques d'assistència corporal (bany, vestit, etc.), actuar com si la persona no hi fos o no se n'assabentés o davant d'altres persones.
- Recollir informació privada davant d'altres persones.
- Renyar la persona usuària davant els problemes d'incontinència o atribuir la falta d'higiene a la seva desídia.
- Tenir en compte la confidencialitat en tot moment.

### **1.3.3 Principis i criteris per fonamentar un model d'intervenció integral centrat en la persona**

Tal com es pot veure a la figura 1.3 els principis i criteris del model de l'atenció centrada en la persona són els següents:



**FIGURA 1.3.** Principis i criteris de l'ACP

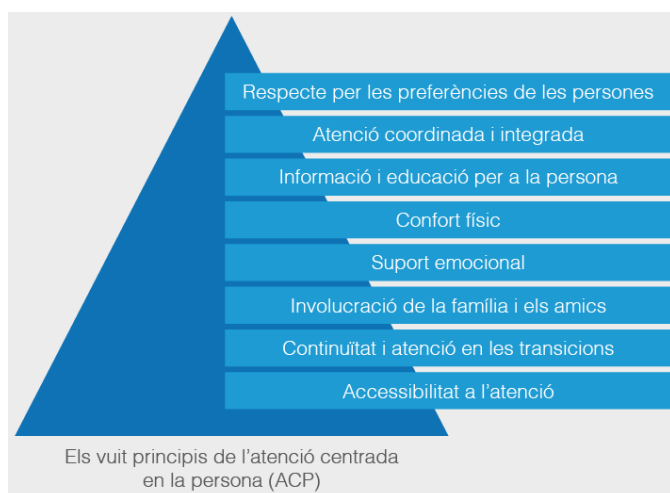
Font: Rodríguez Rodríguez, 2010

- **Autonomia i diversitat:** les persones destinatàries tenen dret a mantenir el control sobre la seva pròpia vida i, per tant, sempre poden actuar amb llibertat, independentment de la seva situació de dependència. D'altra banda, i amb independència dels suports que requereixin per la seva situació de dependència, les persones tenen capacitats per desenvolupar eleccions per pròpia iniciativa o (quan el grau d'afectació és tan greu que afecta la seva capacitat d'autodeterminació) de manera delegada a través del seu grup de suport o, si escau, el seu representant legal. Aquest principi és l'essencial de tots els que es proposen, perquè és la base de la dignitat personal.
- **Participació, accessibilitat i interdisciplinarietat:** aquest principi de participació va íntimament lligat amb l'anterior. Les persones usuàries han de gaudir d'interaccions socials suficients i accedir al ple desenvolupament d'una vida personal gratificant i lliurement triada (sexualitat, treball, vida de parella, relacions socials, habitatge...). D'altra banda, els qui necessiten atenció o cures de llarga durada (i també les seves famílies cuidadores) tenen dret a estar presents i participar en la presa de decisions que afectin el desenvolupament de la seva vida. En les intervencions han de participar tant en l'elaboració del pla personalitzat d'atenció com en el seu desenvolupament i seguiment.
- **Integralitat i globalitat:** el principi d'integralitat fa referència a la persona com un ésser multidimensional on interactuen aspectes biològics, psicològics i socials. El criteri de globalitat considera que les intervencions que es planifiquin s'han d'encaminar cap a actuacions dirigides a satisfer el conjunt de les necessitats de cada persona des d'un punt de vista global: les bàsiques (salut psicofísica i funcionalitat), les emocionals (afectivitat i relacions personals) i les socials.
- **Individualitat, flexibilitat i atenció personalitzada:** totes les persones són iguals pel que fa a l'exercici dels seus drets, però cadascuna és única i diferent de la resta. Els programes i serveis que es planifiquin han de dissenyar-se de manera que tinguin capacitat d'adaptació a les necessitats

específiques de cada persona i evitar que siguin les persones les que s'hagin d'adaptar als programes.

- **Inclusió social, proximitat i enfocament comunitari:** la inclusió social contempla que les persones que requereixen suports per tenir una diversitat funcional o per trobar-se en situació de fragilitat o dependència són membres actius de la comunitat i ciutadans amb idèntics drets que la resta. Per això, fins i tot en una situació de dependència important han de tenir possibilitat de romandre en el seu entorn i tenir accés i possibilitat de gaudir dels béns socials i culturals en igualtat amb la resta de la població. Així mateix, tenen dret a tenir espais de participació social.
- **Independència, prevenció i rehabilitació:** el principi d'independència contempla que totes les persones han de tenir accés a programes informatius i formatius dirigits a la promoció de la salut i a la prevenció de la dependència; i aquelles que es troben en situacions de diversitat funcional, fragilitat o de dependència, a serveis i programes que millorin la seva funcionalitat i facilitin el seu benestar. Hi ha evidència científica quantiosa que demostra els excel·lents resultats de la prevenció i la rehabilitació. Els programes que es planifiquin han de contemplar objectius i actuacions de promoció de la salut i accions preventives, tant de prevenció primària, com secundària i terciària, segons la situació de les persones a les quals es dirigeixen. Quan el programa es dirigeixi a una persona que té una situació de dependència severa, s'ha d'establir un reajustament permanent i flexible dels objectius. Cal abandonar les creences errònies que de vegades hi ha sobre la ineficàcia de la intervenció amb aquestes persones i, per tant, s'han de planificar accions sigui quin sigui el seu grau d'afectació.
- **Continuïtat, coordinació i convergència:** les persones amb diversitat funcional i aquelles que es troben en situació de fragilitat o dependència han de tenir accés als suports de manera continuada i adaptada permanentment a les circumstàncies canviants del seu procés. Al llarg de tota la vida, si cal, com passa quan les persones tenen una discapacitat congènita o perinatal. Els criteris de coordinació i convergència contempen que en les planificacions que es desenvolupin cal incloure mecanismes formals i estructurats de coordinació i complementació perquè els recursos puguin adaptar-se al procés de la diversitat funcional, la fragilitat o la dependència, que sempre és canviant al llarg del temps. Aquesta coordinació es refereix tant als diferents recursos, prestacions i nivells dels serveis socials, com entre els diferents sistemes quan han d'intervenir conjuntament en l'atenció dels casos (especialment social i sanitari, però també educatiu i de formació, d'habitatge, i d'ocupació per persones en edat laboral).

A la figura 1.4 es descriuen els vuit principis de l'atenció centrada en la persona:

**FIGURA 1.4.** Els vuit principis de l'ACP

Font: adaptat de Picker Institute, 2015

## 1.4 Planificació en l'àmbit residencial

Les persones en situació de dependència en l'àmbit residencial són totes aquelles persones que no poden ser ateses al seu domicili per diferents motius.

Un **centre residencial** és un recurs on la persona usuària, per la seva problemàtica, sigui sociofamiliar o per dependència, rep totes les atencions necessàries que no li poden ser proporcionades a casa seva.

Segons la cartera de serveis socials, l'àmbit residencial engloba diferents tipus de serveis:

- Centres residencials per a persones grans
- Serveis de llars residència per a persones grans de caràcter temporal o permanent
- Serveis de residències assistides per a persones grans de caràcter temporal o permanent
- Centres socio-sanitaris de llarga estada
- Centres residencials per a persones amb diversitat funcional
- Serveis de residència assistida temporal o permanent per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental

La titulació del tècnic de persones en situació de dependència capacita per al desenvolupament de diversos perfils professionals dins de l'àmbit residencial, com poden ser:

- Cuidador de persones en situació de dependència en diferents institucions i/o domicilis
- Cuidador en centres d'atenció psiquiàtrica
- Gerocultor
- Personal governant i sotsgovernant de persones en situació de dependència en institucions
- Auxiliar responsable de planta de residències de gent gran i persones amb discapacitat

L'àmbit residencial ha de garantir una atenció integral de la persona. Per tant, cal una òptima planificació i execució mitjançant un equip de professionals ben coordinats i que disposin d'un ampli ventall de serveis.

Els serveis oferts es classifiquen en quatre grups principals:

- Serveis bàsics: allotjament, manutenció, gimnàs, transport adaptat, etc.
- Serveis terapèutics: atenció socio sanitària i psicològica, teràpia ocupacional, cures, rehabilitació, etc.
- Serveis d'intervenció amb la família: grups d'autoajuda, informació, etc.
- Serveis complementaris: cafeteria, podologia, perruqueria, etc.

A l'entorn residencial és important que la dinàmica de treball tingui uns criteris metodològics per garantir l'èxit de la **planificació**:

- Els professionals que intervenen en l'atenció de l'usuari i amb la seva família han de treballar de forma coordinada i interdisciplinària per assolir els objectius marcats al PIAI.
- El PIAI ha de ser individual per a casa usuari i cal que hi participi el resident i/o la seva família.
- Cal que quan es faci l'avaluació i valoració de l'usuari, els professionals que hi intervenen utilitzin proves fiables. Per exemple, l'escala de Barthel, que avalua les funcions físiques que presenta l'usuari per viure de forma independent.
- L'elaboració d'uns protocols que esdevinguin generalitzables a tots els pacients, però que siguin eficaços en tant que la seva aplicació no pugui excloure la singularitat de les necessitats d'algun usuari. S'han de revisar de forma periòdica per anar-los adaptant a les carències que es poden presentar a l'hora de posar-los en pràctica. Cal que tots els professionals tinguin coneixement tant del seu ús com de les seves modificacions.
- Els registres són els elements més importants a l'hora de consignar la informació quan s'intervé amb un pacient i, alhora, també per poder fer el traspàs de les intervencions entre els professionals. Per tant, cal que siguin clars i complets i, sobretot, fàcilment informatitzables.

- Cada procés de PIAI ha d'estar en constant revisió.

### 1.4.1 El pla individual d'atenció integral (PIAI)

El PIAI o PAI és el pla que han de seguir tots els professionals que intervenen amb l'usuari/ària.

El PIAI de cada usuari ha d'estar elaborat com a màxim dos mesos després de l'ingrés. Per a l'elaboració del pla cal centrar-se en les tres fases més importants:

1. Valoració inicial
2. Disseny del pla
3. Avaluació

#### La valoració inicial

En la valoració inicial, és molt important que s'avaluin diferents variables. Convé que la valoració inicial estigui feta com a màxim 15 dies després de l'ingrés. Les valoracions més importants són:

- **Àmbit familiar i social:** mitjançant entrevista i observació, s'avaluen les relacions familiars establertes, la xarxa d'amistats i les aficions i els interessos de la persona.
- **Estat de salut:** mitjançant l'aportació de l'historial mèdic de la persona usuària, la informació que la família i l'usuari aportin i l'exploració mèdica, es pot donar tota la informació per marcar els objectius a l'hora d'elaborar el pla. Tota aquella informació que es pugui aportar abans de l'ingrés és útil per agilitzar la feina.
- **Valoració funcional:** dona informació del seu nivell d'autonomia per portar a terme les activitats bàsiques de la vida diària, les capacitats conservades que poden ser reeducades i aquelles que necessiten productes de suport.
- **Valoració de l'estat conductual, emocional i cognitiu** actual de la persona usuària: serveix per garantir la seva millora dins dels programes que es porten a terme a la residència quan s'elabora el seu pla.

Per tant, la fase de valoració ha de ser el pas principal per arribar a l'objectiu: elaborar el PIAI que encaixi perfectament amb les necessitats de l'usuari.

#### El disseny del pla

El disseny del pla es divideix en dues subfases: els objectius i el disseny d'activitats.

Els **objectius** són la guia que serveix per assolir l'èxit d'una bona intervenció. Per aconseguir-ho, cal que els objectius quedin ben definits, és a dir, que siguin clars, reals i personalitzats. Cal que s'estableixi una prioritització. D'entre tots, els dos més importants per prioritzar són, d'una banda, els objectius relacionats amb l'assoliment de la independència funcional i, de l'altra, els objectius que ajudin la persona a ser més autònoma, psicològicament parlant. És a dir, que tingui el control sobre la seva pròpia vida.

Els objectius poden ser generals, específics i operatius.

Els **objectius generals** del programa han d'estar redactats de tal manera que compleixin les següents premisses:

- Cada objectiu general només pot contenir un infinitiu en la seva redacció, i aquest no pot ser compost.
- Han d'expressar el propòsit central del programa o la seva declaració d'intencions.
- No han d'indicar resultats concrets, sinó els efectes generals que es volen assolir amb el programa.
- Han d'estar poc concretats, és a dir, han de poder admetre diverses interpretacions i no han de fer referència a una acció mesurable directament per mitjà d'indicadors.

Un exemple d'objectiu general seria: "Millorar la qualitat de vida de la persona usuària".

Els **objectius específics** han d'estar redactats segons les premisses següents:

- Han de ser coherents amb els objectius generals, dels quals deriven.
- Cada verb ha de fer referència a una conducta; per tant, cada objectiu específic només pot contenir un infinitiu en la seva redacció, i aquest no pot ser compost.
- Han d'assenyalar els passos que cal fer per assolir els objectius generals, és a dir, han de tenir una lògica de seqüència entre si i respecte a l'objectiu general de referència, però no són un resum de les fases de l'activitat.
- Han d'expressar un nivell més gran de concreció, tot i que encara no poden explicitar conductes o accions directament mesurables per mitjà d'indicadors.
- Han d'adreçar-se als usuaris del programa. En aquest sentit, ajuda a redactar-los pensar que han de donar resposta a la frase: "L'usuari ha de ser capaç de...".

#### **Exemples d'objectius específics**

A partir de l'objectiu general "Millorar la qualitat de vida de la persona", podem tenir els exemples d'objectius específics següents:

- Aconseguir que camini amb caminadors en un període de temps determinat.
- Aconseguir que mengi sense triturar al cap de tres mesos.
- Millorar la relació amb la família o algun dels seus membres d'aquí a tres mesos.
- Promoure una dieta equilibrada per disminuir dos quilos de pes d'aquí a tres mesos.
- Facilitar l'autonomia personal en el vestir d'aquí a tres mesos.
- Participar de les activitats que poden ajudar a la seva sociabilització al cap de dos mesos.

Per a cadascun dels objectius específics prèviament establerts, caldrà concretar els **objectius operatius** que es proposen assolir amb el conjunt de les activitats que es faran al llarg del programa; la redacció d'aquests objectius ha de complir les següents premisses:

- Cada verb ha de fer referència a una conducta, i per tant cada objectiu operatiu només pot contenir un infinitiu en la seva redacció, que no sigui compost.
- Han de desenvolupar i concretar els objectius específics, i per tant normalment se'n redacten tres o quatre per a cada objectiu específic.
- Només poden admetre una interpretació, és a dir, si diferents persones els llegeixen haurien d'entendre el mateix.
- Han de ser sempre observables, quantificables i mesurables per mitjà d'indicadors.
- Han d'adreçar-se als usuaris del programa. En aquest sentit, és d'ajuda per a la seva redacció pensar que han de donar resposta a la premissa: "L'usuari ha de ser capaç de...".

En definitiva, els nivells de concreció han de ser coherents entre si, i cada objectiu d'un nivell ha de ser concretat, com a mínim, en un objectiu del següent nivell. A l'hora de redactar-los, s'ha de seguir un ordre i repetir la mateixa estructura: verb en infinitiu, complement directe i complement circumstancial (vegeu la taula 1.4).

**TAULA 1.4.** Nivells de concreció dels objectius

Objectius generals	Objectius específics	Objectius operatius
1. Infinitiu + CD + CC	1.1. Infinitiu + CD + CC	1.1.1. Infinitiu + CD + CC
		1.1.2. Infinitiu + CD + CC
		1.1.3. Infinitiu + CD + CC
	1.2. Infinitiu + CD + CC	1.2.1. Infinitiu + CD + CC
		1.2.2. Infinitiu + CD + CC
		1.2.3. Infinitiu + CD + CC
2. Infinitiu + CD + CC	2.1. Infinitiu + CD + CC	2.1.1. Infinitiu + CD + CC
		2.1.2. Infinitiu + CD + CC
		2.1.3. Infinitiu + CD + CC
	2.2. Infinitiu + CD + CC	2.2.1. Infinitiu + CD + CC
		2.2.2. Infinitiu + CD + CC
		2.2.3. Infinitiu + CD + CC

Els objectius s'han d'assolir mitjançant unes actuacions que es concretaran en una sèrie d'activitats o intervencions. És el **disseny d'activitats**. Les actuacions proposades en el PIAI tenen diferents finalitats en funció dels objectius planificats:

- Preventiva: evitar l'aparició de patologies o limitacions noves per mitjà de la detecció de factors de risc i l'aplicació de vacunes, entre d'altres aspectes.
- Educativa: educació per la salut, hàbits d'higiene, imatge personal, etc.
- Assistencial: aplicació dels tractaments, prestació de cures, realització de les activitats quotidianes, etc.
- Rehabilitadora: per restablir o superar les seqüeles derivades de la patologia o la limitació.
- Lúdica: ocupar el seu temps lliure amb activitats plaents i gratificants.
- Socialitzadora: promoure la participació i la relació entre les persones usuàries.

A partir d'alguns dels objectius específics anteriors, es poden veure els tipus d'activitats i els professionals que hi poden intervenir:

#### **Exemple d'intervencions professionals a partir d'un mateix objectiu específic**

Promoure que mengi sense triturar:

- Infermer/a: programar visita al dentista.
- Cuidador/a: tallar la carn a trossets petits.
- Terapeuta ocupacional: realitzar exercicis d'habilitats de dits 10' cada dia.
- Metge/essa: fer seguiment de l'estat nutricional.
- Treballador/a social: preguntar al fill/a quins aliments li agraden més.

Facilitar que es relacioni amb el/la company/a de dormitori:

- Treballador/a social: mantenir una conversa curta amb tots dos.
- Persones cuidadores: intervenir sempre amb tots dos en les converses durant les higiènes.
- Animador/a sociocultural: fer que coincideixin en els tallers de memòria dels dimarts.
- Psicòleg/oga: ajudar a que cadascú expressi trets del caràcter positius de l'altra persona en les sessions individuals.

Millorar la relació amb els fills o amb altres membres de la família:

- Treballador/a social: parlar amb els fills o altres familiars i programar visites cada quinze dies. Després de cada visita parlar amb la persona resident. Fer el seguiment per escrit de les visites i la valoració de la resident.
- Psicòleg/oga: fer coincidir les sessions individuals després de les visites dels fills.
- Cuidador/a: estar pendent de la visita familiar i oferir-se per si la persona resident necessita alguna cosa durant la visita, garantint un espai agradable per a les dues parts.
- El/La conserge: anotar al registre de visites el dia i l'hora que rep visites la persona usuària.



## L'avaluació

En la data marcada per a cada objectiu se'n valora el compliment i es replanteja, si és el cas, o es plantegen nous objectius. Les necessitats de les persones en situació de dependència són molt variables i, per tant, els objectius per actuar sobre les seves necessitats caldrà que estiguin subjectes a una avaluació permanent. Per tant, cal que aquesta avaluació sigui contínua i periòdica.

- **Avaluació contínua:** es fa mitjançant les funcions i els objectius marcats al PIAI i tots els professionals han d'anar observant la seva idoneïtat, si els objectius i les seves activitats s'han de canviar o si són les òptimes.
- **Avaluació periòdica:** es fa mitjançant la reunió de tots els professionals. S'avalua de manera sistemàtica l'estat tant físic com cognitiu de la persona usuària, per mesurar objectivament aspectes rellevants en la seva evolució. Aquestes valoracions ajuden a detectar si calen modificacions o adaptacions en el PIAI de cada usuari/ària.
- **Avaluació final:** el PIAI es programa normalment per un any i, un cop passat aquest temps, es fa l'avaluació final per redefinir-lo, modificar-lo o substituir-lo per un de nou.

En l'**avaluació de les activitats** cal prendre en consideració tots els aspectes que donin viabilitat a l'aplicació de l'activitat en si. Així, podem tenir en compte, entre d'altres, l'adequació dels següents punts (vegeu la figura ??):

- Temporalització preestablerta
- Selecció de recursos: materials, espacials, humans, econòmics
- Planificació del desenvolupament
- Tècniques d'aplicació

En la següent figura 1.5 s'il·lustra una proposta de pauta d'avaluació d'activitats.

**FIGURA 1.5.** Graella per a l'avaluació d'activitats

AVALUACIÓ DE L'ACTIVITAT				
Nom de l'activitat	Escala d'estimació			
Indicadors d'avaluació	1	2	3	4
S'han assolit els objectius programats.				
L'espai utilitzat ha permès fer l'activitat.				
La durada de l'activitat ha estat suficient.				
La periodicitat ha estat adient.				
Els recursos materials previstos han estat suficients.				
La metodologia emprada ha permès que l'usuari entengui el procediment.				
...				
Observacions				

L'escala d'estimació va de menys a més, essent l'1 el valor més baix i el 4 el més alt. Es recomana que les escales d'estimació siguin de nombre parell per evitar una valoració intermèdia en cas de dubte. Cal prendre una decisió cap a l'alça o la baixa.

### 1.4.2 Elements constitutius del PIAI

Cada centre residencial disposa del seu model propi de PIAI, però hi ha una sèrie de continguts mínims que tot PIAI ha de contenir:

1. Dades personals de l'usuari
2. Data d'ingrés, data de realització del pla i data prevista per la seva avaluació
3. Personal que intervé (metge/essa, infermer/a, fisioterapeuta, animador/a, treballador/a social, així com els tècnics o cuidadors de referència)
4. Valoració inicial
5. Data de valoració i problemàtiques detectades en les següents àrees:
  - Àrea mèdica
  - Àrea funcional (AVD o activitats de la vida diària, mobilitat, sentits...)
  - Àrea cognitiva
  - Àrea social
6. Objectius per a cadascuna de les àrees esmentades durant els tres primers mesos de permanència en el centre en els següents nivells:
  - Nivell preventiu
  - Nivell assistencial
  - Nivell educatiu
7. Activitats concretes per als objectius (amb el personal responsable):
  - Manteniment i desenvolupament de les activitats de la vida diària

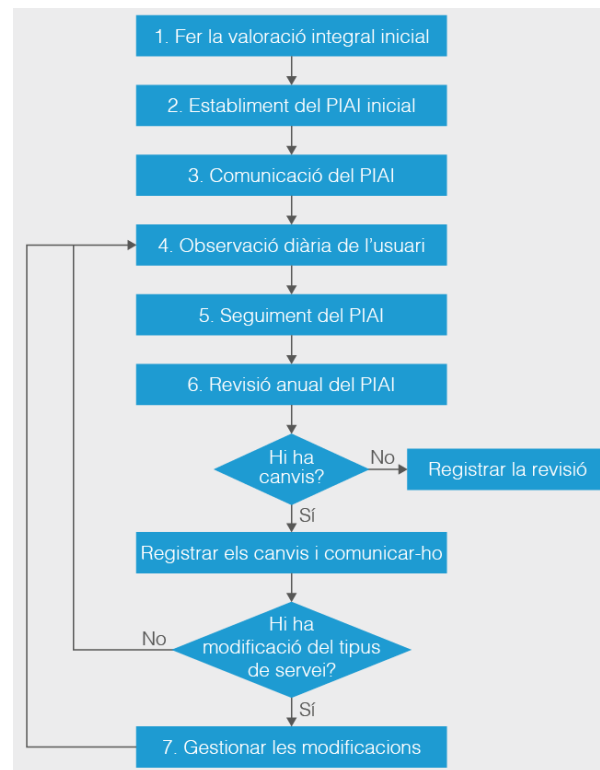
- Dieta alimentària més adequada o la prescrita per ordre mèdica
- Cura de l'aspecte físic (personal i del vestit) del resident
- Prevenció del deteriorament psicofísic
- Activitats relacionals (visites familiars i amics)

8. Avaluació periòdica dels objectius (revisió, nous objectius i activitats concretant la periodicitat, recomanable una vegada a l'any)

El procés d'elaboració del PIAI ha de tenir en compte les temporitzacions següents:

- **Abans de l'ingrés:** recollir tota la informació necessària del futur usuari/ària i preparar el protocol d'ingrés.
- **Dia de l'ingrés o abans:** fer la primera entrevista entre el director del centre i l'usuari/ària i la seva família per tal de facilitar tota la informació necessària i per disminuir els nivells d'ansietat que pugui tenir.
- **Dia de l'ingrés o 24-48 hores postingrés:** entrega de l'historial mèdic per part de la família.
- **Primera setmana de l'ingrés:** elaborar el diagnòstic físic i psicosocial en què es valora l'estat funcional, emocional, físic, cognitiu, sociofamiliar, etc.
- **Abans de dos mesos postingrés:** confeccionar el PIAI entre tots els professionals que actuaran amb el/la pacient, per determinar els objectius i les actuacions corresponents. Fer entrevista amb la persona usuària i la seva família per informar de la feina acordada i establir la corresponsabilitat de les parts.
- **Anual segons l'evolució de l'usuari:** s'ha de reestructurar el PIAI en funció dels canvis que es vagin produint en l'estat funcional i de salut de l'usuari.

A la figura 1.6 es pot veure l'esquema de revisió d'un PIAI elaborat per la Creu Blanca.

**FIGURA 1.6.** Revisió del PIAI

Font: PIAI Creu Blanca

### 1.4.3 Àrees d'intervenció

Les residències han de disposar de les següents àrees d'atenció directa, de les següents disciplines professionals:

- **Àrea funcional:** els professionals són persones amb formacions específiques, generalment al voltant de la teràpia ocupacional i la fisioteràpia, i que treballen amb els usuaris activitats per recuperar la realització de les activitats bàsiques i/o instrumentals de la vida diària, ja sigui amb l'ajuda de productes de suport o sense.
- **Àrea sanitària:** personal sanitari, ja siguin metges, infermers, auxiliars d'infermeria, tècnics d'atenció a la dependència, etc. Dins d'aquesta àrea es desenvoluparan totes les actuacions referides a la cura de la salut física i psíquica dels usuaris.
- **Àrea social:** treballadors socials que generalment s'ocupen de tota la part social de l'individu quant a les relacions al centre, però també s'encarreguen de trametre ajudes, recursos i altres serveis a la persona.
- **Àrea d'animació sociocultural:** educadors socials o animadors socioculturals, que s'encarreguen del disseny d'activitats d'oci i temps lliure i de l'adequació de les activitats a les necessitats dels diferents usuaris.
- **Àrea psicològica:** s'ocupen de valorar els aspectes cognitius dels usuaris en relació amb els estats d'ànim dels usuaris, les pèrdues de caràcter cognitiu

o similars que es puguin donar a l'entorn residencial. Els professionals que se n'encarreguen són els psicòlegs.

Per atendre les persones amb més necessitats cal que els centres disposin d'espais diferenciats o polivalents suficients per poder efectuar els diferents programes.

#### 1.4.4 Pla d'atenció i vida (PAV)

El pla individual d'atenció és un document comú a la majoria de centres residencials i a la majoria d'administracions. Des del model d'atenció centrada en la persona, també es fa servir el **pla d'atenció i vida (PAV)**, un document on es planifica i es porta a terme l'atenció que cada persona rebrà al centre residencial. Aquest document pretén atendre les necessitats de cada persona i donar suport al seu projecte de vida. El document serveix com a guia per a la intervenció professional i és un instrument per a l'acció, una acció dialogada entre la persona usuària, la família i els professionals.

El **pla d'atenció i vida** és molt més que un pla d'atenció individual bàsic, perquè permet que tot l'equip dels centres socio-sanitaris o residencials puguin conèixer en profunditat la persona usuària, respectar la seva capacitat de decisió i centrar-se en la persona des de totes les perspectives vitals.

El pla d'atenció i vida és un procés continu de comunicació i intervenció, en el qual la persona ha de tenir l'opció i els suports per participar activament. Aquest pla presenta diferents fases:

1. Valoració integral de la persona al seu entorn
  - Biografia o història de vida
  - Capacitats i fortaleces
  - Estat de salut física
  - Funcionament en les activitats de la vida quotidiana (independència–dependència)
  - Estat cognitiu
  - Salut mental i estat emocional
  - Forma de vida, preferències i desitjos
  - Relacions socials i suport social
  - Entorn físic (lloc on viu, llocs que freqüenta, barri)
2. Elaboració d'una proposta inicial
3. Diàleg i consens
4. Posada en marxa del pla i acompanyament

## 5. Avaluació i continuïtat del pla

Es tracta d'un procés on, a més dels instruments d'avaluació integral utilitzats, escales estandarditzades i fins i tot el mateix PIAI, s'incorpora aquesta nova metodologia per afavorir la participació de la persona, com a grup de suport i consens, així com diversos instruments de tipus qualitatiu dissenyats per facilitar una atenció més personalitzada (Teresa Martínez, 2013).

Per entendre la interrelació del PIAI i el pla d'atenció i vida, es pot partir de l'experiència d'algunes residències que treballen amb un model d'atenció individualitzada i que aposten per un model propi que incorpora:

1. **Pla d'atenció (PA):** es tracta d'una entrevista prèvia a l'ingrés que ajuda a conèixer la persona que ingressarà al centre. Es fa sempre que és possible uns dies abans de l'ingrés. Hi participa la persona usuària i els familiars més propers. Es potencia l'autonomia buscant la implicació de la persona al triar el seu estil de vida, escollir els horaris que més s'adapten als que tenia abans de l'ingrés i decidir les activitats en les quals vol participar. En aquesta primera entrevista es fa una avaluació de les necessitats, on es tenen en compte les expectatives de la família i el resident.
2. **Assignació d'una persona de referència:** encarregada de facilitar a la persona la seva adaptació al centre. La persona de referència pot canviar durant l'estada si la persona ho desitja.
3. **Pla individual d'atenció integral (PIAI):** és més ajustat a les necessitats detectades durant l'avaluació. El primer PIAI es fa al cap d'un mes de l'ingrés i es revisa semestralment (sempre que no hi hagi un canvi significatiu en la persona). El pla PIAI compta amb diferents fases:
  - **PrePIAI:** entrevista amb la persona usuària i amb els familiars més propers per conèixer el grau de satisfacció i si l'estada al centre s'adapta a les expectatives.
  - **PIAI:** reunió de l'equip interdisciplinari format per infermer/a, metge/essa, educador/a social, terapeuta ocupacional, treballador/a social, psicòleg/òloga, governant/a, fisioterapeuta, auxiliar de referència i direcció. En aquesta reunió s'analitza la valoració geriàtrica feta amb anterioritat, es detecten les necessitats i potencialitats. Es plantegen els objectius concrets i es determinen els programes i activitats.
  - **Devolució de PIAI:** nou contacte amb la persona usuària per explicar-li a ella i/o als familiars els objectius i les activitats.
4. **Pla de vida (PV):** full de ruta on es reflecteixen les característiques particulars de la persona. És un document dinàmic que està sempre subjecte a variacions. En aquest full es reflecteixen les preferències referent a hàbits quotidians: on li agrada passar el dia, les preferències en els menjars, quins amics té a la residència, com li agrada que li facin la higiene, els objectes de referència... Són totes aquelles coses que poden ser importants per conèixer millor els usuaris i que poden ser d'ajuda.

Per obtenir més informació sobre el pla d'atenció i vida, consulteu el web de la Fundació Pílares a la bibliografia, on podreu veure un model de document.

## 1.5 Execució en l'àmbit residencial

Quan l'usuari entra al centre residencial és el moment de tenir en compte la seva adaptació òptima, seguint cada fase tal com estipula cada centre. Les fases són: el preingrés, el període d'acollida i adaptació, l'estada i el comiat del centre residencial.

L'àmbit residencial ha de garantir una atenció integral de la persona. Per tant, cal una planificació i execució òptimes mitjançant un equip de professionals ben coordinats i que disposin d'un ampli ventall de serveis.

### 1.5.1 Preingrés

Les persones en situació de dependència ateses en l'àmbit residencial han de trobar un ambient acollidor i les condicions per rebre l'assistència adequada a les seves característiques personals. Segons el model d'atenció centrada en la persona, és ideal que la persona estigui a la residència com a casa seva.

Quan, després de mirar molt i comparar, es decideix ingressar en una residència (ja sigui un ingrés decidit pel mateix pacient o per un familiar), cal tenir en compte que algunes decisions que es prenen al principi han de ser estudiades amb detall per evitar que amb posterioritat puguin sorgir problemes. És molt important que la durada del preingrés sigui tan llarga com la persona consideri, ja que cada persona necessita el seu temps per prendre aquesta decisió. D'aquesta manera, l'adaptació posterior serà molt més fàcil.

Per tant, davant de l'ingrés, la persona ha de disposar de temps per reflexionar sobre la nova vida dins de la residència. És important que, en la mesura de les seves possibilitats, pugui participar en tot el procés, especialment en l'elecció de la residència i en les condicions de l'ingrés. Pel que fa a la família, normalment apareixen molts sentiments de culpabilitat, abandó, por, remordiments..., perquè en la majoria dels casos la situació de dependència del familiar és incompatible amb la seva situació laboral, familiar i/o personal.

Per tal de facilitar tant l'adaptació dels familiars com de la persona usuària, és convenient que aquests visitin el centre residencial o bé que l'usuari hi faci curtes estades temporals prèvies per tal d'adaptar-se a poc a poc al nou entorn. És molt important vincular la família amb la residència per tal que col·labori en les activitats i estigui present en les atencions al seu familiar en tot moment, per afavorir el contacte i evitar situacions d'abandonament.

Prèviament a l'ingrés, la persona cal que també comuniqui a la direcció professional de referència informació sobre els seus gustos, interessos, afinitats, com vol tenir la seva habitació, etc. Tota aquesta informació es recollirà en un informe biogràfic o bé en el pla d'atenció i vida.

#### **Preingrés**

El preingrés és el període que precedeix l'ingrés. És el temps que passa des que la persona decideix o s'assabenta que ingressarà en un centre residencial fins que es fa efectiu l'ingrés.

Per fer de forma correcta aquest preingrés és important tenir en compte els següents aspectes:

- Conèixer al màxim la persona resident per aconseguir crear un ambient en la seva zona de futura convivència que s'adapti al màxim possible a allò que n'espera.
- Poder preparar el seu futur entorn: espais com la unitat residencial on viurà, la seva habitació, la taula amb qui compartirà els àpats, així com les activitats.
- Informar àmpliament la persona i la seva família de què es trobarà en el seu ingrés per tal de disminuir el nivell d'angoixa, por i inseguretat que tot canvi produeix en les persones, i més tractant-se d'un ingrés en un centre.
- Posar les bases per crear el vincle més imprescindible per tenir èxit: la relació de confiança.

Durant aquesta fase s'ha de recopilar la informació bàsica prèvia sobre l'estat de salut de l'usuari, els seus hàbits, els ajuts... L'objectiu és fer un informe i transmetre a tot l'equip de professionals una informació bàsica sobre el futur resident. Amb la finalitat d'aconseguir un bon funcionament, la millor convivència, la màxima participació, el respecte dels drets i la consecució del màxim benestar integral, cal la col·laboració de tots, ja siguin persones residents, familiars o professionals d'un centre. És necessari tenir unes pautes de funcionament i unes normes de convivència.

La llei estableix l'obligatorietat de signar un **contracte de serveis** en el moment de l'ingrés a la residència, sigui pública o privada. Aquest document conté les obligacions i drets de cadascuna de les parts. Com que normalment el contracte és un document llarg i amb molta informació, convé que, abans de l'ingrés, la persona usuària o els familiars se l'emportin a casa i l'estudii en detall. També és interessant que s'apunten tots els dubtes que els vagin sorgint en relació amb el contracte que hauran de signar i les consultes amb la direcció de la residència. Si el contracte d'ingrés en una residència està ben redactat i tothom l'entén, s'estalvien moltes controvèrsies futures.

Un cop s'ha mirat bé el contracte assistencial de residència, val la pena aturar-se en un altre document de la residència: el **reglament de règim intern**. Hi apareixen els horaris de la residència, les condicions d'admissió i baixes i les normes de convivència, entre altres coses.

Un cop signat el contracte assistencial, es considera que tothom està d'acord amb tot el seu contingut i amb el reglament de règim intern. Tanmateix, cal informar de tota la documentació que cal preparar per al dia de l'ingrés i de tots els aspectes generals que s'han de conèixer. És convenient facilitar-ho per escrit.



### 1.5.2 Acollida i adaptació en el centre residencial

En molts casos l'ingrés residencial és l'últim pas després d'haver passat per altres serveis com els centres de dia o l'atenció domiciliària. Prendre la decisió d'ingressar en un centre residencial va acompanyat sovint d'un impacte emocional molt fort per la persona afectada, i també pels seus familiars. Per tant, és necessari que aquest procés sigui una intervenció protocol·litzada per tal de rebaixar l'angoixa que aquest moment pot suposar per la persona.

Molts autors han estudiat al llarg del temps el procés d'institucionalització i com afecta les persones. Segons Goffman (1961), les residències es caracteritzen per:

- Les dimensions de la vida transcendeixen en el mateix lloc i sota una mateixa autoritat.
- Les etapes de l'activitat diària de cada membre es porten a terme en companyia d'un gran nombre d'altres membres que reben el mateix tracte i dels quals s'espera que facin junts les mateixes coses.
- Les activitats estan estrictament programades, de manera que una activitat condueix a la següent, i tota la seqüència d'activitats ve imposada jeràrquicament per mitjà d'un sistema de normes formals.
- Les activitats obligatòries s'integren en un únic pla creat per assolir els objectius propis de la institució.

Riquelme (1997) comenta que si la persona deixa casa seva per anar a viure amb algun familiar no trenca plenament amb la seva xarxa, perquè les persones que l'envolten l'ajuden a reconèixer qui és i a on pertany. D'altra banda, l'ingrés en una residència suposa una ruptura total amb el seu ambient, entrant en un nou món que li és desconegut.

Alguns autors, com Padierna (1994), parlen sobre com el procés d'institucionalització afecta els familiars i que hi ha tota una sèrie de preocupacions per part dels familiars:

- Sentiments de culpa i ràbia.
- Pèrdua parcial del rol, com a part de la parella, pare, fill...
- Por de rebuig per part de la persona usuària.
- Càrregues econòmiques.

Segons Manel Aragonés (director gerent de Palau de Can Sunyer, amb més de vint anys d'experiència en direcció i creixement d'equips) hi ha alguns mites negatius que acompanyen aquests sentiments, tant en familiars com en usuaris:

“És un fet que la natalitat és cada vegada més baixa. Com ho és que l'esperança de vida ha augmentat. Totes dues coses alhora fan que les residències d'avis a Castellbisbal

s'hagin convertit en un important recurs. No obstant això, molts no les fan servir per la gran quantitat de mites negatius que hi ha al seu voltant. Aquí els desmantellem tots.

- Les famílies que no s'ocupen de la seva gent gran són les que recorren a les residències  
És clar que hi ha casos de famílies que "aparquen" la gent gran en residències. Però no són, ni de bon tros, la majoria. Els motius per ingressar un membre de la família en una residència d'avis són molts. La major part d'ells són bons motius. Per exemple, que l'ancià tingui millors cures mèdiques. O que no passi massa temps sol. Acusar les famílies d'egoisme quan ingressen un ancià en una residència demostra una gran superficialitat.
- A les residències tracten malament la gent gran  
Les notícies, lamentablement, tendeixen a ser negatives. Mai veuràs en premsa o en televisió que les residències de gent gran a Castellbisbal mostren un altíssim índex de felicitat en els seus residents. Però quan alguna cosa dolenta passa, de seguida arriba a les portades dels diaris. Hi ha multitud de residències de gent gran a Espanya. La major part d'elles, com Palau de Can Sunyer, compten amb personal compromès amb la seva feina i amb els residents. Els maltractaments a gent gran es donen, però són molt pocs els casos i sempre surten a la llum. El millor per evitar aquest tipus de llocs és visitar-los abans d'acordar l'ingrés.
- Una residència d'avis és per sempre  
Un dels mites més arrelat sobre les residències de gent gran a Castellbisbal és aquest. Es creu que quan un resident ingressa en una residència, és per sempre. Però això no és cert. És molt comú que els residents ingressin en un moment en què una malaltia requereix més atencions. O en una època en què la família no pot fer-se'n càrrec per circumstàncies temporals. Sempre és possible abandonar una residència quan aquestes circumstàncies canvien.
- No hi ha llibertat en les residències de gent gran a Castellbisbal  
La llibertat de moviment i de relació és una cosa que nosaltres respectem fins a les últimes conseqüències. Tots i cada un dels residents que poden sortir a passejar ho fan. Alguns d'ells fan servir caminadors o cadires de rodes. Altres caminen sols. Nosaltres fins i tot els animem a fer-ho. La salut dels residents és millor, com la seva qualitat de vida, quan es mantenen actius. També tenen, per descomptat, la llibertat de seure a llegir o a veure la televisió. La voluntat dels residents mereix el màxim respecte i nosaltres la respectem.
- Les residències són llocs tristos i foscos  
Qui digui que les residències de gent gran a Castellbisbal són fosques i tristes és perquè no coneix Palau de Can Sunyer. Nosaltres ens esforcem al màxim per encoratjar la companyonia entre els nostres residents. El nostre personal és atent i afectuós. Organitzem activitats que facin més alegre la vida dels nostres residents. De fet, les bones residències de gent gran tenen això molt present. Els residents poden trobar-se estranys en el moment de l'ingrés, però n'hi ha prou amb uns pocs dies perquè travin noves relacions. Estar amb persones en circumstàncies similars els ajuda a reconstruir la seva autoimatge i a sentir-se millor amb ells mateixos."

Font: Web de la llar d'avis Palau de Sunyer de Castellbisbal.

**L'acollida** es considera el procés que s'inicia en el moment en què la persona pren la decisió d'ingressar al centre residencial fins a la seva adaptació.

Una vegada fet l'ingrés, es posa en marxa el protocol d'acollida del centre, que normalment recull diverses actuacions:

- Presentar el personal del centre a la persona i acabar de formalitzar la documentació d'ingrés.
- Mostrar un recorregut per la residència i presentar-li la resta de residents. En ocasions, també pot haver un comitè de benvinguda, o fins i tot fer un detall de benvinguda personalitzat al futur resident.

- Mostrar-li la seva habitació, que durant la fase de preingrés pot haver conegut per tal de decorar-la amb les seves pertinences o bé, si no ha estat així, tenir alguna de les seves coses preparades a l'habitació per tal que les col·loqui al seu gust. En cas que l'habitació sigui compartida és habitual que la persona amb qui comparteix habitació sigui la persona que l'acompanyi durant els primers dies i que li faci de guia per tal d'orientar-li en la dinàmica residencial.
- Recordar-li les diferents activitats que es fan: horaris, normes, costums, règim de visites, etc.
- La incorporació de la figura del professional d'acollida, que és preferentment un/a gerocultor/a del centre, ajuda a minimitzar les dificultats que poden sorgir en el procés d'acollida i d'adaptació al recurs.
- Insistir en el model de l'atenció centrada en la persona i que, per tant, la relació entre usuaris i professionals naixerà de la reciprocitat, amabilitat, cordialitat i respecte.
- Una documentació cabdal és l'informe mèdic i tot el que està relacionat amb l'estat de salut de la persona.
- Subratllar que en tot moment tindrà un professional de referència i que es concretarà un pla individualitzat.

El professional de referència és el professional responsable d'atendre, acollir i acompanyar la persona gran i la seva família durant els tres primers mesos.

Les seves funcions principals són:

- Acompanyar durant el procés d'incorporació i acollida.
- Vetllar perquè es tinguin en compte els desitjos, gustos i preferències de la persona, en funció de la seva capacitat d'autodeterminació i de la implicació de la família i/o amics.
- Informar sobre l'adaptació de la persona durant els primers dies.

Durant els primers dies els diferents professionals faran les tasques següents:

- El servei de treball social elabora la història de vida per conèixer els seus antecedents familiars, laborals, aficions i ajuts que pugui rebre. Partint d'aquesta història es pot actuar en conseqüència per les possibles activitats tant terapèutiques com lúdiques a les quals podrà participar, i també dels tràmits que s'hagin de fer en l'àmbit social.
- El servei d'infermeria emplena un qüestionari per valorar la part física, antecedents, malalties actives, medicació que pren, així com el desenvolupament de les tasques de la vida diària, amb les seves rutines, per poder així concretar els aspectes que s'han de tenir en compte per a la seva cura diària.

- El servei de psicologia fa una breu valoració cognitiva i psicològica del futur resident, la seva relació amb la família, i possibles potencialitats i inconvenients de cara al futur ingrés.
- El servei de fisioteràpia fa una valoració funcional i física que determinarà les teràpies que es podran dur a terme, ja sigui en forma grupal o individual. Es tracta de valorar la possible recuperació de les funcions i el manteniment de les habilitats que encara conserva.

En aquest moment, tot el personal del centre ha d'oferir el seu suport a la persona usuària. Per tant, ha de tractar la persona amb molta sensibilitat i molta cura, tenint present en tot moment els seus sentiments i preveient que en qualsevol moment pot mostrar moments de tristesa, agressivitat o inhibició.

L'adaptació és contínua. L'usuari ha d'anar adaptant-se a noves exigències, problemes d'organització, canvis d'habitació, companys diversos i també la seva pròpia evolució dins la residència. Administrativament, hi ha un període d'adaptació fixat d'entre un i tres mesos, encara que aquesta dada canvia en cada persona. Uns s'adapten molt aviat i altres no s'adapten mai.

A continuació es pot veure un vídeo sobre com és el procés d'acollida al servei residencial Respir per a gent gran de la Diputació de Barcelona.



<https://www.youtube.com/embed/SV2mT0q9oDw?controls=1>

### 1.5.3 Estada al centre residencial

Una vegada l'usuari ja s'ha anat adaptant al centre residencial, cal portar a terme, amb la màximes garanties i, amb la premissa principal de l'atenció centrada en la persona (ACP), el seu pla d'atenció individual (PIA) i el pla d'atenció i vida, que permeten activar tot un seguit de protocols i registres que s'aniran avaluant per tal de garantir una estada totalment adaptada a les necessitats que presenta la persona usuària. En la programació d'activitats cal tenir en compte els condicionants següents sobre la distribució del temps per part dels usuaris:

- Entre 8 i 10 hores dedicades, a la son i al descans.
- Entre 6 i 10 hores, a l'atenció de les activitats de la vida diària: àpats, higiene, vestir-se, etc.
- D'entre 6 i 8 hores, a activitats significatives i programades.

---

L'activitat és significativa quan és satisfactòria per a la persona usuària. És a dir, quan té sentit, obté plaer perquè fa que se senti bé.

Així, durant l'estada, una persona usuària que, per exemple, estigui en un centre residencial per a gent gran, té ateses les seves necessitats en totes les àrees mitjançant diferents activitats.

**Àrea funcional:** activitats destinades a aconseguir la màxima autonomia possible en les activitats bàsiques de la vida diària (AVD).

- Alimentació
- Higiene personal
- Desplaçaments i mobilitat
- Creació i manteniment de rutines
- Regulació del cicle son-vigília

**Àrea motora:** activitats destinades a mantenir, prevenir i evitar la pèrdua de les aptituds psicomotrius.

- Gimnàstica individual, grupal, de relaxació i de manteniment
- Psicomotricitat
- Programes de fisioteràpia individual i grupal
- Rehabilitació funcional
- Passejades per circuits establerts (interior del centre i exteriors)

**Àrea cognitiva:** activitats per estimular el coneixement, adaptades al nivell de cada resident.

- Reminiscència: jocs de paraules, foment del diàleg i la memòria remota, compartint experiències de vida.
- Teràpia d'orientació a la realitat: lectura de diaris, grups de xerrada i col·loqui, estimulació sensorial, etc.
- Tallers d'escriptura, càlcul, imaginació, etc.

**Àrea emocional i participativa:** activitats per fomentar l'expressió personal i el suport al resident, interactuant socialment.

- Tallers i concursos de fotografia, pintura, literatura, estètica, cuina i rebosteria, granadura, decoració, elaboració de disfresses, instruments musicals, construcció de maquetes, jardineria i horts urbans, manualitats, dansa, laborteràpia (costura, ganxet, punt de creu...), etc.
- Teràpies amb animals (gossos) i cura de mascotes (ocells)
- Musicoteràpia
- Aiguateràpia
- Aromateràpia

- Celebracions: aniversaris personalitzats per a cada resident (es convida la família), festes tradicionals (Any Nou, Reis, Carnestoltes, Divendres Sant, Pasqua Florida, Sant Joan, la Diada, Castanyada, Nadal, Sant Esteve, Sant Jordi...).
- Sortides a l'exterior: berenars, passejades pels voltants del centre, sortides a la platja, sortides culturals, excursions a llocs emblemàtics de la ciutat, excursions temàtiques, etc.
- Lúdiques: bingo, cinema, dòmino, cartes, petanca, bitlles, escacs, etc.
- Programes d'activitats intergeneracionals: visites a escoles, fundacions, instituts i casals de gent gran, mercats (venda de manualitats amb objectius benèfics), etc.
- Actuacions musicals i audició de concerts
- Programa d'acollida de nous residents

Per obtenir més informació sobre les àrees en una programació d'activitats a una residència consulteu el web de la Residència Mas d'Anglí ([bit.ly/2IMsCu0](http://bit.ly/2IMsCu0)), on en podreu veure un exemple.

Quan s'elabora una fitxa d'activitat cal tenir en compte els següents apartats per a la seva programació abans de l'execució:

- Nom de l'activitat
- Objectius
- Àrea
- Descripció de l'activitat
- Metodologia
- Tipologia d'usuari
- Temporització
- Calendari i horari
- Especificar qui n'és el responsable i quina és la valoració de l'activitat

#### 1.5.4 Comiat del centre residencial

Dins l'àmbit residencial la persona usuària és causa de baixa del centre bàsicament per dues raons:

- Trasllet
- Defunció

El **trasllat** suposa deixar el centre per traslladar-se a un altre, al seu domicili o al domicili d'un familiar. El centre ha de posar a disposició de la persona usuària tota la seva informació personal i tota aquella necessària per facilitar la continuïtat de l'atenció en el nou entorn.

La causa de la baixa pot ser perquè hi ha una renúncia i, per tant, és una baixa voluntària o, per altra banda, la baixa és obligatòria per un incompliment constants dels acords (de l'RRRI). Per tant, s'entrega a la persona usuària tota la seva documentació assistencial i de les seves pertinences.

Internament, el personal administratiu del centre residencial procedeix a tancar i arxivar l'expedient de la persona usuària.

Generalment a les residències, sobretot a les geriàtriques, és més habitual la baixa per **defunció**. Per tant, cada residència disposa d'un model de protocol que gestiona les passes que s'han de seguir en aquesta situació.

## 1.6 Els protocols i els registres

En el funcionament d'una residència resulta fonamental l'existència d'uns protocols, registres i programes. Són els documents que permeten saber si la residència ha planificat amb anterioritat com s'ha de dur a terme l'atenció de l'usuari, si les atencions que es presten s'anoten i si aquest procés va encaminat a la millora.

Un cop fet el PIAI de la persona usuària, cal passar a executar-lo mitjançant un seguit de procediments o protocols. Cada una d'aquestes actuacions protocolitzades quedaran registrades en uns fulls de registres. Per tant, totes les actuacions que l'equip de professionals ha decidit aplicar a la persona usuària s'han de fer amb el seu protocol corresponent.

Un **protocol** és un document escrit i formal on es seqüencien els passos o procediments que el professional indicat ha de seguir per complir el procediment de forma òptima.

Cada centre té els seus propis protocols i la seva quantitat depèn en gran mesura de la seva mida, els professionals que hi treballen i la idiosincràsia pròpia del centre. Per elaborar els protocols i registres i introduir-los en la feina diària, cal que els professionals del centre treballin en equip, creant l'equip interdisciplinari.

Els protocols i registres han de ser pràctics per a tothom i s'han d'adaptar a les necessitats i costums de cada centre, dels usuaris i del mateix equip de professionals.

No hi ha models de protocols excel·lents. L'equip interdisciplinari ha d'elaborar els seus propis models, que han de ser dinàmics i adaptats a les característiques del moment concret en què es troba el centre i efectuar una avaluació, canvi i/o millora periòdica.

El centre ha de disposar d'un espai per a l'equip de treball on els professionals tinguin sempre a l'abast:

- Protocols del seu àmbit de treball
- Registres de les atencions efectuades, amb una constància diària de l'actuació (ha de signar el treballador que ha fet l'atenció el mateix dia que l'ha feta).
- PAI (pla d'atenció individual) de cada usuari per tal d'anar revisant els objectius i activitats concretes que es faran, amb recomanació d'un annex d'incidències i consideracions oportunes per a la millora de la seva atenció.

Alguns dels protocols més habituals són:

1. Protocol d'acollida i adaptació
2. Protocol d'incontinències
3. Protocol de caigudes
4. Protocol de subjeccions o contencions
5. Protocol per lesions per pressió
6. Protocol d'higiene
7. Protocol d'alimentació
8. Protocol per a mobilitzacions
9. Protocol per al son i el descans
10. Protocol d'administració de medicació
11. Protocol de baixa (renúncia o trasllat)
12. Protocol *post mortem*

Altres protocols que es poden trobar als centres són:

1. Protocol de fugida d'un usuari
2. Protocol davant de conductes agressives
3. Protocol d'actuació davant d'un maltractament
4. Protocol d'actuació davant de risc de suïcidi
5. Protocol d'expressió sexual dels residents

L'aplicació dels protocols ha de quedar degudament registrada.



**El registre** és el document en el qual s'anoten les actuacions i les incidències detectades durant l'execució d'un protocol, per tal de deixar-ne constància per escrit.

Sistema a seguir per tal d'implantar un protocol:

1. **Difusió:** explicar el contingut del nou protocol a tots els professionals que en algun moment el poden fer servir i lliurar-los-en una còpia.
2. **Seguiment:** seguir l'aplicació del protocol fins a estar consolidat en el treball habitual dels professionals.
3. **Avaluació:** la revisió del protocol es fa als tres anys o abans, si cal.

Per tal d'elaborar un protocol hem de tenir en compte els següents punts:

- Títol del protocol
- L'objectiu que volem assolir aplicant el protocol
- Quina és la tipologia de l'usuari a qui s'aplicarà
- Quins seran els professionals que hi intervindran
- Fer una descripció de l'actuació d'aplicació del protocol i els professionals de cada pas
- Especificar el registre corresponent per anotar les actuacions
- Responsables de l'elaboració del protocol, quan s'ha elaborat i la data prevista de l'avaluació del seu funcionament
- Detallar la data de la revisió i el nom dels professionals que l'han revisat

**Els protocols han de respondre a:**

- **Què?:** objectiu genèric (per exemple, atenció de qualitat) i objectius específics.
- **Qui?:** població a qui va dirigit, professionals implicats.
- **Com?:** actuació (com s'ha de fer).
- **Quan?:** calendari, horari...
- **Amb què?:** material que es necessita.

### 1.6.1 Protocol d'acollida i adaptació

L'objectiu d'un **protocol d'acollida** és facilitar l'adaptació del nou usuari al centre. Tots els professionals del centre hi estaran implicats perquè tots han de vetllar per la seva òptima acollida i adaptació.

1. **Població a qui va dirigit:** va dirigit a totes les persones amb discapacitat funcional que han ingressat en una residència.
2. **Professionals implicats:** tots els professionals del centre.
3. **Descripció de l'actuació:**
  - Fer un recorregut per la residència amb l'usuari perquè conegui el centre i la seva habitació.
  - Formalitzar la documentació d'ingrés (contracte, informe mèdic previ a l'ingrés...).
  - Explicar els mecanismes d'informació i, si escau, de la participació, així com els costums de la residència.
  - Ajudar-lo a instal·lar-se a l'habitació amb les seves coses.
  - Presentar-li el personal del centre i els companys (en general i els de referència).
  - Facilitar-li l'adaptació a la nova situació personal.
  - Seguiment i valoració del procés d'adaptació (durant tres mesos)
4. **Elaboració i vigència:** es fa constar la data de realització, els professionals que l'han elaborat, la vigència del protocol, la data prevista de valoració del funcionament i la signatura dels que l'han elaborat.
5. **Data de revisió:** la revisió es du a terme en la data prevista, o abans, si es creu convenient. Cal fer-hi constar els professionals que l'han revisat, tant si hi ha modificacions com si no n'hi ha (si és possible els mateixos que l'han elaborat), data i signatura.

### 1.6.2 Protocol d'atenció d'incontinències

L'objectiu del **protocol d'atenció d'incontinències** és establir els passos a seguir perquè els usuaris del centre siguin atesos correctament amb activitats de prevenció, detecció i millora de les incontinències. Cal mantenir el resident sec i net per evitar lesions cutànies, reconèixer possibles incontinències reversibles i tractar cada resident amb el mètode més idoni.

1. **Població a qui va dirigit:** usuaris del centre que tinguin alguna incontinència.
2. **Professionals implicats:** personal d'atenció directa dels diferents torns, diplomats en infermeria, auxiliars i vetlladors.
3. **Descripció de l'actuació:**
  - Respectar sempre la intimitat de l'usuari: en el canvi de bolquer, en la seva higiene...
  - Valorar els hàbits d'eliminació de cada usuari.

- Mantenir una higiene correcta de la pell de la zona.
  - Utilitzar adequadament el mètode adoptat: educació vesical, bolquers, sondes vesicals...
  - Fer constar de forma explícita quin professional és responsable en cada etapa del procés, segons l'organigrama del centre.
4. **Registres:** cal indicar en quins registres s'anotaran les accions dutes a terme, especificant què es registrarà, com i les incidències produïdes.
  5. **Elaboració i vigència:** es fa constar la data de realització, professionals que l'han elaborat, vigència del protocol, data prevista de valoració del funcionament i signatura dels que l'han elaborat.
  6. **Data de revisió i signatura:** la revisió es du a terme en la data prevista o abans, si es creu convenient. Cal que hi consti quins professionals l'han revisat tant si hi ha modificacions com si no n'hi ha (si és possible els mateixos que l'han elaborat), data i signatura.

El contingut mínim del **registre d'incontinències** és:

1. Identificació de l'usuari
2. Calendari i horari
3. Identificació de qui fa el canvi de bolquer, de sonda vesical, de col·lector, etc., o de qui fa l'educació vesical.

### 1.6.3 Protocol de caigudes

L'objectiu del **protocol de caigudes** és prevenir les caigudes i atendre la persona resident.

1. **Població a qui va dirigit:** usuaris de risc i usuaris que han caigut.
2. **Professionals implicats:** cal concretar els professionals que han d'actuar amb aquest protocol.
3. **Descripció de l'actuació:**
  - Detectar l'usuari de risc (defectes visuals, auditiu, d'equilibri, trastorns de la marxa, causes medicamentoses...) i valorar-lo segons les escales de risc de caigudes.
  - Detectar factors de risc externs a l'usuari (poca il·luminació, mobiliari inadequat, desordre, terra relliscós, roba i calçat inadequats...).
  - Concretar l'actuació del professional que observa la caiguda.
4. **Registres:** cal indicar en quins registres s'anotaran les accions dutes a terme, especificant què es registrarà, com i les incidències produïdes.

5. **Elaboració i vigència:** es fa constar la data de realització, professionals que l'han elaborat, vigència del protocol, data prevista de valoració del funcionament i signatura dels que l'han elaborat.
6. **Data de revisió i signatura:** la revisió es du a terme en la data prevista o abans, si es creu convenient. Cal que hi consti quins professionals l'han revisat tant si hi ha modificacions com si no n'hi ha (si és possible els mateixos que l'han elaborat), data i signatura.

Tal com es pot veure a la taula 1.5, l'escala de risc de caigudes de J. H. Downton avalua el risc de caiguda d'una persona atenent diferents criteris:

**TAULA 1.5.** Protocol de caigudes

Sumar un punt per cada ítem marcat. Tres o més punts indiquen risc alt de caiguda	
<b>Caigudes prèvies</b>	No/Sí*
<b>Medicaments</b>	Cap Tranquil·lizants-sedants* Diürètics* Hipotensors (no diürètics)* Antiparkinsonians* Antidepressius* Altres medicaments
<b>Dèficits sensorials</b>	Cap Alteracions visuals* Alteracions auditives* Extremitats (ictus, etc.)*
<b>Estat mental</b>	Orientat Confús*
<b>Marxa</b>	Normal Segura amb ajuda Insegura o sense ajuda* Impossible

Escala de risc de caigudes de J.H. Downton

El contingut mínim del **registre de caigudes** ha d'incloure:

1. Nom del resident
2. Data i hora de la caiguda
3. Lloc
4. Circumstàncies
5. Conseqüències
6. Professional que observa la caiguda
7. Sistemes de prevenció per evitar noves caigudes

Les contencions s'haurien d'evitar sempre. Per això, és molt important la fase de prevenció. És imprescindible fer contencions emocionals constants a fi d'evitar les contencions físiques o farmacològiques, que poden resultar molt problemàtiques per a l'estat emocional de l'usuari.

### 1.6.4 Protocol de contencions

L'objectiu del **protocol de contencions** és contenir físicament i/o farmacològicament l'usuari agitat o amb conducta violenta per tal de reduir el risc de caigudes, d'autolesions, de fer mal als altres, deteriorar les instal·lacions, etc.

1. **Població a qui va dirigit:** usuaris amb risc de caiguda, amb agitació...
2. **Professionals implicats:** personal d'atenció directa dels diferents torns, responsable higienicosanitari, metge, diplomats en infermeria, auxiliars, vetlladors... S'ha de fer constar de forma explícita quin professional és responsable en cada etapa del procés, segons l'organigrama del centre.
3. **Descripció de l'actuació:**
  - Previsió: detectar l'usuari en risc per dèficits sensorials, medicació que pren, estat mental, anomalies en la marxa, problema conductual...
  - Informar-lo de la mesura que s'adoptarà
  - Informar la família del resident
  - Mobilitzar l'usuari
  - La contenció durarà el temps mínim indispensable
4. **Registres:** cal indicar en quins registres s'anoten les accions dutes a terme, especificant què es registrarà, com i les incidències produïdes.
5. **Elaboració i vigència:** cal fer constar la data de realització, professionals que l'han elaborat, vigència del protocol, data prevista de valoració del funcionament i signatura dels qui l'han elaborat.
6. **Data de revisió i signatura:** la revisió es durà a terme en la data prevista o abans, si es creu convenient. Cal que hi consti quins professionals l'han revisat, tant si hi ha modificacions com si no n'hi ha (si és possible els mateixos que l'han elaborat), data i signatura.

El contingut mínim del **registre de contencions** és:

1. Identificació de l'usuari (que requereix la mesura de contenció)
2. Mesura de contenció (amb prescripció mèdica prèvia)
3. Calendari i horari de la contenció
4. Calendari i horari de la mobilització
5. Identificació de qui col·loca la contenció i efectua les mobilitzacions a cada usuari.

### 1.6.5 Protocol de lesions per pressió

L'objectiu del **protocol de lesions per pressió** és prevenir l'aparició de la lesió i curar la lesió produïda.

1. **Població a qui va dirigit:** usuaris de risc i usuaris amb lesió.
2. **Professionals implicats:** personal d'atenció directa dels diferents torns, diplomats en infermeria, metge, auxiliars, vetlladors...
3. **Descripció de l'actuació:**
  - Detectar l'usuari de risc: amb alteracions de la mobilitat, incontinències i alteracions nutritives.
  - Mesures de prevenció: canvis posturals o mobilitzacions, atenció i higiene correctes de les incontinències, dietes hiperproteiques, higiene i hidratació de la pell. Ajudes tècniques per retardar-ne l'aparició (matalàs d'aire, coixí antinafres...).
  - Detectar la lesió: revisar als usuaris l'estat de la pell en el moment de la higiene i comunicar els canvis de coloració observats.
  - Lesió per pressió: fer el tractament o actuació dels professionals (mantenir la ferida neta, evitar la infecció, posar coixins, rodets, tovalloles...)
  - Fer constar de forma explícita quin professional ha d'actuar en cada etapa del procés, segons l'organigrama del centre.
4. **Registres:** en els registres s'anotaran les accions dutes a terme, especificant què es registrarà, com i les incidències produïdes. Es recomana un registre paral·lel de les cures, amb identificació del personal que hi intervé.
5. **Elaboració i vigència:** es fa constar la data de realització, professionals que l'han elaborat, vigència del protocol, data prevista de valoració del funcionament i signatura dels que l'han elaborat.
6. **Data de revisió i signatura:** la revisió es du a terme en la data prevista o abans, si es creu convenient. Cal que hi consti quins professionals l'han revisat, tant si hi ha modificacions com si no n'hi ha (si és possible els mateixos que l'han elaborat), la data i la signatura.

El contingut mínim del **registre de lesió per pressions** és:

1. Identificació del resident
2. Causa de la lesió
3. Tractament (temporalitat de les cures que es fan i horari)
4. Data d'aparició

5. Identificació del professional que efectua la cura
6. Data de curació
7. Dibuix per localitzar la lesió (o localització de la lesió)

### 1.6.6 Protocol d'higiene personal

L'objectiu del **protocol d'higiene personal** és mantenir una bona higiene de l'usuari.

1. **Població a qui va dirigit:** tots els usuaris.
2. **Descripció de l'actuació:**
  - Respectar els costums i la intimitat de l'usuari.
  - Potenciar-ne l'autonomia i ajudar-lo quan sigui necessari.
  - Higiene diària (rentat, pentinat, afaitat...).
  - Dutxa assistida (si escau) i rentat de cabells (concretar periodicitat).
  - Eixugar la pell amb especial atenció dels plecs i després hidratar-la (en el cas de residents de tercera edat).
  - Pedicura, manicura, depilació...
  - Vestir amb roba neta.
3. **Registres:** cal indicar en quins registres s'anoten les accions dutes a terme, especificant què es registrarà, com i les incidències produïdes.
4. **Elaboració i vigència:** cal fer constar la data de realització, professionals que l'han elaborat, vigència del protocol, data prevista de valoració del funcionament i signatura dels qui l'han elaborat.
5. **Data de revisió i signatura:** la revisió es du a terme en la data prevista o abans, si es creu convenient. Cal que hi consti quins professionals l'han revisat, tant si hi ha modificacions com si no n'hi ha (si és possible els mateixos que l'han elaborat), la data i la signatura.

El contingut mínim del **registre d'higiene personal** és:

1. Identificació de l'usuari
2. Concreció de les activitats (higiene diària, dutxa, pedicura, depilació, hidratació...)
3. Calendari d'activitats
4. Identificació de qui efectua les tasques adreçades al manteniment de la higiene personal de l'usuari.

### 1.6.7 Protocol d'administració de la medicació

L'objectiu d'un **protocol d'administració de medicació** és especificar els passos a seguir per tal d'administrar correctament la medicació als usuaris.

1. **Població a qui va dirigit:** usuaris del centre que necessiten prendre alguna medicació.
2. **Professionals implicats:** persones que donen la medicació.
3. **Descripció de l'actuació:**
  - Donar la medicació a les hores que ha pautat el metge.
  - Donar la medicació que prèviament ha preparat la persona responsable.
  - Donar la medicació a l'usuari pels mitjans establerts pel centre (plat, gotet, a la mà...).
  - Comprovar que l'usuari pren la medicació.
4. **Observacions i recomanacions:** cal anotar en el registre les actuacions realitzades.
5. **Elaboració:** cal fer constar la data de realització i els professionals que l'han elaborat i la data prevista de l'avaluació del protocol per tal de revisar-lo si cal.
6. **Data de revisió i signatura:** revisió en la data prevista o abans si és necessari i professionals que l'han revisat. Data i signatura.

Totes les exigències del protocol s'han de recollir en el **registre**. Ha d'incloure la informació següent:

1. Nom i identificació de la persona usuària
2. Medicació administrada: medicament, dosi, via d'entrada i forma d'administració
3. Identificació i signatura de la persona que prepara la medicació
4. Data i hora d'administració
5. Anotació de les incidències ocorregudes: es nega a prendre-se-la, la vomita, etc.

### 1.6.8 Protocol de baixa: renúncia o trasllat

El **protocol de baixa** és el conjunt d'actuacions encaminades a la tramitació de les baixes definitives, tant voluntàries com obligatòries, de la residència.



Els objectius són:

- Posar a disposició de la persona usuària la documentació general, així com les seves pertinences, que s'ha d'endur a la sortida del centre.
- Proporcionar la informació necessària per facilitar la continuïtat d'atenció a les necessitats de la persona en el seu nou domicili.
- Facilitar el manteniment de relacions establertes amb altres persones de la residència.
- Tancar administrativament l'estada al centre.

La responsabilitat del protocol recau en la direcció de la residència o persona en qui es delegui (la designació ha d'estar degudament registrada), preferentment de l'àrea d'intervenció psicosocial. Les actuacions pertinents en cada fase del procés corresponen als professionals de les categories implicades en la seva execució.

### 1.6.9 Protocol 'post mortem'

El **protocol *post mortem*** és el conjunt d'actuacions que cal adoptar davant la mort d'una persona usuària, entre les quals s'inclouen la tramitació de la defunció, així com el suport necessari a la família per afrontar la pèrdua del seu familiar.

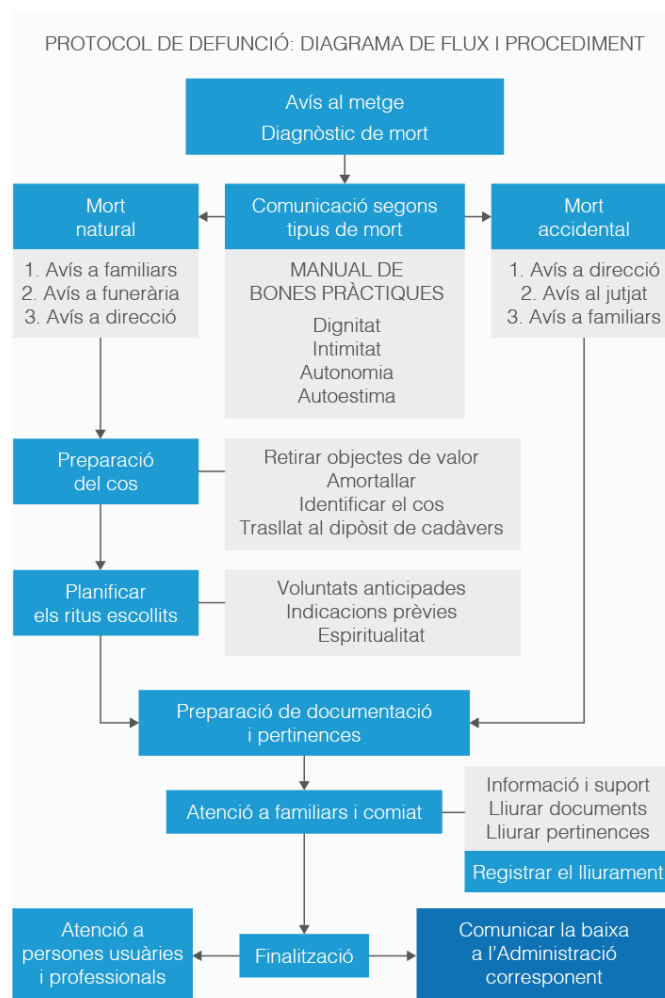
Generalment, a les residències geriàtriques és més habitual la baixa per defunció. Per tant, cada residència disposa d'un model de protocol que gestiona les passes que s'han de seguir en aquesta situació.

Cal tenir en compte els passos següents:

1. Notificació a les persones del centre que han d'actuar en aquests casos
2. Certificat de la defunció per part del metge
3. Notificació a la família
4. Notificació a la funerària
5. Realització de les cures *post mortem* i trasllat a la cambra mortuòria
6. Concreció amb la família i funerària de l'hora de l'enterrament i dels rituals fúnebres
7. Entrega a la família dels objectes de la persona difunta
8. Tancament de l'expedient
9. Neteja de l'habitació per al següent ingrés

Podem veure un esquema per a l'elaboració del protocol a la figura 1.7:

**FIGURA 1.7.** Esquema d'elaboració de protocol



Font: Basat en el protocol del Servei Foral Residencial de Biscaia.

### 1.6.10 Protocol de fugida d'un usuari

El **protocol de fugida d'un usuari** és el conjunt d'actuacions encaminades a eliminar els riscos d'absència de la persona usuària del recinte residencial, sense constància del personal del centre (des d'ara, fugides) i, si escau, intentar resoldre-les en el menor temps possible per evitar els riscos sobre la seguretat i la salut.

Els objectius són:

- Prevenir els riscos de sortida a l'exterior de les persones amb control de moviment delimitat a l'entorn residencial.
- Detectar la fugida tan ràpid com sigui possible una vegada produïda.
- Resoldre la fugida amb la reincorporació de la persona usuària a la residència.

Quan es detecta l'absència:

- Revisar la planta comprovant habitacions, serveis, estances comunes i altres espais.
- Revisar la resta de la residència.
- Revisar el recinte del centre.

Si es confirma l'absència:

- Informar la direcció.
- Avisar el referent de la persona usuària.
- Avisar la Policia Local.
- Avisar els Mossos.



## 2. Intervenció en l'àmbit educatiu

L'alumnat que presenta necessitats educatives de suport específic (NESE) requereix diferents mediadors que propiciïn el seu procés i inclusió educatius. Alguns professionals, com per exemple mestres, psicòlegs, logopedes o integradors socials, incideixen directament en els mecanismes d'aprenentatge; d'altres porten a terme activitats de caire més assistencial, fent l'acompanyament de les activitats bàsiques de la vida diària, com pot ser el suport a la ingesta, les incontinències i la mobilitat, entre d'altres.

La figura del tècnic en atenció a la dependència pot actuar en l'àmbit educatiu desenvolupant tasques de caire assistencial, malgrat que no és freqüent la seva intervenció en aquests contextos, ja que acostumen a intervenir-hi altres professionals. Tot i això, aquesta informació pot servir en casos en què s'intervingui com a auxiliar d'educació especial o vetllador/a, entre d'altres perfils de tipus educatiu, ja sigui en centres educatius ordinaris, centres d'educació especial o centres residencials per a persones amb diversitat funcional.

La inclusió escolar i la cohesió social són dos dels principis generals que inspiren el sistema educatiu de Catalunya. L'educació inclusiva és el pilar fonamental per promoure la inclusió social de totes les persones en tots els àmbits de la vida, des de la infància fins a la vellesa.

**L'educació inclusiva** suposa l'atenció educativa de tot l'alumnat, a través de la combinació d'una sèrie de mesures i suports que han de respondre a les necessitats individuals de cada alumne/a, garantint una educació de qualitat per a tothom.

L'educació s'ha de contextualitzar dins d'un **sistema educatiu inclusiu**, que propiciï les interaccions i l'accessibilitat a l'aprenentatge de la comunitat educativa, i a la vegada s'ha de configurar en el marc d'una **societat inclusiva**, oberta a tothom, al llarg de tota la vida i en tots els àmbits.

Les situacions educatives han de donar resposta a les diferències interindividuales de tot l'alumnat; d'aquesta manera millorarem l'assimilació dels aprenentatges i dotarem els alumnes de recursos per a la participació plena en la societat. Aquesta perspectiva d'inclusió social es transfereix, a l'àmbit escolar, a través de l'atenció a la diversitat.

L'alumnat que presenta algun tipus de dificultat d'aprenentatge (que es pot manifestar en l'àmbit cognitiu, motriu, sensorial, d'orientació i de comunicació, o també des de la regulació emocional i del comportament) generalment no pot accedir directament als recursos educatius proposats i necessita suports intermedis o addicionals que li permetin interaccionar de manera significativa amb el medi escolar. Aquest fet suposa un esforç afegit al seu procés d'ensenyament, ja que

implica l'aprenentatge, utilització i comprensió d'un altre element mediador.

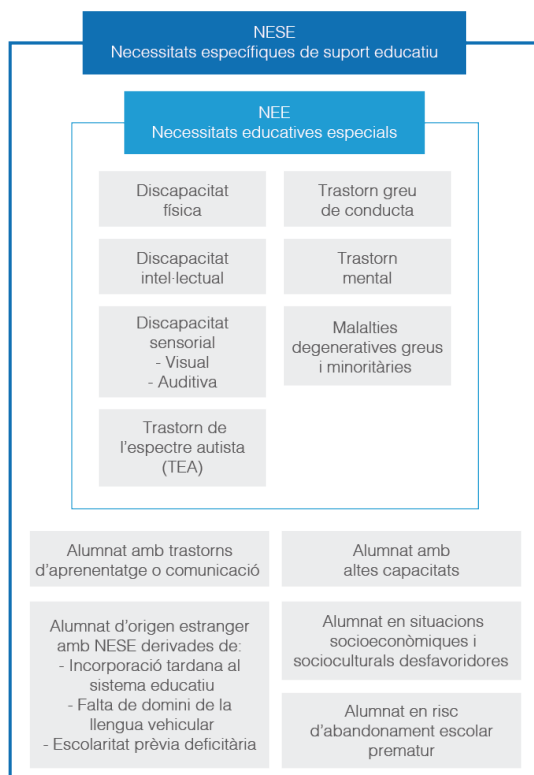
En la implementació de les activitats amb alumnes amb **necessitats educatives de suport específic** (NESE), no només comptarem amb els recursos didàctics de caire universal i dirigits a la totalitat del grup aula, els quals podran estar més o menys adaptats. En moltes ocasions, els elements mediadors es convertiran en instruments més complexos però imprescindibles per arribar als recursos educatius i finalment a l'aprenentatge. Quan les condicions del nostre alumnat ho requereixin, haurem d'utilitzar uns suports més específics i individualitzats, de caire intensiu, que donin una resposta singular a les seves necessitats. L'objectiu d'aquests suports consistirà en equiparar en oportunitats a tot l'alumnat, de manera que cadascun d'ells pugui viure la seva situació personal com qualsevol altre.

És important determinar què s'entén per alumnes amb NESE:

- **Alumnat amb necessitats educatives especials (NEE)** que afecten el seu desenvolupament i aprenentatge (diversitat funcional física, intel·lectual o sensorial, trastorns de l'espectre autista, trastorns mentals, trastorns greus de conducta, malalties degeneratives greus o malalties minoritàries).
- **Situacions de desavantatge educatiu** causades per una incorporació tardana al sistema educatiu (en els darrers 24 mesos) o situacions socioeconòmiques especialment desfavorides (situacions familiars, socials, culturals i econòmiques) que interfereixen en l'adquisició dels aprenentatges.
- **Trastorns d'aprenentatge o de comunicació:** que afecten l'adquisició i l'ús funcional del llenguatge, de la lectura, l'escriptura i les habilitats matemàtiques, o el desenvolupament de l'autoregulació emocional i del comportament.
- **Altes capacitats:** superdotació intel·lectual, talents simples i complexos i precocitat.

A la figura 2.1 s'especifiquen els sis col·lectius d'alumnes amb necessitats específiques de suport educatiu:

**FIGURA 2.1.** Resum d'alumnat amb necessitat específica de suport educatiu



Als annexos trobareu el Decret 150/2017, de 17 d'octubre.

El desplegament del **Decret 150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu**, regula les mesures i suports que s'han d'implementar als centres educatius públics i concertats de Catalunya per garantir l'atenció a tot l'alumnat. Els suports consisteixen en els materials, les persones i les estratègies que propicien la independència i participació de les persones en la comunitat, millorant-ne el benestar. Per tant, s'hauran d'implementar activitats adaptades als diferents nivells i ritmes del grup aula i així donar resposta als requeriments de tot l'alumnat.

Aquest decret està motivat per aportacions de diferents organismes internacionals com l'American Association on Intellectual Developmental Disabilities (AAID) o l'Organització de les Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura (UNESCO), entre d'altres, les quals aporten una nova visió de la diversitat humana, més positiva, basada en els suports com a mitjans necessaris per propiciar l'autonomia personal i social.

El model teòric de l'AAID del 2010 parteix de cinc idees que s'han de tenir presents a l'hora d'identificar el tipus de suport que necessitarà una persona:

- Les limitacions en el funcionament d'una persona s'han de considerar segons el context en el qual viu, la seva edat i cultura.
- S'haurà de fer una valoració que tingui en compte tant la diversitat cultural i lingüística, com evidentment els factors comunicatius, motrius, conductuals i sensorials.
- Les limitacions coexisteixen amb les capacitats.

- La descripció de limitacions es fa per identificar el tipus de suport adient.
- Amb una utilització adequada de suports personalitzats, el funcionament vital de la persona millora significativament.

Seguint el model inclusiu, la UNESCO, a l'informe "Repensar l'educació" (2015), conceptualitza l'educació inclusiva com un pilar fonamental per promoure la participació social de totes les persones en tots els contextos i durant totes les etapes vitals. També identifica l'educació com a bé comú, que té el propòsit de promoure valors i actituds per disminuir les desigualtats; d'altra banda, destaca el paper dels docents i educadors com a agents impulsors d'aquests canvis. Finalment, es basa en el principi que cada alumne o alumna presenta característiques, interessos, capacitats i necessitats d'aprenentatge diferents i que han de ser els sistemes educatius els que propiciïn una atenció de qualitat per a tots i totes.

## 2.1 Educació inclusiva

L'educació inclusiva s'ha d'articular de tal manera que doni resposta a les peculiaritats de cada alumne o alumna i s'ha de desenvolupar en un entorn acollidor i accessible que possibiliti les interaccions socials i amb l'entorn.

Per configurar un acompanyament integral de l'alumnat, haurem de tenir en compte diverses variables, com per exemple:

- les mesures i suports educatius més adients;
- els productes de suport que responguin a les seves necessitats;
- l'adaptació curricular, incidint en el tractament de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), per tal d'apropar els coneixements;
- les estratègies organitzatives i d'agrupament.

A l'informe **Repensar l'educació** publicat per la UNESCO (2015) s'indica:

"La inclusió es veu com el procés d'identificar i respondre a la diversitat de les necessitats de tots els estudiants a través de la major participació en l'aprenentatge, les cultures i les comunitats, i reduint l'exclusió en l'educació. Involucra canvis i modificacions en continguts, aproximacions, estructures i estratègies, amb una visió comuna que inclou tots els nens del rang d'edat apropiat i la convicció que és responsabilitat del sistema regular, educar tots els nens."

**Repensar l'educació** publicat per la UNESCO (2015)



## 2.2 Les mesures i els suports educatius

El **model de l'AAID** se centra en les modalitats d'acompanyament personal que requereix una persona, en funció del seu nivell de necessitats. Estableix quatre nivells de suport personal, amb una gradació que parteix de la intensitat i freqüència:

1. **Suport intermitent:** el suport s'ofereix de manera esporàdica, quan es necessita. No sempre és necessària la intervenció del professional. Pot ser que en etapes determinades o davant situacions específiques es necessiti més el suport. És un suport davant afectacions lleus o moderades.
2. **Suport limitat:** el suport es dona de manera contínua però només davant situacions específiques, per a la realització d'alguna tasca. També és un recurs en afectacions lleus o moderades.
3. **Suport extens:** suposa una atenció contínua per a la realització de moltes activitats de la vida diària. S'ha de fer un acompanyament consistent. Els alumnes que presenten una afectació severa reben aquest tipus de suport.
4. **Suport generalitzat:** suport constant i amb una alta intensitat. Normalment, per a tota la vida. Aquestes persones presenten discapacitats cognitives greus i permanents amb discapacitats sensoriomotrius afegides. El grau d'afectació seria de gran dependència.

Les modalitats de suport es limiten a l'àmbit de l'acompanyament personal i, tot i que aquest recurs constitueix una part important de la tasca docent, no és l'únic, i per tant s'ha de tenir en compte en relació amb altres recursos i productes de suport, també indispensables i inherents a l'atenció a la diversitat en l'àmbit escolar.

El Decret 150/2017, de 17 d'octubre, el qual s'ordena segons els principis rectors de la Llei d'educació 12/2009, del 10 de juliol, estableix uns criteris per a l'estructuració dels diferents suports a l'aula, dotant el professorat d'eines per al tractament de la diversitat durant la tasca docent.

Segons aquest decret, els centres han de planificar les mesures i els suports educatius tenint en compte les necessitats del seu alumnat, per tal d'oferir a cadascú el suport més adient a les seves característiques.

En primer lloc, s'han d'establir unes mesures orientades a millorar l'accessibilitat a l'aprenentatge de tot l'alumnat. Aquestes mesures s'implementaran mitjançant diferents recursos que, de manera interrelacionada i segons la seva intensitat i durada, oferiran a l'alumnat un tipus de suport ajustat a les seves necessitats, que poden ser canviants al llarg de la seva escolaritat.

Els suports han de fomentar l'autonomia de l'alumnat i guiar-lo, de manera temporal, en la consecució dels seus objectius acadèmics i personals. Aquest tipus de planificació està influït pel **model resposta a la intervenció** (RTI en la sigla en anglès), que de manera dinàmica va establint determinats instruments per valorar

la qualitat educativa i ajustar, a partir de la pràctica docent, els tipus de suports adients en funció del moment i situació personal, acadèmica, terapèutica, etc., de l'alumnat.

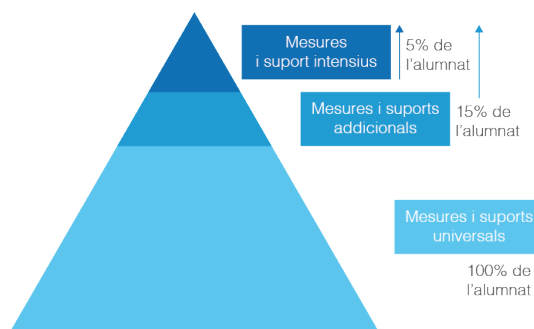
Segons el Decret 150/2017, durant l'etapa d'educació obligatòria, tots els alumnes han d'estar escolaritzats en un centre ordinari, establint com a excepcionalitat l'escolarització en centres d'educació especial d'alumnes amb NEE greus i severes, si la família ho sol·licita expressament. Aquesta norma garanteix la inclusió de tot l'alumnat en entorns educatius ordinaris, on el professorat, en moltes ocasions, no disposa d'eines per treballar amb grups tan heterogenis. Aquest fet requereix sistemes i mecanismes que possibilitin i orientin els centres i els equips docents en la identificació dels diferents nivells de suports educatius per atendre la diversitat a l'aula de manera inclusiva i de qualitat.

Es poden establir tres nivells de suports tant pel que fa als aprenentatges com conductuals:

- **Suports universals:** dirigits a tots els alumnes.
- **Suports addicionals:** per a un percentatge d'alumnat, al voltant del 15%, que requereix alguna intervenció específica, que pot ser preventiva o prime-renca i temporal.
- **Suports intensius:** un tercer nivell d'intervenció (el 5% de l'alumnat), on els suports universals i els addicionals són insuficients per donar resposta a la seva singularitat i són necessàries adaptacions molt específiques.

Aquests tres nivells de suport es mostren a la figura 2.2:

FIGURA 2.2. Mesures i suports



### 2.2.1 Les mesures i suports universals

Les mesures i suports universals estan dirigits a tot l'alumnat, tal com s'estableix als decrets relatius a l'ordenament dels ensenyaments obligatoris. A través dels documents de centre, com el projecte educatiu de centre (PEC), es concreten totes les actuacions organitzatives, d'atenció a la diversitat, del pla d'acollida... Aquests acords han de flexibilitzar el context d'aprenentatge i dotar l'alumnat d'eines per minimitzar les barreres de l'entorn.

El PEC és el document que planifica i organitza les estratègies metodològiques que garanteixen l'aprenentatge de tot l'alumnat.

El Departament d'Educació valora els següents aspectes com a imprescindibles, per a l'establiment de mesures universals:

- **En referència als centres educatius:** els centres han de tenir una estructura flexible, incidir en l'aprenentatge competencial i prioritzar l'ensenyament col·laboratiu, elaborar el Pla d'atenció a la diversitat i potenciar la composició heterogènia de l'alumnat.
- **En referència de l'atenció a la diversitat a l'aula:** el professorat ha d'estimular l'aprenentatge cooperatiu, el treball per projectes, la resolució participativa de problemes relacionals i dels conflictes, l'ensenyament multinivell, la tutoria entre iguals, els suports tecnològics, els treball per racons, els tallers...

Altres mesures de caire metodològic poden ser l'entrenament d'habilitats en l'expressió i comunicació i de resolució de problemes. També les relatives a l'agrupament de l'alumnat, propiciant petits grups heterogenis.

### 2.2.2 Les mesures i suports addicionals

Les mesures i suports addicionals canalitzen, de manera flexible, puntual i focalitzada la resposta educativa adient a determinats aspectes de l'aprenentatge que poden condicionar futures adquisicions. A partir de la detecció de les necessitats dels alumnes per part del tutor o tutora o equip interdisciplinari, i en coordinació amb la Comissió d'Atenció a la Diversitat, el centre determina les mesures que es portaran a terme.

Tots els docents del centre, orientats per professionals especialistes en psicologia, educació especial, audició i llenguatge, fisioteràpia..., tenen la responsabilitat de proporcionar les mesures i els suports addicionals que els alumnes necessitin. Aquests professionals col·laboren en l'avaluació funcional de les necessitats de suport educatiu dels alumnes, en la planificació d'estratègies eficaces, en la provisió de suport per optimitzar la gestió i el funcionament d'aula, en la proposta d'adaptacions metodològiques personalitzades i en el treball amb famílies. Així mateix, participen en la seva implementació.

Són exemples de mesures addicionals:

- El suport escolar personalitzat (SEP)
- El programa intensiu de millora (PIM)
- Els programes de diversificació curricular (PDC)
- L'aula d'acollida
- El suport lingüístic i social
- Les aules hospitalàries
- L'atenció domiciliària

---

La Comissió d'Atenció a la Diversitat (CAD) és l'espai on es planifiquen les mesures del centre educatiu per atendre la diversitat de l'alumnat.

---

### 2.2.3 Les mesures i suports intensius

Les mesures i suports intensius són específics per als alumnes amb necessitats educatives especials, estan adaptats a la seva singularitat i permeten ajustar la resposta educativa de forma extensa, amb una freqüència regular i, normalment, sense límit temporal.

Els suports intensius estan vertebrats per un **pla de suport individualitzat** (PI), on es detallarà el pla d'actuació a seguir, s'identificaran els professionals que atendran l'alumnat i els suports que rebrà. El PI s'ha de programar de manera coordinada amb els professionals que intervenen en el procés d'ensenyament-aprenentatge de l'alumne, i ha de determinar les adaptacions metodològiques i els criteris d'avaluació adients al perfil concret de l'infant.

Normalment les mesures i els suports són implementats pel docents especialistes en educació especial o pedagogia terapèutica en col·laboració amb personal educador i auxiliar d'educació especial. També són necessàries en algun moment intervencions d'àmbit terapèutic, com el servei de psicologia o logopèdia. Per a persones amb problemàtiques de caire motriu és necessària la intervenció del fisioterapeuta, inclús personal sanitari.

Entre les mesures i els suports intensius es consideren: les unitats de suport a l'educació especial (USEE), en l'actualitat reconvertides en Suport Intensiu a l'Educació Inclusiva (SIEI); unitat d'audició i llenguatge (UAL), equivalent a l'aula de logopèdia; unitats d'escolarització compartida (UEC); aules integrals de suport (AIS/UME/UTE); els centres d'educació especial proveïdors de serveis i recursos (CEEPSIR), i els centres d'educació especial (CEE). Vegeu la figura 2.3.

FIGURA 2.3. Mapa de recursos inclusius



## L'avaluació educativa dels alumnes amb dificultats d'aprenentatge

L'alumnat que presenta dificultats d'aprenentatge ha de ser avaluat segons la seva evolució individual, i atenent totes les dimensions personals, els seus coneixements previs, els ritmes de treball i les seves capacitats.

A través d'una avaluació diagnòstica adequada, podrem establir les bases de la pràctica educativa, aportant les mesures i suports adients a les pròpies característiques i necessitats.

L'avaluació s'ha de realitzar des del model biopsicosocial, que aglutina els cinc models bàsics d'avaluació psicopedagògica, que es poden utilitzar de manera complementària i així obtenir una informació més completa de l'individu:

- **Model psicomètric:** identifica les característiques de desenvolupament maduratiu d'un individu respecte a un grup de referència (edat cronològica *versus* edat mental respecte al grup de referència).
- **Model evolutiu:** compara el comportament d'un individu respecte un grup de referència; d'aquesta manera es poden veure les desviacions d'un alumne respecte del grup classe.
- **Model conductista:** la conducta de la persona es veurà modulada per agents i estímuls externs que poden reforçar-la o eliminar-la.
- **Model ecològic:** relaciona l'avaluació amb elements contextuais de l'individu, considerant-lo en funció de la seva situació personal, social, econòmica, cultural...
- **Model de processament de la informació:** model que identifica l'aprenentatge segons un procés d'adquisició, emmagatzematge i recuperació d'informació i que considera que les dificultats d'aprenentatge s'originen en alguna fase del procés, que es pot identificar en processos cognitius com són la percepció, la memòria o determinades habilitats i estratègies per a l'evocació d'idees.

La legislació vigent prioritza el **model d'avaluació psicopedagògica basat en el currículum**, que es fonamenta en els models conductista, ecològic i de processament de la informació. Aquest model d'avaluació permet relacionar els nivells i criteris d'aprenentatge que s'han d'assolir, en un curs determinat i per a una àrea d'aprenentatge o competència, amb les possibilitats reals d'adquisició de l'alumna o alumne en concret. Amb aquesta avaluació podrem esbrinar quins alumnes necessiten algun tipus de suport i establir el seguiment adient per executar una intervenció eficaç i útil.

La Comissió d'Atenció a la Diversitat (CAD) s'encarregarà d'establir els mètodes avaluadors que més s'ajustin a les característiques de l'alumnat, segons les seves possibilitats i característiques.

## L'avaluació psicopedagògica

A l'avaluació diagnòstica, podem identificar determinades dificultats d'aprenentatge que requereixen certs suports, però durant l'avaluació contínua s'evidencien les possibles desviacions significatives en les adquisicions de l'alumnat respecte a la resta del grup classe. A partir d'una base diagnòstica propiciada per l'avaluació inicial o formativa que reclama una adaptació curricular, s'estableix una avaluació més profunda i col·legiada, l'avaluació psicopedagògica, on es prendran decisions que donaran resposta a les necessitats de l'alumnat, amb la finalitat de fer accessible el coneixement i millorar el seu bagatge formatiu.

L'avaluació psicopedagògica aprofundeix en aspectes personals i acadèmics de l'alumnat que presenta dificultats acadèmiques significatives, que poden ser temporals o permanents, en l'adquisició dels aprenentatges i que poden ser originades per problemes cognitius, sensorials, motrius o conductuals. El seu objectiu és oferir la resposta educativa adient a cada cas.

Segons Castillo i Cabrerizo (2010), l'avaluació psicopedagògica ha de ser:

- **Integradora:** aglutinar tots els aprenentatges per determinar les necessitats.
- **De caràcter processal:** ha de seguir una estructura sistematitzada.
- **Coherent:** adaptada a les necessitats de l'alumnat.
- **Planificada** de manera col·legiada.
- **Contextualitzada:** tenir en compte el seu entorn social, escolar, familiar.
- **Exhaustiva:** ha de proporcionar informació en quantitat i de qualitat.
- **Rigorosa:** ha de reflectir la realitat.
- **Participativa:** hi han de participar tots els agents involucrats, professorat, alumnat i famílies.
- **Proporcionada:** s'ha d'ajustar a les característiques de l'alumnat.
- **D'enfocament multidisciplinari:** amb la participació de tots els professionals.
- **Ponderada:** equilibrar els objectius que s'han d'assolir amb les possibilitats reals.

Les fases del procés de l'avaluació psicopedagògica tenen l'ordre següent:

1. Detecció del problema o presa de consciència: el professor o tutor és, normalment, qui detecta alguna dificultat que s'ha de resoldre.
2. Proposta per part del professorat a l'especialista en orientació educativa: es treballa de manera coordinada amb l'equip docent.

3. Síntesi de la informació prèvia: fase on es recull tota la informació relativa a l'alumna o alumne en qüestió. S'han de conèixer les circumstàncies acadèmiques i personals prèvies, possibles suports, adaptacions, ritmes i nivells d'aprenentatge, i també aspectes concrets sobre el llenguatge, atenció, memòria...
4. Finalització de l'avaluació psicopedagògica: es determinen les necessitats educatives, suports i mesures adients i s'estableix la temporalització de la seva implementació.

Els àmbits d'informació de l'avaluació psicopedagògica són:

- Característiques personals de l'alumne o alumna.
- Història familiar de l'alumne o alumna.
- Historial acadèmic de l'alumne o alumna.
- Informació contextual.
- Determinació del seu nivell de coneixements. Principalment matèries instrumentals: llengües i matemàtiques.
- Informació tutorial: estil d'aprenentatge, preferències vocacionals, aspectes relacionals...
- Informació complementària: capacitats destacades, actitud envers l'estudi, relacions grupals...
- Necessitats educatives detectades.

### L'informe de necessitats específiques de suport educatiu

Una família o un tutor legal, durant el període de preinscripció escolar, pot sol·licitar una plaça de reserva per a alumnes amb necessitats educatives especials. Correspon a l'equip d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) efectuar l'avaluació psicopedagògica. Mitjançant aquest procés d'avaluació que es duu a terme en el context educatiu, s'identifiquen i avaluen les necessitats específiques de suport educatiu a fi de planificar de manera ajustada la resposta educativa.

Si l'**avaluació psicopedagògica** comporta el reconeixement de necessitats específiques de suport educatiu, l'EAP ha d'elaborar l'informe de reconeixement de necessitats específiques de suport educatiu, i l'ha de facilitar a la direcció del centre, als pares, mares o tutors legals, i l'ha de donar a conèixer a l'alumne. En el cas de l'educació secundària, el reconeixement de necessitats específiques de suport educatiu el pot fer l'orientador o l'orientadora del centre, en coordinació amb la comissió d'atenció a la diversitat.

Per a realitzar l'informe psicopedagògic, els professionals utilitzen determinats instruments de recollida de dades, com pot ser el protocol per avaluar les necessitats de suport complementari. Vegeu-ne una mostra als annexos.

En funció del que determini l'avaluació psicopedagògica es podrà associar amb necessitats educatives especials, discapacitat visual, discapacitat auditiva, etc. En cada cas l'EAP actuarà d'una manera diferent:

- Si l'avaluació psicopedagògica determina que les necessitats específiques de suport educatiu estan associades al fet que l'alumne té necessitats educatives especials, l'informe de l'EAP de reconeixement de necessitats específiques de suport educatiu ha de fer constar, de manera obligatòria i explícita en l'apartat que recull aquesta informació, el reconeixement de les necessitats educatives especials. L'EAP també ha d'emplenar la previsió de suports i proposta d'escolarització per a alumnes amb necessitats educatives especials. Aquest document l'ha de signar el director o directora de l'EAP, el psicopedagog o psicopedagoga que ha fet l'avaluació psicopedagògica i el pare, mare o tutor o tutora legal de l'alumne.
- Si l'alumne té necessitats específiques de suport educatiu associades a una discapacitat visual o auditiva, l'EAP ha de demanar preceptivament un informe al Centre de Recursos Educatius per a Deficients Visuals (CREDV) o al Centre de Recursos Educatius per a Deficients Auditius (CREDA) que correspongui, a fi de complementar les orientacions i la proposta de mesures i suports.

L'EAP ha de recollir els diagnòstics i les avaluacions que aporta la família, i que han estat elaborats per altres serveis de l'Administració pública o per professionals col·legiats i acreditats per fer-los, i han de tenir-los en consideració a l'hora de reconèixer les necessitats específiques de suport educatiu de l'alumne. L'EAP hi farà referència en l'apartat "Informes que aporta la família (reconeixement del grau de discapacitat, Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç, Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil i altres professionals)" i en guardarà una còpia a l'arxiu.

Si durant el procés d'avaluació psicopedagògica, i prèviament a l'elaboració de l'informe de l'EAP de reconeixement de necessitats específiques de suport educatiu, s'observen signes o indicis raonables d'un diagnòstic relacionat amb alguna necessitat o problemàtica específica, cal fer-ho constar en l'apartat d'observacions de l'informe i fer-ne la derivació, si escau, als serveis pertinents.

Vegeu la taula 2.1 i la taula 2.2, on es poden observar exemples de criteris per valorar la situació dels alumnes. Els registres de control dicotòmics ajuden a realitzar valoracions, de manera senzilla, a partir de l'observació de l'alumnat.

TAULA 2.1. Exemple de criteris per valorar la situació de l'alumne

Cura personal i higiene (màxim 9 punts)	SÍ	NO
Netejar-se les mans i la cara, pentinar-se (incapacitat per fer-ho). (2)	X	
Anar al lavabo i control d'esfínters (dificultat per fer-ho). (5)	X	
Banyar-se o dutxar-se (dificultat per fer-ho) (1)	X	
Mantenir la higiene menstrual (dificultat per fer-ho) (1)		X
<b>Total puntuació</b>		



**TAULA 2.2.** Exemple del resum de necessitats de suport

Tipus de necessitats de suport	Puntuació obtinguda
Cura personal i higiene (màxim 22 punts)	
Mobilitat i/o desplaçaments (màxim 13 punts)	
Salut i seguretat (màxim 16 punts)	
Regulació del comportament i comunicació (màxim 30 punts)	
<b>Total intensitat del suport</b>	

Puntuació: Suport intermitent: 1-8. Suport limitat: 9-22. Suport extens: 23-50. Suport generalitzat: 51-81.

## El pla individual o pla de suport individualitzat (PI)

El pla individual (PI) ha d'incloure les mesures i els suports adreçats a l'alumne referents als àmbits, les àrees o matèries que afavoreixen l'assoliment de les competències bàsiques, i els criteris d'avaluació que se li han assignat, superiors o inferiors als que corresponen al nivell en què està escolaritzat, i qualsevol altra decisió de l'equip docent quant a la resposta educativa.

Els elements del pla de suport individualitzat són els següents:

- Dades personals
- Dades escolars
- Breu justificació del PI
- Proposta educativa: el punt de partida per a la proposta educativa que ha de quedar detallada al PI és la programació d'aula (formada per les unitats didàctiques o projectes) del grup on es troba inclòs l'alumne. Segons aquesta programació, s'adaptaran els criteris d'avaluació dels àmbits o àrees que pertocin.
- Avaluació: criteris d'avaluació
- Temporització
- Mesures i suports
- Conformitat del pla de suport individualitzat
- Seguiment del PI

## Suport intensiu per a l'escolarització inclusiva (SIEI)

El **Suport Intensiu per a l'Escolarització Inclusiva (SIEI)** són dotacions extraordinàries de professionals que s'incorporen a les plantilles d'escoles i instituts com a recursos intensius i conjunturals per atendre els alumnes amb necessitats educatives especials que ho necessitin. És un recurs per al centre, que se suma als suports universals i addicionals per a la inclusió.

La **intervenció del SIEI** es concreta a través d'un pla de suport individualitzat (PI) on s'establiran les línies d'actuació que es deriven de l'avaluació psicopedagògica de l'infant. Des del SIEI, es prioritza el suport al professorat del grup ordinari, a través de la implementació d'estratègies i l'adaptació o creació de recursos que facin possible la participació en la major quantitat possible d'activitats a l'aula ordinària.

L'objectiu és afavorir l'autonomia i l'equilibri personal i el desenvolupament d'habilitats socials dels alumnes. Les adaptacions realitzades, que es materialitzen en forma de mesures i suports addicionals i/o intensius, han de recollir-se en el seu pla individual. L'equip docent, juntament amb la comissió d'atenció a la diversitat del centre (CAD), i segons les directrius de l'informe de l'equip d'assessorament psicopedagògic (EAP), establirà els criteris per a l'atenció i avaluació d'aquest alumnat.

#### **Relació entre EAP, famílies i alumnat**

L'equip d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) ha de facilitar la informació, l'orientació, l'assessorament i l'acompanyament necessaris als pares, mares o tutors legals de l'alumne, i al mateix alumne, a fi que puguin valorar les opcions d'escolarització en el marc dels recursos existents a l'inici de l'escolaritat, en els canvis d'etapa i en els canvis de centre.

Al pla individual de cada alumne s'hi contempla i prioritza l'assoliment d'objectius específics en relació amb les habilitats adaptatives en matèria d'autonomia, iniciativa personal, comunicació, aprendre a aprendre i viure en comunitat. La metodologia ha de ser flexible, per adaptar-nos als ritmes i característiques de l'alumne.

### **2.3 Suports terapèutics i de salut amb alumnat NESE en centres d'educació especial**

El **centre d'educació especial** és aquell que s'adreça a alumnes amb NEE associades a discapacitats severes o profundes que, de manera excepcional o a petició de la família, no s'ajusten a l'escolarització en un centre ordinari.

Els centres educatius d'educació especial, amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats de l'alumnat i per reduir les barreres per a l'aprenentatge i per a la participació, han de disposar de personal docent i de personal de suport tècnic, però també de professionals especialistes de l'àmbit de la comunicació i el llenguatge, de la psicologia, la fisioteràpia o, fins i tot, de la salut. Els recursos humans estan formats per tot l'equip que intervé en el procés educatiu de l'alumnat. Aquesta configuració pluridisciplinària adquireix la seva màxima expressió amb alumnes NESE i principalment als centres d'educació especial, on s'haurà de conferir una atenció integral que respongui a les necessitats biopsicosocials de l'alumnat que atenen.

Per tal de realitzar una tasca eficient i eficaç, és imprescindible definir les funcions de cadascun dels implicats i que hi hagi una bona coordinació i harmonització entre ells, per tal de ser efectius, generar sinergies i treballar de manera cohesionada.

### 2.3.1 Servei de psicologia

Molts dels alumnes amb NEE també presenten trastorns mentals i de la personalitat, com per exemple comportaments amb trets psicòtics, neuròtics o obsessius. Són aspectes que dificulten les seves possibilitats de comprensió i d'adaptació a l'entorn.

El servei de psicologia ha de donar suport a l'alumnat que requereix atenció psicoterapèutica sistemàtica o específica davant situacions de crisi, i fer-ne el seguiment i valoració. El perfil professional correspon a la llicenciatura de psicologia o psicopedagogia, i les seves funcions són:

- Confecció d'historials clínics evolutius dels alumnes.
- Atenció psicològica i tractament psicoterapèutic mitjançant sessions individuals.
- Valoració mitjançant l'aplicació de proves.
- Sessions de dinàmica de grup.
- Entrevistes amb les famílies (orientació i assessorament).
- Entrevistes amb els professionals que intervenen en el procés educatiu de l'alumnat (orientació, assessorament i intercanvi d'informació).
- Entrevistes i/o contactes amb diferents serveis públics o privats d'àmbit extraescolar (hospitals, serveis socials, altres entitats assistencials...).
- Preparació i presentació de sessions clíniques.
- Confecció d'informes psicològics.
- Elaboració de la memòria del servei.

El psicòleg o psicòloga ha d'establir, juntament amb el personal docent i altre personal de suport, l'horari d'atenció individual i grupal de l'alumnat del centre.

### 2.3.2 Servei de logopèdia, Unitat d'Audició i Llenguatge (UAL)

Per a la majoria de l'alumnat NESE, la dificultat en la comunicació suposa una barrera en l'aprenentatge. El mestre especialista en audició i llenguatge treballa tant individualment com en petit grup per millorar l'expressió i la comprensió

Al mòdul *Suport en la comunicació* s'estudien els diferents sistemes augmentatius i alternatius de la comunicació.

verbal i comunicativa de l'alumnat. La seva funció se centra a dissenyar i implementar estratègies i metodologies per fomentar i potenciar la seva capacitat i interacció comunicativa, que pot ser a través de l'estimulació de l'expressió o mitjançant sistemes augmentatius i alternatius de comunicació.

El o la logopeda del centre ha de dur a terme les tasques següents:

- Entrevistes amb les famílies.
- Atenció individual i/o en petits grups a alumnes que necessiten suport pel que fa al llenguatge.
- Intercanvi d'informació amb els mestres i col·laboració en l'elaboració de material de comunicació alternativa a l'aula (plafons generals i/o monogràfics, programes informàtics...)
- Elaboració de plafons de comunicació per als espais comuns de l'escola (menjador, WC...) així com d'altres d'ús individual dels alumnes.
- Confecció d'informes.
- Elaboració de la memòria del servei.

El o la logopeda haurà d'establir l'horari d'atenció amb el personal docent i altre personal de suport i l'horari d'atenció individual i grupal de l'alumnat del centre.

### 2.3.3 Servei de fisioteràpia

Els fisioterapeutes fan la valoració (a partir d'un informe i diagnòstic mèdic) i el tractament (recuperació i adaptació) per millorar la mobilitat dels infants amb dificultats motrius. El perfil professional correspon a graduats en Fisioteràpia. Les seves funcions són:

- Disseny i preparació de les sessions de fisioteràpia.
- Coordinació amb la família, els docents, els serveis mèdics i els centres d'ortopèdia per a l'adquisició i/o adequació dels materials i/o elements que facilitin la seva mobilitat o correcció postural.
- Atenció individual als alumnes dictaminats amb NESE derivades de discapacitats motrius.
- Sempre que l'organització del servei ho permeti, s'oferirà atenció i assessorament a altres alumnes que presenten dificultats motrius no específicament diagnosticades com a tals.
- Assessorament al personal docent.
- Coordinació amb les tutories i amb l'equip directiu de les adaptacions que siguin necessàries per al control postural correcte dels alumnes amb discapacitat motriu.

- Confecció del pla de treball, dels informes i de la memòria del servei desenvolupat.

### **2.3.4 Servei d'infermeria**

Alguns alumnes amb NESE presenten una salut fràgil, la qual cosa els impedeix seguir i participar d'una manera adient de les aules convencionals. Per tant, necessiten unitats específiques que els proporcionin un espai segur i que s'acomodi a les seves necessitats de salut. El servei d'infermeria el poden desenvolupar professionals de l'àmbit de la salut, principalment graduats en Infermeria. Les seves funcions se centren a oferir un espai sanitari i una atenció medicalitzada i individual a l'alumnat que ho requereixi. Així i tot, no és habitual la figura del personal d'infermeria a les escoles d'educació especial.

Les seves tasques són:

- Atenció i cura dels alumnes amb salut fràgil
- Assistència sanitària als alumnes de la seva unitat
- Aplicació de tractaments farmacològics, terapèutics, assistencials
- Seguiment de l'alumnat
- Reunions i comunicació amb serveis mèdics dels alumnes atesos
- Ajuda en la ingesta
- Canvis posturals

## **2.4 Els recursos humans i el personal de suport educatiu**

Els recursos humans els conformen tot l'equip que intervé en el procés educatiu de l'alumnat. Per tal de donar resposta a les peculiaritats de tot l'alumnat i oferir una atenció integral, els equips docents es configuraran amb diferents professionals. Aquests professionals són els tutors d'aula, el personal de suport tècnic, però també professionals especialistes de l'àmbit de la comunicació i el llenguatge, de la psicologia, la fisioteràpia o, fins i tot, de la salut. Per tal de fer una tasca eficient i eficaç serà imprescindible definir les funcions de cadascun dels implicats i una bona coordinació i harmonització entre ells per tal de ser efectius, generar sinergies i treballar de manera cohesionada.

### 2.4.1 Tutor o tutora d'aula

Els tutors poden ser mestres d'educació primària amb o sense l'especialitat en educació especial; a secundària pot ser un/a professor/a de pedagogia, pedagogia terapèutica o psicopedagogia. És el professional de referència dels alumnes que componen el seu grup aula i la seva intervenció es concreta en:

- Atenció als membres del grup i seguiment del seu procés individual.
- Atenció al grup com a tal, fomentant la integració i la interacció positiva entre els alumnes que l'integren.
- Elaboració de la programació anual d'aula.
- Elaboració de les adaptacions individuals que calguin, en col·laboració amb altres professionals implicats, en funció de la diversitat dels seus alumnes, mitjançant la confecció de l'adaptació curricular individualitzada (ACI) corresponent, quan el currículum dissenyat per al grup no sigui suficient.
- Elaboració de plans individuals dels alumnes matriculats al centre i que segueixen la modalitat d'escolarització compartida amb un centre ordinari.
- Assistència a les reunions de coordinació amb la resta de professionals que intervenen amb l'alumnat per tal de poder aconseguir una intervenció coherent i efectiva des dels diferents àmbits educatiu i/o d'atenció terapèutica: tutors, logopedes, fisioterapeutes, psicòlegs, professionals de l'escola compartida...
- Col·laboració en la revisió periòdica del projecte educatiu del centre i en el desplegament curricular del projecte, aportant idees i coneixements professionals per enriquir-lo i millorar-lo.
- Participar activament en el procés d'avaluació dels seus alumnes.
- Confeccionar informes dels alumnes.
- Elaborar les memòries dels àmbits on són responsables (aula, taller...)
- Mantenir contacte directe amb els pares de forma periòdica per tal de fer un seguiment acurat de l'alumne i orientar-los en tots aquells aspectes que siguin necessaris (aprenentatges, pautes, activitats extraescolars, alternatives ocupacionals i formatives posteriors a l'escolaritat...).
- Participació i col·laboració en totes les activitats que es desenvolupen a l'aula i en el conjunt de l'escola.

### 2.4.2 Personal educador d'educació especial

L'educador/a d'educació especial ofereix suport personal d'atenció directa a l'alumnat en coordinació amb l'equip docent i complementant l'acció educativa amb

alumnes amb NESE. Les seves funcions es corresponen amb el perfil professional de tècnic/a superior d'integració social. Segons els documents per a l'organització i la gestió dels centres, personal d'administració i serveis professionals d'atenció educativa, per al curs 2019-2020 publicats pel Departament d'Ensenyament, correspon al personal laboral de la categoria professional educador o educadora d'educació especial en centres públics:

- Donar suport als alumnes amb necessitats educatives especials perquè puguin participar en les activitats del centre educatiu, i també aplicar programes de treball preparats pel tutor o especialistes i participar en l'elaboració i aplicació de tasques específiques relacionades amb l'autonomia personal, l'adquisició d'hàbits d'higiene, les habilitats socials, la mobilitat i els desplaçaments, l'estimulació sensorial, les habilitats de la vida, la transició a la vida adulta i preparació per al món laboral, l'escolaritat compartida en centres ordinaris i centres d'educació especial...
- Participar en el projecte educatiu del centre.
- Conèixer els objectius i continguts dels programes per poder adequar de la millor manera possible la seva tasca de col·laboració amb els mestres tutors i els especialistes.
- Proporcionar als mestres tutors i als especialistes elements d'informació sobre l'actuació dels alumnes a fi d'adaptar i millorar-ne el procés d'aprenentatge.

S'ha de garantir la participació dels educadors d'educació especial en les reunions que permetin la coordinació amb els equips docents del centre i, quan escaigui, amb els altres serveis (EAP, CDIAP, CSMIJ...) A les escoles de primària i als centres d'educació especial es prioritzen les reunions amb el tutor o tutora i les reunions de cicle i de nivell. Als instituts, aquests professionals han de participar en les reunions amb el tutor o tutora i en les reunions de nivell corresponent dels alumnes que atenen, i també en les reunions específiques de centre en relació amb l'atenció a la diversitat, si escau. Quan es consideri necessari, aquests professionals poden participar en les entrevistes amb les famílies, sempre amb la presència de la tutora o del tutor.

A més, han de participar en les activitats de formació que tenen relació amb les seves funcions.

Correspon al director o directora del centre, un cop escoltats els implicats i en funció del pla de treball, jornada i horari de treball, determinar la distribució horària d'aquests professionals. El pla de treball dels educadors d'educació especial ha de formar part de la programació general anual del centres.

---

**EAP:** Equip d'Assessorament Psicopedagògic.  
**CDIAP:** Centre de Desenvolupament Infantil i d'Atenció Precoç.  
**CSMIJ:** Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil.

---

### 2.4.3 Personal auxiliar d'educació especial o vetllador/a

Les funcions principals del personal auxiliar d'educació especial seran les relatives al suport de necessitats bàsiques i funcionals de l'alumnat amb NESE i que es corresponen a les activitats bàsiques de la vida diària. El seu perfil professional es correspon a la figura del vetllador o vetlladora, compatibles amb el títol de tècnic/a en atenció a persones en situació de dependència.

Les seves funcions són les següents:

- Ajudar els alumnes amb necessitats educatives especials en els desplaçaments per l'aula i pel centre en general, i fora del centre, si cal, amb el seu mitjà de mobilitat (cadira de rodes, caminadors, crosses...)
- Ajudar els alumnes en aspectes de l'autonomia personal (higiene, alimentació...) per garantir que puguin participar en totes les activitats.
- Fer els tractaments específics dels alumnes en el centre educatiu.

S'ha de garantir la participació dels auxiliars d'educació especial en les reunions que permetin la coordinació amb els equips docents; han de participar en les activitats de formació que tenen relació amb les seves funcions. Quan es consideri necessari, poden participar en les entrevistes amb les famílies, sempre amb la presència del tutor o tutora.

### 2.4.4 Personal integrador social

El personal laboral de la categoria professional d'integrador o integradora social col·labora en el desenvolupament d'habilitats socials i d'autonomia personal d'alumnes que es troben en situació de risc, intervenint directament amb joves o infants, les famílies i els agents socials de l'entorn.

Aquesta figura pren més pes en l'àmbit de l'educació secundària i les seves tasques són:

- Desenvolupar habilitats d'autonomia personal i social en alumnes en situació de risc.
- Participar en la planificació i el desenvolupament d'activitats d'integració social.
- Afavorir relacions positives dels alumnes amb l'entorn.
- Col·laborar en la resolució de conflictes.
- Intervenir en casos d'absentisme escolar.



- Acompanyar els alumnes en activitats lectives i extraescolars.
- Donar suport a les famílies en el procés d'integració social dels joves i infants.
- Col·laborar en l'organització d'activitats de dinamització de l'ús del temps lliure i de sensibilització social.

Els **integradors socials** han de concretar, juntament amb l'equip docent que correspongui, un pla de treball per a cadascun dels alumnes que atenen, on s'especifiquin els objectius que cal assolir i les actuacions que cal dur a terme, procurant sempre que sigui possible que es desenvolupin en l'entorn de l'aula ordinària.

Els integradors socials han de coordinar les seves actuacions amb els altres professionals que intervenen en l'atenció d'aquests alumnes. Cada centre ha de definir els marcs per a aquesta coordinació i les pautes d'intervenció amb el tutor o tutora de l'alumne o alumna.

El pla de treball dels integradors socials i la valoració dels resultats han de formar part, respectivament, de la programació general i de la memòria anual del centre. També han de participar en les activitats de formació que tenen relació amb les seves funcions.

En la taula 2.3 s'indiquen els professionals especialitzats previstos en els centres educatius per a l'escola inclusiva:

**TAULA 2.3.** Professionals específics per a l'escola inclusiva

Categoria professional	Nom	Etapa educativa
Mestres	Mestre d'educació especial	Infantil i primària
	Mestre d'audició i llenguatge	Infantil i primària
	Mestre de suport intensiu a l'escola inclusiva	Infantil i primària
	Mestre de pedagogia terapèutica	Secundària
Professors	Professor d'orientació educativa	Secundària
	Professor de suport intensiu a l'escolarització inclusiva	Secundària
Professionals d'atenció educativa	Educador d'educació especial	Infantil, primària i secundària
	Integrador social	Secundària
	Tècnic especialista en educació infantil	P-3 i P-4
	Auxiliar d'educació especial	Infantil i primària

## 2.5 Recursos educatius

Els recursos educatius es defineixen des de diferents vessants. Cadascuna atorga al concepte diferents matisos i, a la vegada, identifica i categoritza els instruments considerats com a mediadors del procés educatiu.

En aquestes teories es diferencien dos extrems. Per un costat, una visió que limita els recursos educatius únicament a recursos materials i instruments físics utilitzats en situacions d'ensenyament-aprenentatge (E-A). Segons aquesta tendència, els recursos es redueixen a la seva condició de suport material del coneixement, com poden ser els llibres, la pissarra o els quaderns... A l'altre extrem, se situen les teories més recents, que consideren com a recurs educatiu qualsevol element que condicioni o intervingui en les situacions d'aprenentatge. En aquest sentit, un recurs educatiu poden ser tant els mitjans físics i tangibles com les tècniques o estratègies de procediment i d'organització pedagògiques, inclús el contingut mateix, la programació o l'avaluació. Tots, d'alguna manera, impregnen i modulen l'acció educativa i influeixen en els resultats acadèmics de l'alumnat.

Els **recursos educatius** són instruments, mitjans i suports que, de manera integrada i transversal, permeten contextualitzar l'acció educativa per tal de vehicular i possibilitar les demandes formatives de tot l'alumnat.

En el desenvolupament de la tasca educativa, els professionals docents han de configurar i estructurar de manera significativa els espais i el temps. Així mateix, han de seleccionar els materials mediadors i les estratègies pedagògiques que s'adaptin millor a les necessitats i característiques de l'alumnat.

Els recursos es defineixen a partir de les necessitats, prioritats, objectius, continguts i activitats programades en un context curricular concret. Per tant, la seva selecció ha d'estar vinculada a la capacitat de transferir el coneixement que se'n deriva.

Els materials poden ser de naturalesa i amplitud molt diversa: poden ser adquirits o elaborats pels mateixos professionals que intervenen en el procés educatiu, i poden ser utilitzats de manera col·lectiva, individual o individualitzada. A més, s'han d'adaptar a les diferències personals de tot l'alumnat. Tenint en compte aquesta diversitat dels mitjans, alguns alumnes hauran de combinar, de manera simultània, materials molt sofisticats, com determinats dispositius electrònics per a la comunicació o productes de suport per al control postural i la mobilitat, amb materials quotidians i senzills, com poden ser coberts i aparells adaptats per a la realització de les AVD (activitats de la vida diària), estris escolars i objectes familiars.

Qualsevol element, utilitzat amb eficàcia, pot suposar una eina valuosa per a l'adquisició de noves experiències i augmentar els coneixements. Vegeu la figura 2.4: en aquest cas, unes closques de coco, elements comprensibles i fàcils de manipular, resulten recursos d'aprenentatge molt significatius per treballar amb

alumnat amb NESE l'atenció, l'escolta i el ritme.

**FIGURA 2.4.** Activitat de música on es treballa el ritme, l'atenció i l'escolta.



Font: Jordi Alonso.

L'elecció dels recursos educatius s'ha de fer a través de criteris funcionals i de funcionament. Des del punt de vista funcional, els recursos han de ser innovadors i motivadors de l'aprenentatge, han de possibilitar la transferència del coneixement i propiciar la gestió del pensament i de les relacions socials.

Per treballar a partir de models innovadors i crítics hem de tenir en compte els següents criteris de funcionament:

- **Congruència amb el model didàctic i relació amb els coneixements que s'han d'adquirir:** per treballar a partir de models innovadors o crítics, no es poden presentar materials dirigits, sinó que cal dotar l'alumnat de material polivalent i transversal. Per treballar l'àmbit sensoriomotor no es pot distribuir la sala amb taules i cadires, sinó que l'àmbit de treball ha de presentar una configuració molt diferent a una aula convencional.
- **Adaptabilitat al context curricular:** els recursos han de ser bons materials i vàlids per a les necessitats i prioritats del grup d'alumnes a qui va dirigit: s'han d'adaptar a les condicions didàctiques de la situació. Si el recurs és massa complicat, perd la seva qualitat vehiculadora.
- **Peculiaritats tècniques dels mitjans i exigències específiques de maneig:** de vegades el mitjà deixa de tenir una funció instrumental ("servir per a") i es converteix en si mateix en objectiu d'aprenentatge ("aprendre el mitjà"). Hi ha materials senzills (com la pissarra, el llibre o la projecció d'esquemes conceptuals), i d'altres de més complicats (com l'ordinador o material específic de laboratori). Els recursos són organitzadors de la realitat i facilitadors de l'aprenentatge. Per tant, es converteixen en un important instrument mediador que ajuda a accedir, en millors condicions, als objectius del procés educatiu, però no poden ser l'objecte de coneixement. Si això succeeix, el recurs passa a ser un contingut.

- **Eficàcia dels recursos didàctics:** per decidir si el mitjà és adequat, caldrà analitzar-lo. El valorarem respecte a quins alumnes va dirigit i el contingut que vol desenvolupar, per a quin tipus de resultats, en quines condicions... L'elecció d'un mitjà també dependrà del model teòric del qual parteix el professorat.

En l'avaluació i elecció dels recursos didàctics haurem de prioritzar els que siguin més eficaços per a la consecució dels objectius formulats, tenint en compte totes les vessants contextuais.

En la pràctica educativa es distingeixen diversos tipus de recursos segons la dimensió circumstantial a la qual fan referència: lloc on s'ha d'ensenyar; temps per treballar els diferents continguts, instruments, organització i estratègies més adients a les característiques del grup d'alumnes; i els professionals que portaran a terme cadascuna de les activitats a realitzar.

Els recursos espacials dels centres d'educació especial es tracten a la unitat "Accessibilitat als espais".

### 2.5.1 Recursos temporals

La dimensió temporal impregna la tasca educativa de manera transversal i a dos nivells. En primer lloc, hi ha la distribució de l'horari lectiu en àrees d'aprenentatge, on es temporitzen i ordenen els continguts a treballar i la dotació horària de cada àrea. En segon lloc, més concret, hi ha la seqüència de cada sessió d'intervenció.

Els **recursos temporals** estructuren els espais d'activitat educativa. Ordenen la distribució horària de cada àmbit d'aprenentatge a la vegada que planifiquen la seqüència de realització de les diferents tasques que se'n deriven.

Les seccions temporals més significatives són:

- **Calendari escolar**, que indica els dies de l'any en què estan en funcionament les institucions educatives. S'elabora el 30 de juny del curs anterior i ha de comprendre un mínim de 175 dies lectius per a tots els ensenyaments obligatoris. Es desenvolupa entre els mesos de setembre i juny.
- **Jornada escolar**, que pot ser continuada o partida. L'instrument on s'indica la distribució és l'horari de grup, on es seqüencialitzen les assignatures, els tallers, el descans... També cal indicar la freqüència d'assistència als diferents serveis terapèutics, al llarg de la setmana lectiva, de dilluns a divendres.
- **Durada** de les sessions. Normalment les sessions d'implementació són de 45 minuts, tot i que es poden establir entre 30 i 60 minuts per sessió. El pati és de 30 minuts, que es poden gaudir de manera completa o seccionats al llarg de la jornada, amb dos moments de descans de 15 minuts.

L'organització temporal en la implementació de les sessions ha d'incloure diferents fases:

1. Preparació del context i captació de l'atenció de l'alumnat: el primer pas consisteix a generar expectatives i interès per l'activitat.
2. Informació dels continguts que es treballaran i els objectius previstos.
3. Establiment de nexes amb els coneixements previs i els nous aprenentatges.
4. Execució de la tasca. Pot ser expositiva, manipuladora, experimental, de cerca i anàlisi, d'estimulació... i en grup, individual o col·lectiva. S'usen els recursos, suports i mitjans necessaris. S'han d'utilitzar tècniques per a la transferència, estructuració i organització dels continguts, com per exemple generalitzar, conceptualitzar, establir regles i identificar dades.
5. Avaluació: les evidències de la integració dels continguts treballats i la capacitat per a la seva aplicació a altres situacions i contextos queden reflectides en l'avaluació.

El temps dedicat a la implementació de l'activitat ha de ser el més extens de la sessió, al voltant dels 45 minuts, establint un primer moment introductor de com a molt 10 minuts i una última part de l'activitat a mode de conclusió. L'avaluació i el *feedback* amb l'alumnat, per a la correcció i millora, s'han de fer a la conclusió i aquesta tasca pot durar uns 10 minuts.

### 2.5.2 Gestió del temps amb alumnes amb NESE

Un dels condicionants que defineix l'àmbit de l'educació especial és el que fa referència als ritmes d'aprenentatge i els estils cognitius del seu alumnat, així com la capacitat d'atenció sostinguda i d'escolta activa tant importants per assimilar les informacions, comprendre-les i integrar-les dins els esquemes mentals. Així mateix, cal contemplar que els requeriments posturals i d'interacció amb l'entorn representen per a l'alumnat amb mobilitat reduïda, amb dificultats sensorials o amb dificultats específiques d'aprenentatge un esforç afegit a l'esforç *per se* que requereix la tasca educativa.

A l'hora d'establir els horaris de grup i individuals, s'han de tenir en compte els aspectes següents:

- Preveure les hores de suport i teràpia (psicològica, sensorial, comunicació i llenguatge, fisioteràpia, hidroteràpia, hipoteràpia...) que rep cada alumna o alumne, si són individuals o en petit grup, si el suport es realitzarà dins de l'aula o no. El nombre d'hores de suport i d'atenció educativa especialitzada és d'unes 6 hores setmanals, tot i que es poden augmentar.
- Els horaris de suport no han de coincidir amb els moments en què es treballin àrees o matèries on l'alumne es trobi ben integrat en el seu grup de referència.

- Establir els horaris tenint en compte els moments més receptius i actius del nostre alumnat i identificar els moments que necessiten relaxació i descans (vegeu la figura 2.5).

FIGURA 2.5. Horari d'aula clar i explícit

	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES
	[Icon: Sun]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]
	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]
	[Icon: Sun]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]
	[Icon: Sun]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]	[Icon: Person at desk]

Font: Escola Maria Felip.

- Distribuir de manera eficient el temps dels professionals implicats en tot el procés educatiu, tenint en compte els interessos i necessitats de cada alumna o alumne.
- La utilització de determinats suports per a l'aprenentatge i les dificultats d'interacció comunicativa per part d'alguns alumnes, impliquen més temps per a l'adquisició de determinats aprenentatges, cosa que provoca desmotivació i rebuig cap a les feines, i inclús pot ser que mai s'adquireixin alguns dels continguts treballats. Aquests casos no els podem perllongar indefinidament, hem de trobar solucions per adaptar-nos als requeriments educatius del nostre alumnat, respectar els seus ritmes i les seves possibilitats i gestionar els recursos temporals de manera que siguin funcionals i operatius. Per exemple, si tenim un alumne que pot comprendre nocions matemàtiques com la suma, la resta o la multiplicació, comprèn, de manera globalitzada, el seu concepte i la seva aplicació a situacions reals, però veiem que no pot assolir la capacitat operatòria per fer els càlculs i arribar a saber el resultat, podrem valorar la dotació d'una calculadora, suport que li permetrà completar el problema plantejat en un temps d'aprenentatge adient. D'aquesta manera l'alumne podrà aplicar, amb èxit i en l'àmbit real, les competències treballades a l'àrea de matemàtiques.
- La temporització de les activitats variarà en funció de la seva naturalesa i de l'esforç que requereixi la seva execució, tant en l'àmbit cognitiu, com motriu o comunicatiu. Per tant, les tasques que poden estressar determinats alumnes no poden ser extenses. En canvi, la realització de tallers de cuina, hort o plàstica solen requerir un temps d'implementació més llarg.

## 2.6 Recursos materials

Els recursos materials són tots aquells elements que serveixen com a plataforma física per transmetre els continguts previstos. Resulta difícil enumerar tots els materials que s'utilitzen als centres educatius. Per tant, es classifiquen segons categories: materials didàctics o curriculars, materials de joc, materials de psicomotricitat o educació física, i materials d'equipament d'aules específiques per a alumnat amb NESE, on destaquen els recursos materials de l'aula multisensorial. Els més significatius són els materials didàctics o curriculars i el material de joc.

### 2.6.1 Materials didàctics o curriculars

Els **materials didàctics** són els mitjans que articulen la programació didàctica. La seva funció és estructuradora de la realitat i de connexió amb el pensament. El més utilitzat és el llibre de text, però també s'usen esquemes conceptuals projectats, material audiovisual, quaderns de treball, agenda, els dossiers de fitxes, els equips informàtics, mitjans de comunicació, les anotacions facilitades pel professorat i els portafolis. Els utensilis i el material fungible com llapis, bolis, gomes, pintures, colors, plastilina, cola, cartolines... també es conceben com a material didàctic.

#### Adaptació de material curricular

Les **adaptacions de material curricular** o didàctic suposen alteracions respecte a la manera de presentar els continguts, amb l'objectiu de connectar amb els processos i nivells d'aprenentatge de l'alumnat amb NESE. En la mesura del possible s'usa el llibre o material de referència per al grup i nivell educatiu com a punt de partida, i paral·lelament s'elabora un material de treball i consulta específic per a l'alumnat amb dificultats d'aprenentatge.

Tenint com a referent el llibre de text, la seqüència de l'adaptació del material curricular és la següent:

1. Reescriptura de textos de la unitat per millorar la comprensió, amb frases senzilles i, si escau, sistemes augmentatius i alternatius de comunicació (SAAC).
2. Establiment de diferents activitats de comprensió lectora i expressió oral i escrita.
3. Confecció d'esquemes sobre les idees principals de la unitat.
4. Plantejament d'activitats multinivell i/o replantejament d'activitats proposades al llibre de text o dossier.

Alguns recursos són:

- Interpretació de mapes, imatges, gràfics, il·lustracions, obres d'art...
- Relació de conceptes amb la seva definició o explicació
- Sopes de lletres d'elements treballats a la unitat
- Compleció d'esquemes, línies del temps, quadres...
- Activitats de veritat o fals
- Exercicis autocorrectius
- Activitats de situar ciutats, mars o rius en un mapa
- Compleció de frases o text amb una sèrie de paraules donades
- Observació de mapes, imatges, gràfics, il·lustracions, obres d'art...
- Identificació i classificació de característiques d'un determinat esdeveniment o objecte tangible
- Ordenació de paraules per formar frases amb sentit, ordenació de fets
- Recerca d'informació (diccionari, internet, diaris...)
- Donada una imatge, situació de les parts (planta, cos humà, imatge seccionada...)
- Sistemes augmentatius i alternatius de comunicació per a alumnes amb dificultats en l'expressió o comprensió del llenguatge o deficiència visual en qualsevol de les categories esmentades
- En el cas d'alumnat amb deficiències auditives, una estratègia pot consistir a utilitzar referents visuals com esquemes o il·lustracions per donar suport a les explicacions dels mestres. Aquest suport és beneficiós per a tots els alumnes de la classe.

Cal destacar que per a determinats perfils d'alumnat, amb afectacions greus, el material didàctic consisteix en elements tangibles i reals, on es desenvolupen aspectes incipients del desenvolupament humà, com el desenvolupament sensorial i motor i l'estimulació de la percepció a través dels sentits.

En referència al material fungible, hi ha determinats materials i eines adaptades, també productes de suport específics per a les necessitats individuals de l'alumnat amb NESE.

### **2.6.2 Material de joc**

El joc és una activitat present a totes les societats i totes les etapes del cicle vital. Les situacions lúdiques propicien experiències d'aprenentatge global i possibiliten l'adquisició de continguts de manera vivencial i amb una gran càrrega afectiva i emocional per als infants. Aquest recurs és valorat, sobretot, en situacions



d'ensenyament-aprenentatge d'alumnes d'edats primerenques, tot i que cada etapa del desenvolupament requereix un tipus de joguines i jocs.

Tenint en compte el factor motivador que es desprèn de l'activitat lúdica i la seva polivalència i versatilitat, els jocs i les joguines es converteixen en vehicle per a l'aprenentatge, però també en un suport terapèutic molt valuós en l'atenció d'alumnat amb NESE. Hi ha diverses situacions on no cal l'adaptació de joguines, com en la creació de determinats racons de joc simbòlic, però per treballar o estimular aspectes concrets i facilitar-ne l'ús són necessàries les joguines adaptades, comercialitzades en botigues especialitzades. Una altra possibilitat és que els professionals mateixos facin l'adaptació de joguines convencionals, alterant-ne algun mecanisme o modificant-ne algun element perquè es puguin utilitzar de manera més fàcil i autònoma, com per exemple la incorporació de commutadors o botons causa-efecte per activar joguines convencionals que presenten accionaments inaccessibles.

Les joguines s'estructuren segons la classificació ESAR, que diferencia els tipus de joguines segons la dimensió de la personalitat que estimula:

- **Exercici o oci:** joc que desenvolupa activitats motrius.
- **Simbòlic:** joc que estimula conductes cognitives, percepció, memòria, imitació, evocació...
- **Assemblage:** joc d'encaix o construcció que ajuda a l'adquisició de capacitats manipuladores i funcionals.
- **Regles:** joc on s'estableixen les normes socials i les habilitats de relació: pactes, saber perdre, treballar en col·laboració amb altres companys...

Per a cada dimensió o faceta s'estableixen diferents nivells de complexitat dels jocs, categoritzant cada nivell segons la teoria dels estadis de desenvolupament cognitiu de J. Piaget: sensorial i motora, preoperacional, d'operacions concretes i d'operacions formals.

#### ESAR

Sistema de classificació de joguines ideat per Denise Garon i els seus col·laboradors l'any 1982 basat en sis característiques que sintetitzen les etapes de desenvolupament de l'infant. La sigla pren les inicials de cada característica.



### 3. Intervenció en l'àmbit domiciliari

L'evolució de l'atenció domiciliària, al llarg dels anys, ha estat diferent segons la zona geogràfica. Als països més avançats en polítiques socials, el **servei d'atenció domiciliària (SAD)** s'ha desenvolupat i organitzat de manera heterogènia, d'acord amb les necessitats de cada país. Aquest servei compta amb una llarga tradició als països nòrdics, Holanda o Gran Bretanya, i en altres, com Espanya o Grècia, s'ha desenvolupat fonamentalment en els últims trenta anys.

#### 3.1 Evolució del servei d'atenció domiciliària

Durant les dècades dels seixanta i setanta, els països pioners van començar a desenvolupar normatives sobre la implantació del SAD, desenvolupament que responia més a les pressions socials que a un increment general de les polítiques socials.

Va ser durant la dècada dels anys vuitanta quan es van fer avaluacions sobre el conjunt dels serveis que oferia la prestació d'atenció domiciliària i es van subministrar diferents suports en els domicilis per possibilitar que les persones amb discapacitats o en situació de dependència visquessin el màxim temps possible a casa, retardant o evitant una institucionalització sovint innecessària. Aquest gran moviment de **desinstitucionalització** va ser especialment ampli al nord d'Europa, on sempre s'ha considerat l'assistència social com un dret subjectiu de ciutadania al mateix nivell que l'assistència sanitària.

La situació a l'àrea centreeuropea i mediterrània, de la qual formem part, sempre s'ha basat en una concepció més familiarista de les cures, segons la qual s'adjudica a les famílies (principalment a les dones) la responsabilitat en l'atenció a la infància i les persones amb discapacitat o en situació de dependència.

Un conjunt de fenòmens com la generalització de la incorporació de les dones al mercat de treball, l'auge de les idees a favor de la igualtat i l'agudització del fenomen de l'envelliment poblacional han motivat un increment de les situacions de les necessitats de cures de llarga durada sense cobertura social suficient.

A Espanya, l'**inici del SAD** a les administracions públiques de les diferents comunitats i municipis va sorgir arran de l'aprovació de la Constitució espanyola de 1978.

Els primers ajuntaments de la democràcia, que es van constituir després de les eleccions municipals de 1979, van desenvolupar noves competències en l'àrea de l'assistència social i dels serveis socials.

Consulteu als annexos la Llei 7/1985 reguladora de les bases de règim local.

La Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases de règim local, esmentava alguna de les funcions que corresponien a l'Administració (obligatòries per als municipis més grans de 20.000 habitants) i que, sobretot, tenien a veure amb els anomenats serveis socials generals o d'atenció primària que es prestaven en el seu territori.

El desenvolupament de prestacions bàsiques de serveis socials es va iniciar l'any 1988 per iniciativa de l'Administració General de l'Estat i amb la col·laboració i finançament conjunt entre aquesta i les respectives comunitats autònomes, garantint la informació, el diagnòstic, l'orientació i l'ajuda a domicili a la persona que requeria la prestació.

El 2006 amb la promulgació de la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD) es van assentar les bases per reconèixer l'assistència social i la protecció social com un dret social subjectiu.

La creació del nou Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), que havia de formar part del serveis socials competència de les comunitats autònomes, amb el suport de l'Administració general de l'Estat i la col·laboració de les corporacions locals està a hores d'ara en un desplegament parcial.

Vegeu la taula 3.1, on es pot veure l'evolució del nombre d'usuaris i la cobertura del Servei d'Atenció Domiciliària a Espanya al llarg dels anys.

**TAULA 3.1.** Evolució del nombre d'usuaris i cobertura del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) a Espanya, anys 1990-2011

Any	Població de 65 anys i més	Usuaris de 65 anys i més	Ràtio
1990	5.359.908	34.181	0,48
2000	7.037.553	139.384	1,98
2005	7.484.392	305.801	4,09
2009	7.782.904	394.403	4,97
2010	8.093.557	395.085	4,88
2011	8.221.047	382.575	4,65

Actualment el SAD ha anat incorporant algunes innovacions, com ara la creació de serveis de proximitat a domicili (menjars, bugaderia, neteja, podologia, acompanyament per voluntariat, petites reparacions, etc.). Així mateix, també es té en compte l'adaptació dels habitatges suprimint barreres per fer-los més confortables i l'increment de productes de suport, que tenen com a resultat una reducció en la necessitat d'ajuda i un increment d'autonomia per a les persones.

El Servei d'Ajuda a Domicili pot ser també un complement molt útil per a persones amb determinades discapacitats, gent gran o persones amb malalties mentals que viuen en habitatges tutelats. És una complementarietat fins ara escassament desenvolupada, però que en un futur podria ser un element molt útil en el desenvolupament del Sistema de Serveis Socials en general i, dins d'aquest, del Sistema d'Atenció a la Dependència, en l'atenció a persones amb dependència moderada.

Cada cop hi ha una tendència més clara cap a una atenció de modalitat d'atenció residencial que facilita una atenció de qualitat, centrada en les persones, al contrari del que passava en els dissenys clàssics del model institucional.

Per exemple, els **habitatges tutelats** per a gent gran són un servei d'acolliment alternatiu per a persones grans autònomes, les circumstàncies sociofamiliars de les quals no els permeten romandre a la pròpia llar. Es tracta d'un conjunt d'habitatges amb estances d'ús comú i sense barreres arquitectòniques. Els residents dels habitatges tutelats comparteixen tasques i despeses i, optativament, poden viure amb els cònjuges o parelles i amb les persones que en depenguin.

Alguns ajuntaments, com per exemple l'Ajuntament de Barcelona, disposen d'**habitatges amb serveis** que estan especialment pensats en el seu disseny per a la gent gran. Aquests habitatges amb serveis són promocions de pisos de lloguer de l'Institut Municipal de l'Habitatge i Rehabilitació (IMHAB).

Els objectius generals d'aquests habitatges amb serveis són oferir a les persones grans un habitatge adaptat, segur, confortable i integrat en la comunitat, que compati amb el suport necessari. Disposen de serveis de consergeria, teleassistència, suport a la neteja i suport personal. Estan adreçats a persones de 65 anys o més que no tenen habitatge en propietat i que fan les activitats del dia a dia per si mateixes.

Una altra tendència emergent és la creació de nous recursos com el **cohabitatge** o *cohousing*. Si bé el cohabitatge no té a veure amb l'atenció domiciliària, sí que és un model interessant que convé conèixer per veure les tendències que s'estan esdevenint de forma més desenvolupada en altres països sobre formes de viure en una zona residencial com si visquessis a casa teva.

### Cohabitatge

El **cohabitatge** o *cohousing* es pot definir com una comunitat de persones que té un element en comú: una mateixa forma de viure i convida en una zona residencial i sota una fórmula cooperativa. Per descobrir-ne els orígens, ens hem de remuntar als anys seixanta, concretament a Dinamarca. El terme anglès neix durant l'hivern de 1964, quan l'arquitecte danès Jan Gudmand-Hoyer va reunir un grup d'amics per debatre sobre formes alternatives d'habitatge. Des de llavors, el *cohousing* ha evolucionat tant que en tenim de diferents tipus (urbà, rural, etc.). Avui dia, aquest sistema ha arribat a països com els Estats Units, Canadà, Suècia i fins i tot Espanya.

Al nostre país, fa quinze anys va néixer La Muralleta, una de les primeres cooperatives d'habitatge a Catalunya, situada a Santa Oliva, al Vendrell. A més d'aquesta iniciativa, hi ha altres projectes, com Sostre Cívic, una organització sense afany de lucre que treballa per garantir l'accés a l'habitatge no especulatiu com el cohabitatge. Actualment té 250 socis i 12 grups actius.

Tot i això, a l'Estat espanyol la legislació sobre aquest tema és encara escassa i hi ha algunes dificultats que impedeixen l'explosió d'aquest moviment, com les restriccions creditícies i la crisi de finançament de les administracions públiques.

D'altra banda, centrant-nos en la figura del tècnic hem de tenir en compte que com que l'àmbit domiciliari és un àmbit molt ampli d'intervenció professional que suposa una heterogeneïtat de professionals que incideixen en l'atenció de

Als annexos podeu veure la pàgina web dels recursos socials per a la gent gran de l'Ajuntament de Barcelona, com l'atenció domiciliària, els habitatges tutelats, els habitatges amb serveis, etc.

Als annexos podreu ampliar la informació i veure un vídeo sobre el cohabitatge La Muralleta (Santa Oliva, Tarragona).

Als annexos podeu veure informació sobre la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

persones dependents, es fa necessària la referència del catàleg de serveis socials de promoció per a l'autonomia personal i d'atenció a la dependència. L'article 15 de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència estableix els següents **serveis de l'àmbit domiciliari**:

- Els serveis de prevenció de les situacions de dependència i els de promoció de l'autonomia personal (per exemple, habitatges tutelats).
- Servei de teleassistència.
- Servei d'ajuda a domicili (o servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar): atenció de les necessitats de la llar i atencions personals.

Com a perfils que intervenen dins d'aquests serveis, hi ha els professionals d'atenció directa amb els usuaris, que poden ser, entre d'altres:

- Cuidadors
- Treballadors familiars
- Tècnics en atenció o suport domiciliari
- Auxiliars de tutela
- Assistents personals
- Auxiliars de geriatría
- Operadors de teleassistència

Les funcions d'aquests professionals giren al voltant dels objectius generals que han de complir els serveis d'ajuda a domicili:

- Facilitar l'autonomia dels usuaris.
- Augmentar la seguretat personal.
- Aconseguir canvis conductuals per millorar la qualitat de vida.
- Aconseguir la permanència dins la llar en condicions de dignitat.
- Evitar la institucionalització innecessària.

Igual que l'àmbit residencial, un aspecte important de l'atenció domiciliària és la valoració de les necessitats de l'usuari, perquè els diferents professionals puguin establir una atenció eficaç i alhora una tasca preventiva i rehabilitadora, aconseguint així el confort de la persona usuària.

## 3.2 Model d'atenció a les persones en situació de dependència a l'àmbit domiciliari

El model d'atenció centrada en la persona (ACP) és un nou estil d'atenció a la persona molt estès en els països del nord d'Europa i, des de fa alguns anys, cada vegada més present a Catalunya i altres zones d'Espanya. Aquest model es caracteritza per tenir la dignitat de la persona com a punt de partida.

### 3.2.1 L'atenció centrada en la persona (ACP) i el model de qualitat de vida

És important que no oblidem que la gent gran i les persones amb diversitat funcional mereixen ser tractades amb la mateixa consideració i respecte que qualsevol persona, però, de vegades, per la seva fragilitat o dependència, són vulnerables davant del fet que pugui no respectar-se la seva dignitat.

Aquesta realitat ha portat el **model d'atenció centrada en la persona (ACP)** a basar-se en dos principis fonamentals:

- Autonomia: dret i capacitat de controlar la pròpia vida.
- Independència: desenvolupament en la vida quotidiana.

Prenent aquests dos punts com a referència, el model d'atenció centrada en la persona es caracteritza per diversos elements que el diferencien d'altres estils o models d'atenció a la persona.

En primer lloc, l'ACP centra el seu focus en les capacitats i habilitats de les persones, considera que és millor per a l'usuari ressaltar les seves virtuts i fortaleses, i no centrar-se únicament en els dèficits i necessitats d'aquesta, cosa que sol provocar l'etiquetatge de la persona i no la seva individualització. Alhora que ressaltem els seus punts forts reforcem també la seva autoestima.

El model d'atenció centrada en la persona busca actuar a un nivell molt més macro que altres models, treballant en el pla de vida de cada un dels usuaris. Aquest concepte és especialment rellevant en els Serveis d'Ajuda a Domicili (SAD) o Atenció Domiciliària.

Finalment, aquest model promou la interacció de la persona amb la seva comunitat i el seu entorn habitual; s'espera que la persona pugui mantenir la rutina que mantenia abans que requerís els serveis d'una atenció a domicili. Els serveis poden adaptar-se i respondre a les persones. Els recursos es poden distribuir per servir els interessos de la gent, s'evita posar obstacles a les seves activitats, promovent la independència i autonomia. Gràcies a això, els usuaris no necessiten ajustar-se a plans preestablerts d'activitats iguals per a tothom.

El desplegament de la Llei 12/2007 de Serveis Socials va suposar per als ajuntaments revisar i actualitzar de nou el funcionament del SAD (Servei d'Atenció Domiciliària), per tal d'adaptar-se al nou marc normatiu des d'un enfocament d'atenció centrat en l'atenció a la persona usuària i també a la millora contínua per implementar criteris de qualitat en els seus serveis.

L'atenció centrada en la persona dins dels domicilis ha de basar-se, entre d'altres, en els aspectes següents:

1. Atenció personalitzada i individualitzada segons les necessitats i valors de les persones ateses.
2. Accés sense restricció a la informació necessària i possibilitat de participació en totes les accions que afectin les persones ateses per part d'aquestes.
3. Seguretat, transparència i anticipar-se a les necessitats.
4. Confidencialitat, dignitat i respecte.

Igual com partim del model d'atenció centrat en la persona, no podem deixar de banda altres models com el **model de qualitat de vida** pensats per a persones amb discapacitat. Segons aquest model:

"[La qualitat de vida és el] conjunt de valors positius i aspiracions humanes universals: la consecució de la felicitat, el benestar o unes condicions de vida òptimes. Des d'aquesta perspectiva inicial de tipus filosòfic i ètic, el concepte de qualitat de vida ha evolucionat en els últims anys fins a convertir-se en un constructe social, una àrea d'investigació aplicada i un principi bàsic de la prestació de serveis."

Miguel Ángel Verdugo et al. (2013). *Informe sobre els perfils de servei basats en el model de qualitat de vida per als serveis socials especialitzats de Catalunya* (pàg. 19).

Aquest model inclou vuit dimensions: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets de les persones.

L'**escala Gencat** es va elaborar per mesurar aquestes vuit dimensions i és un instrument que permet l'avaluació objectiva de resultats personals relacionats amb la qualitat de vida dels usuaris de serveis socials (a partir de setze o divuit anys si la persona no es troba en el sistema escolar). Es tracta d'un qüestionari format per 69 ítems, organitzats entorn de les vuit dimensions de qualitat de vida, que recullen qüestions observables relacionades amb la qualitat de vida de la persona avaluada. Té un format de resposta amb quatre opcions: "mai o gairebé mai", "de vegades", "freqüentment", "sempre o gairebé sempre". És individual i triga entre 10 i 15 minuts a respondre's.

Els ítems són els següents:

- **Benestar emocional (BE):** fa referència a sentir-se tranquil, segur, sense aclaparaments, no estar nerviós. S'avalua mitjançant els indicadors: satisfacció, autoconcepte i absència d'estrès o sentiments negatius.

Als annexos podeu trobar informació sobre l'escala Gencat.



- **Relacions interpersonals (RI):** relacionar-se amb diferents persones, tenir amics i portar-se bé amb la gent (companys, veïns...). Es mesura amb els indicadors següents: relacions socials, tenir amics clarament identificats, relacions familiars, contactes socials positius i gratificants, relacions de parella i sexualitat
- **Benestar material (BM):** tenir prou diners per comprar el que es necessita i es desitja, tenir un habitatge i un lloc de treball adequats. Els indicadors avaluats són: habitatge, lloc de treball, salari (pensió i ingressos), possessions (béns materials) i estalvis o possibilitat d'accedir a capricis.
- **Desenvolupament personal (DP):** es refereix a la possibilitat d'aprendre diferents coses, tenir coneixements i realitzar-se personalment. Es mesura amb els indicadors: limitacions/capacitats, accés a noves tecnologies, oportunitats d'aprenentatge, habilitats relacionades amb el treball i habilitats funcionals (competència personal, conducta adaptativa i comunicació)
- **Benestar Físic (BF):** tenir bona salut, sentir-se en bona forma física, tenir hàbits d'alimentació saludables. Els indicadors són: atenció sanitària, hores de son i les seves alteracions, activitats de la vida diària, accés a ajuts tècnics i alimentació.
- **Autodeterminació (AU):** decidir per si mateix i tenir oportunitat d'escollir les coses que vol, com vol que sigui la seva vida, el seu treball, el seu temps lliure, el lloc on viu i les persones amb les quals està. Els indicadors són: metes i preferències personals, decisions, autonomia i eleccions.
- **Inclusió social (IS):** anar a llocs de la ciutat o del barri on van altres persones i participar de les activitats com un més. Sentir-se membre de la societat, sentir-se integrat, comptar amb el suport d'altres persones. Avaluat pels indicadors: integració, participació, accessibilitat i suport.
- **Drets (D):** ser considerat igual que la resta de la gent, rebre el mateix tracte, que respectin la seva manera de ser, opinions, desitjos, intimitats, drets. Els indicadors per avaluar aquesta dimensió són: intimitat, respecte, coneixement i exercici dels drets.

### 3.2.2 Normes i criteris ètics dels tècnics d'atenció a la dependència dins del domicili

El **codi ètic** és un instrument que permet compartir un sistema de treball i de vida quotidiana des d'una perspectiva dels valors ètics d'una institució; ajuda a identificar les situacions de risc i a promoure formes d'actuar fonamentades en els principis ètics de l'entitat.

El bon tracte es fonamenta en la visió ètica de la persona en la relació quotidiana. El plantejament ètic és un aspecte central per al desenvolupament d'estratègies de tracte adequat.

Els **comitès d'ètica assistencial** (CEA) són equips interdisciplinaris de persones que, dins d'una institució, reben oficialment l'encàrrec d'aconsellar els professionals i directius en les seves decisions sobre les qüestions ètiques plantejades en la pràctica. Se centren en l'ètica assistencial i en la definició de bones pràctiques.

#### Bioètica i discapacitat

Al llibre *El modelo de la diversidad: La bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional* (2006), Javier Romañach defineix els perfils de la bioètica des de la visió d'una persona amb discapacitat.

L'ètica passa per procedir al reconeixement exprés dels drets de les persones amb discapacitat i per normalitzar i desenvolupar processos d'integració en el sistema organitzatiu del propi lloc de vida. Per donar forma a aquest reconeixement, hem de fer l'esforç d'elaborar una declaració de principis (codi ètic) que marqui les pautes d'atenció. Per fer-ho, és necessari que es defineixin pautes perquè es portin a la pràctica i siguin conegudes tant per part dels usuaris i dels familiars, com dels professionals.

Algunes de les actituds i **critèris ètics dels professionals** de l'atenció a domicili són:

- Educació i respecte envers els usuaris.
- No abusar de la confiança dels usuaris.
- Respectar la integritat familiar.
- No fer mai ús dels béns dels usuaris per a fins personals.
- No demanar diners als usuaris ni acceptar els seus regals.
- No comentar els nostres problemes personals a la feina ni amb l'usuari.
- Mantenir el secret professional; no comentar a casa d'un usuari les deficiències, problemes, etc., d'altres usuaris.
- Ser cordials i atents amb els usuaris.
- Transmetre seguretat i tranquil·litat.
- S'ha de ser respectuós amb els objectes del domicili de l'usuari, no canviar de lloc els objectes sense haver consultat l'usuari.
- Predisposició per fer les coses bé i en el seu moment.
- Actitud d'imparcialitat, no mostrant simpatia o interès especial envers cap dels membres de la unitat familiar.
- Evitar fer judicis particulars o opinions personals sobre el que està comentant amb l'usuari.
- Empatia amb els usuaris, que permeti veure i escoltar les coses importants.

Necessàriament el Servei d'Ajuda a Domicili “envaeix” aquest espai d'intimitat de la persona, i fa, a més, tasques que tenen a veure amb aspectes molt personals de la vida i la convivència. D'aquí l'especial sensibilitat amb la qual estem obligats

a abordar tot el que està relacionat amb el respecte i la protecció dels drets dels usuaris d'aquest servei.

Respecte a les **normes i organització del servei**, s'estableixen els següents criteris:

- Queda prohibida la custòdia de claus de cap domicili (a excepció de les que indiqui el/la treballador/a social).
- No s'ha de portar cap familiar ni cap altra persona aliena al servei, al domicili de l'usuari.
- S'ha de tenir especial cura de la higiene personal. Rentar-se les mans abans i després de cada servei.
- S'han d'utilitzar guants esterilitzats en totes les actuacions prestades de caràcter personal.
- No s'ha de fumar a casa dels usuaris.
- S'ha de respectar l'horari assignat. Cal ser puntuals.
- S'ha d'avisar amb prou temps la falta a la feina i justificar-ho posteriorment.
- Si l'usuari no és a casa a l'hora adjudicada, cal respectar un marge d'espera i deixar-li una nota escrita.
- No s'ha de donar el número de telèfon particular a l'usuari.
- Si l'usuari ha de sortir de casa seva per anar al metge, al banc, etc., no s'ha de deixar mai fora del seu entorn, encara que s'hagi sobrepassat el temps adjudicat.
- Ningú es pot quedar al domicili de l'usuari quan aquest no hi sigui.
- No s'ha de menjar al domicili de l'usuari.
- No s'ha d'utilitzar el telèfon de l'usuari, ni cap altre bé personal. Cal educar hàbits correctes i normalitzats en l'usuari que s'atén. El professional ha de ser el reflex del que s'està educant i del que es pretén aconseguir.
- El professional haurà de recordar aspectes importants en la vida diària de l'usuari mitjançant l'ús d'ajudes gràfiques.
- S'han d'evitar despeses que siguin innecessàries, com ara deixar els llums encesos, aixetes...
- És important que en tot moment es digui què s'ha de fer i què no està inclòs dins de la nostra intervenció professional.
- No es poden atendre privadament els casos atesos a través de l'atenció domiciliària.

En el cas de la figura de l'assistent personal que pot intervenir en l'àmbit domiciliari, les normes s'establiran directament entre el professional i el mateix usuari.

### 3.3 La planificació a l'àmbit domiciliari

El servei d'ajuda a domicili, com tota gestió o servei que es desitgi dur a terme d'una manera eficient, s'ha de planificar i dissenyar. Per fer-ho, cal un pla de treball que orienti la intervenció.

#### 3.3.1 El pla d'atenció social individual

El **pla d'atenció social individual** (PASI), també anomenat d'altres formes, ha de ser el resultat final de tot un procés de treball d'anàlisi i diagnòsi dut a terme pels professionals, principalment pel treballador/a social, basat en historiar, diagnosticar, avaluar, objectivar i plantejar (si escau) un pla d'atenció social individual amb propostes d'intervenció a escala individual i/o de grup i familiar.

Per tant, aquest pla recull finalment la petició de prestació que formulen els professionals, que es fonamenta en les observacions, en l'anàlisi i el diagnòstic realitzat prèviament; així doncs, recull i sintetitza els principals aspectes del diagnòstic, de manera que quedi justificada la demanda de prestació d'atenció domiciliària.

Per realitzar el PASI també és imprescindible realitzar prèviament i com a mínim una visita domiciliària per valorar les condicions de l'entorn, de la persona i/o família. És absolutament necessari supervisar el domicili i identificar i detectar necessitats (observar si hi ha barreres, si l'espai és idoni i si permet desenvolupar el servei correctament, així com si es donen les condicions mínimes higièniques sanitàries, etc.) perquè, si finalment s'acabés adjudicant un servei d'ajuda a domicili, aquest s'haurà de desenvolupar al domicili, que hauria de reunir les condicions adequades.

Dintre del pla d'atenció social individual s'han de definir per escrit els objectius i el tipus d'intervenció amb l'usuari, tenint en compte les seves capacitats i competències, així com els deures i responsabilitats de les parts implicades. Així mateix, totes les actuacions portades a terme, el seu seguiment i la revisió de les situacions de les persones beneficiàries, també hauran de quedar degudament documentades (full de seguiment, full d'incidències, full de renovació, enquestes personalitzades i altres dades de control i estadístiques sobre l'execució del cas), sempre garantint el dret a la confidencialitat de les dades personals i el dret a la privacitat.

El pla s'ha de revisar cada any de forma periòdica, i sempre que es produeixin canvis en la situació personal, familiar i/o social.

### 3.3.2 Pla individual de vida independent (PIVI)

El **pla individual de vida independent** (PIVI) és el document que utilitzen les persones amb diversitat funcional que volen rebre atenció per part d'un assistent personal. En aquest document es planifiquen les atencions que volen rebre.

Un **assistent personal** és una persona que ofereix suport a una altra persona per dur a terme les tasques de la vida diària que no pot executar per si mateixa. Aquesta figura ha de fomentar la seva vida independent, promovent i potenciant la seva autonomia personal.

#### Elements constitutius del PIVI

L'estructura del PIVI és semblant a la del pla individualitzat d'atenció integral (PIAI) que es fa servir als centres residencials. Les informacions més importants que recull són:

- Dades personals: nom, DNI, adreça, telèfon de contacte, adreça electrònica.
- Informe mèdic.
- Genograma.
- Estructures de suport.
- Objectius i seguiment.
- Serveis i prestacions.
- Dades del domicili: la descripció de l'habitatge, l'accés i les possibles barreres arquitectòniques, amb qui viu i altres dades d'interès.
- Definició de les activitats, entre les quals cal diferenciar entre les que es fan a l'actualitat (estudis, treball, esports, participacions socials...) i les que es pretenen fer en un futur més o menys immediat amb el suport de l'assistent personal.
- Definició i detall de les necessitats d'assistència personal: suport en les activitats de la vida diària, en acompanyaments, a la llar, etc.
- Recursos humans, tècnics i econòmics de suport per portar a terme la intervenció.
- Delimitació temporal, on caldrà definir els horaris diaris i els horaris festius.

### 3.4 Professionals que intervenen a l'àmbit domiciliari

Tradicionalment, la situació de dependència ha estat assumida pels familiars, majoritàriament per dones. Però, amb la incorporació de les dones al mercat

laboral i les transformacions en els models de família, hi ha hagut una important modificació en la normativa i, actualment, els professionals encarregats d'aquest servei han d'estar formats per poder desenvolupar la seva tasca.

### 3.4.1 Treballadors familiars

L'any 1980 es crea a Catalunya el Servei d'Atenció a Domicili (SAD), i amb aquest sorgeix una nova figura professional, la del treballador o treballadora familiar, per atendre una problemàtica concreta d'atenció a la tercera edat.

La intervenció dels treballadors familiars s'ha anat incrementant amb el transcurs del temps, i s'ha anat dirigint a sectors de població més amplis, i en l'actualitat fan funcions de caràcter preventiu, educatiu, assistencial i sociabilitzador, i exerceixen un paper de mediador social.

Aquesta professió parteix del dret al benestar social.

El **treballador familiar** és un/a professional del camp social que forma part d'un equip interdisciplinari. Es caracteritza per la seva intervenció directa, tant institucional com al domicili de l'usuari, tenint en compte el marc familiar i el seu entorn, com per la seva intervenció grupal amb diferents col·lectius.

En cap cas els treballadors familiars substitueixen rols establerts (pare, mare, fills, família). Aquesta actitud crearia dependència per part dels usuaris i cronificació en els casos. Els treballadors familiars, com a professionals, acompanyen en els processos i orienten afavorint la participació i la independència de l'usuari.

Els treballadors familiars són una figura professional que, com a part de l'equip d'atenció primària, intervé directament en el domicili de l'usuari i el seu entorn més immediat, seguint les directrius del treballador/a social i havent marcat conjuntament uns objectius amb la finalitat d'aconseguir la màxima autonomia personal de l'usuari.

La capacitació professional dels treballadors familiars implica el coneixement de tècniques i estratègies d'intervenció social en els diferents àmbits.

### 3.4.2 L'assistent personal

L'assistència personal és un dret humà de les persones amb discapacitat, tal com es recull en la Convenció de l'ONU sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, de 2006 (CDPD).

A l'article 19 es fa menció específica de la vida independent, que reconeix el dret a viure de forma independent i a ser inclòs en la comunitat.

Als annexos teniu l'enllaç a la Convenció de l'ONU sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat.

En relació amb el tema que ens ocupa, l'article estableix, entre altres coses:

- Que les persones amb diversitat funcional poden triar el seu lloc de residència i no estaran obligades a viure d'acord amb un sistema de vida específic.
- Que les persones amb diversitat funcional han de tenir accés a l'assistència personal que sigui necessària per facilitar la seva existència i la seva inclusió en la comunitat, i evitar l'aïllament o separació d'aquesta.

Del emanat d'aquest articulat es desprèn que treballar per desenvolupar polítiques socials basades en la filosofia de vida independent és, sens dubte, treballar i preservar els drets humans per a la població de persones amb discapacitat.

A Espanya, tot i que la figura professional de l'assistència personal porta diversos anys en els principals debats socials i està reconeguda com una prestació econòmica dins el Catàleg de Prestacions de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), encara té un llarg camí per recórrer. Aquesta llei reconeix el dret d'aquestes persones a poder portar una vida independent de forma autònoma i activa, permetent que resideixin i exerceixin la seva vida quotidiana en el seu entorn físic i social habitual.

La figura de l'**assistent personal** correspon a una persona que de manera professional i remunerada fa, o ajuda a fer a una altra persona, les activitats que aquesta vol fer i que no pot fer per si mateixa en funció de la seva diversitat funcional, per tal que pugui dur a terme el seu projecte vital.

Un assistent personal possibilita a les persones amb discapacitat i necessitat d'una tercera persona la realització d'activitats que farien en absència de les limitacions funcionals, donant-los el màxim d'autonomia i independència. Cal remarcar que l'assistent personal no treballa únicament a l'àmbit domiciliari. L'hem englobat en aquesta categoria per presentar aquest perfil i diferenciar-lo en la seva intervenció del treballador familiar, però és una figura que està present en tots els àmbits de la persona.

L'ordre que regula l'assistència personal a Catalunya recull que només tenen dret a un complement autonòmic les persones que tinguin reconegut un grau II o III de dependència i una discapacitat per causa física o sordceguesa. El servei municipal d'assistència personal de l'Ajuntament de Barcelona complementa l'assistència personal més enllà del que marquen l'Ordre d'assistència personal a Catalunya i la LAPAD a nivell estatal, i incorpora al seu reglament persones valorades en grau de dependència I, II o III.

### **Les tasques de l'assistent personal**

Els assistents personals no prenen les decisions, sinó que és la persona usuària que rep l'assistència qui les pren. L'assistent personal pot fer qualsevol tasca, depenent del projecte vital que presenti la persona a qui presta el seu servei.

Als annexos podeu veure informació sobre l'Ordre ASC/471/2010, de 28 de setembre, per la qual es regulen les prestacions i els professionals de l'assistència personal a Catalunya, així com la nota de premsa respecte a la nova ordre sobre la figura de l'assistent personal.

El professional de l'assistència personal fa possible que la persona amb discapacitat i/o en situació de dependència sigui lliure.

La Llei 12/2007, de serveis socials, preveu a la disposició addicional primera, punt 5, la regulació del reglament de la figura de l'assistent personal però no concreta els elements essencials de la prestació. El Departament d'Acció Social i Ciutadania va decidir regular normativament la prestació econòmica de l'assistent personal en l'Ordre ASC/471/2010, de 28 de setembre, però es preveu una nova ordre que reguli de manera diferent aquesta figura.

El desplegament de l'assistent personal es farà de forma progressiva, començant el 2020 amb les persones amb discapacitat física i sordceguesa d'entre 6 i 64 anys que hagin estat valorades amb un grau III de dependència. L'any següent s'ampliarà a aquelles persones que hagin estat valorades amb un grau II.

En paral·lel, s'iniciarà un pla pilot d'assistència personal per a persones amb discapacitat intel·lectual. Es dissenyarà amb l'entitat DINCAT, tindrà una durada de dos anys i es durà a terme en diversos indrets del territori, tant en entorns rurals com urbans. L'assistència personal s'ha de diferenciar tant de les cures familiars com de l'assistència domiciliària o institucional. Alhora, convé aclarir que actualment ja no és una reivindicació, sinó un dret recollit en l'ordenament jurídic. Per tant, lògicament, per exercir aquest dret, hem de parlar del finançament necessari per a això.

La persona assistent personal ha de tenir una sèrie de característiques, de les quals les principals són la capacitat per entendre quin és el seu paper, entendre que és una relació laboral i que, si bé pressuposa una confiança mútua, no és una relació d'amistat sinó laboral. Per això es requereix discreció, respecte, correcció, capacitat per transmetre seguretat i, no menys important, la capacitat per no substituir l'altra persona i prendre decisions en nom seu, sense perdre, però, la implicació personal.

Cal destacar que l'assistència personal és molt heterogènia, ja que el perfil de persones que atén i les necessitats que presenten també és divers. És per això que el criteri d'idoneïtat a l'hora de contractar el fixarà la persona usuària, que escollirà el professional amb les capacitats, els coneixements o la titulació específics que més convingui d'acord amb el seu projecte de vida. Per aquest motiu, les tasques vindran definides pel projecte de vida que tingui la persona i hauran de garantir l'autonomia, l'autodeterminació i el dret a la vida independent.

Les tasques de l'assistent personal engloben les següents i sempre estaran supeditades a les demandes i els acords entre la persona i l'assistent personal:

- **Tasques personals:** les que estan relacionades directament amb la persona, com ara la higiene (rentar-se, dutxar-se, maquillar-se, afaitar-se, depilar-se, aplicar-se cosmètics, etc.), vestir-se, aixecar-se del llit, ajuda per a les necessitats fisiològiques, ajuda per menjar, beure, desvestir-se i anar a dormir, preparació i presa de medicaments. Atendre el telèfon, prendre notes, passar pàgines, etc. Aquestes es poden resumir en activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

#### Garant o grup de suport

En cas que la persona necessiti suport en la presa de decisions, aquesta tasca no és pròpia de l'assistent personal, sinó de la figura del garant o grup de suport. Són persones properes a la persona amb discapacitat intel·lectual, com familiars o professionals, entre d'altres.



- **Tasques de la llar:** les que es realitzen dins de l'habitatge, des de la neteja del propi habitatge, passant per fer els llits, ordenar la roba, utilitzar els electrodomèstics, fins a fer el menjar o atendre animals o plantes.
- **Tasques d'acompanyament:** es tracta d'acompanyar la persona amb diversitat funcional (independentment de la seva edat) a casa, a la feina, al carrer (ja sigui per gestionar papers, anar al banc o a la compra), en els viatges i en les activitats d'oci, així com en el temps de vacances.
- **Tasques de conducció:** quan a més d'acompanyar, l'assistent ha de conduir un cotxe, ja sigui per portar o recollir la persona amb diversitat funcional, acompanyar-la a recollir terceres persones, etc.
- **Tasques de comunicació:** es refereix tant a la interpretació en llengua de signes per a persones amb diversitat funcional auditiva, com a la interpretació dels diferents sistemes alternatius i/o augmentatius de comunicació que de vegades utilitzen persones amb limitacions en la parla (per exemple, el Bliss o altres llenguatges simbòlics, en el cas d'algunes persones amb paràlisi cerebral).
- **Tasques excepcionals:** seran aquelles que resultin d'una situació imprevista o, directament, per una crisi de la persona assistida (que pot ser de caràcter físic i/o psíquic). Així, s'ha d'actuar sempre atenint-se a un acord o protocol prèviament establert per a aquests casos per la mateixa persona assistida.
- **Tasques especials:** les referides a activitats relacionades amb les relacions sexuals (entenen per aquestes les que impliquen l'acompanyament o ajuda en la preparació). En alguns països (Alemanya, Dinamarca) existeix la figura del l'assistent sexual.

## La contractació de l'assistent personal

La contractació d'un assistent personal es pot fer a través d'autònoms (l'assistent personal pot fer-se autònom i oferir els seus serveis de forma particular) i també a través d'una entitat homologada per fer assistència personal. Actualment estan homologades les entitats que han estat pioneres en la gestió de l'assistent personal a Catalunya, com són la Fundació Pere Mitjans, ASPID Lleida, Aspaym Catalunya, ECOM i OVI Barcelona, totes elles entitats d'iniciativa social. També n'hi ha d'altres de caire mercantil.

Així, per a la contractació d'un assistent personal es pot recórrer a diferents mitjans i institucions:

- A través de la publicació d'ofertes privades.
- A través d'institucions d'iniciativa social que ofereixen aquest servei, com són la Fundació Pere Mitjans, ECOM, etc., on es pot donar el perfil de la persona que estem buscant, i que ajuden en la selecció de l'assistent personal.

Vegeu, en la unitat "Context d'intervenció", l'apartat "Programes, serveis i recursos d'atenció a persones en situació de dependència", que tracta el concepte de vida independent i explica què són les oficines de vida independent.

- Les oficines de vida independent que existeixen a les diferents comunitats autònomes també disposen de borses d'ocupació per a assistents personals.
- Cada vegada estan proliferant més empreses de serveis per a persones amb necessitats de suport, a les quals podem també demanar un assistent. Allà, donant les nostres característiques fan una selecció prèvia, envien al candidat i la relació és directa amb l'empresa, sigui com sigui, l'empresa formarà part de la idiosincrasia de l'assistència personal.

Els objectius específics que pot desenvolupar un servei d'assistents personals, ja sigui públic, d'iniciativa social o privat són els següents:

1. Facilitar l'autonomia personal, l'exercici de l'autodeterminació i la presa de decisions de les persones usuàries.
2. Prevenir i/o compensar la pèrdua d'autonomia personal donant suport per realitzar les activitats de la vida diària (AVD) i/o mantenir l'entorn domèstic en condicions adequades d'habitabilitat.
3. Donar suport en activitats de caràcter laboral, formatiu, de relació social, cultural i de participació en la vida associativa.
4. Possibilitar que les persones i famílies puguin romandre en el seu domicili i en el seu entorn habitual evitant així l'ingrés en institucions residencials.
5. Reduir la càrrega que es produeix en l'entorn familiar per l'atenció de la persona amb discapacitat.

Als annexos hi ha referenciada la pàgina de l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat, on trobareu informació sobre els seus programes de vida independent, el servei d'assistència personal i els habitatges de vida independent.

En el cas de l'**Institut Municipal de Persones amb Discapacitat (IMPD)** de l'Ajuntament de Barcelona, el procés habitual d'accés al servei és, en primera instància, la petició formal de la persona usuària (ja sigui individualment o a través d'alguna entitat o associació), mitjançant la presentació d'una **fitxa de derivació** que recull les dades principals de la persona que demanda el servei (nom, data de naixement, DNI, grau de discapacitat, valoració de dependència i dades de contacte). Seguidament, l'Ajuntament rep la fitxa i comprova que aquesta persona compleix els requisits necessaris d'admissió al servei. Si és apta per rebre el servei, es concertarà una entrevista amb ella. A continuació la persona usuària i l'IMPD concreten les hores de servei que calen, així com les activitats més importants que durà a terme l'assistent personal, en un document formal anomenat **pla d'activitats**.

En general, les formes en què una persona pot triar el seu assistent personal són diverses. Podrà proposar la contractació de l'assistent personal, si ja en té un, o, en cas que no en tingui, les empreses o entitats podran proposar-li assistents personals de les seves borses de treball. En aquest cas, persona usuària i assistent personal realitzaran entrevistes de selecció (es fa una mitjana de tres entrevistes) per tal que la persona beneficiària decideixi si es fa la contractació o bé si cal buscar més candidats. Un cop la persona usuària ha triat l'assistent personal se signen els documents de contractació i s'inicia la prestació del servei.

Atès que una persona pot necessitar més d'un assistent personal i, al seu torn, un assistent personal pot assistir a diverses persones fins a completar la seva jornada laboral completa, resultaria beneficiós per a tothom introduir elements de suport a la coordinació i gestió de l'assistència personal, de manera que grups més amplis de persones rebessin assistència personal amb una millor gestió, suport en el que sigui necessari, millors garanties de servei, més eficiència en l'ús dels recursos i millors condicions laborals per a l'assistent personal. Tot i això, a hores d'ara, que l'assistent personal pugui cobrir diferents serveis pot ser una possibilitat únicament si es dona la situació que es pot combinar, però no és una opció real sempre.

Una de les maneres d'agrupar i coordinar els serveis d'assistència personal que més s'ha desenvolupat en altres països és la implantació d'**oficines de vida independent** (OVI), conegudes en anglès com *centres for independent living* (CILs). El principal avantatge d'aquest tipus d'organitzacions és que neixen i es gestionen des del col·lectiu de persones amb diversitat funcional, moltes de les quals necessiten assistència personal de manera permanent, amb la qual cosa es parteix d'un profund coneixement de la realitat diària del fet de la diversitat funcional, amb aquesta necessitat de suport.

Per assegurar la disponibilitat permanent i fluida d'assistents personals, una OVI:

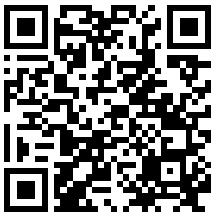
1. Ha de disposar de borsa d'ocupació informatitzada d'assistents personals, per facilitar de forma dinàmica la prestació dels serveis.
2. Ha de mantenir contactes amb totes les borses d'ocupació dels centres d'intermediació laboral on puguin publicar-se les ofertes en cada moment.
3. Ha d'inserir anuncis en premsa.
4. S'ha de fer un important esforç quadrant horaris, zones, tipus d'atenció, etc., investigant amb deteniment les característiques per aconseguir el millor assistent personal per a cada usuari i les millors condicions laborals per als treballadors.
5. S'ha d'incloure com a factor positiu la contractació de menys afavorits, (primera ocupació, persones en atur de llarga durada, immigrants, dones, etc.) sempre que reuneixin els requisits necessaris.
6. Ha de col·laborar a delimitar les funcions i responsabilitats dels assistents personals davant els usuaris, de manera que no es donin situacions equívocues que deteriorin la relació entre tots dos.

L'OVI ha de procurar assegurar les següents condicions per a l'assistent personal:

- Mantenir-lo informat sobre l'assistència personal globalment i dels casos individuals en què col·labora o col·laborarà.
- Proporcionar-li una formació adequada.
- Augmentar la seva autoestima, valorant la seva tasca.

- Afavorir el seu sentiment de pertinença a l'equip de l'OVI.
- Crear un clima positiu i afavorir la interacció entre els membres del grup.
- Evitar que corri riscos innecessaris.

Per conèixer de més a prop la figura de l'assistent personal, es pot veure el vídeo documental de la campanya de vida independent "Fes el pas", que la Federació ECOM impulsa amb el suport de l'Ajuntament de Barcelona. El vídeo reflexiona sobre la necessitat vital de les persones, en aquest cas persones amb discapacitat física, de poder tenir una vida independent i autònoma i un projecte de vida propi. El vídeo està protagonitzat per persones que ja tenen una vida independent, i vol promoure que altres persones es decideixin a prendre les regnes de les seves vides i desenvolupar un projecte de vida propi.



[https://www.youtube.com/embed/NI83-el\\_PO0?controls=1](https://www.youtube.com/embed/NI83-el_PO0?controls=1)

### 3.4.3 L'assistent sexual

La sexualitat és un constituti fonamental de la persona. De totes les persones. Les persones amb diversitat funcional, o algun tipus de discapacitat, també tenen aquest dret. Moltes d'elles no poden desenvolupar ni exercir lliurement la seva pròpia sexualitat per múltiples factors. Moltes d'aquestes barreres corresponen a **tabús socials i familiars**, i d'altres són resultat de la falta d'accessibilitat i suports adequats. La figura del professional de l'assistència sexual s'està imposant com una resposta a aquesta realitat.

L'**assistència sexual** és un tipus de treball sexual que consisteix a donar suport per poder accedir sexualment al propi cos o al d'una parella. La persona assistent no és algú amb qui tenir sexe, sinó algú que et dona suport per tenir sexe amb tu mateix o amb altres persones.

La persona assistida decideix en què i com rep suport, aquesta és la seva forma d'autonomia per explorar el seu cos o per masturbar-se. Igual que la cadira de rodes no passeja la persona amb diversitat funcional (la persona passeja a la seva manera, amb les rodes de la cadira i amb les seves pròpies decisions), l'assistent no masturba la persona (la persona es masturba a la seva manera, amb les mans de l'assistent i amb les seves pròpies decisions).

L'assistent sexual, doncs, ajuda en aquelles activitats que la persona assistida no pot fer per si mateixa: explorar el seu cos, masturbar-se, aconseguir posicions i/o moviments en pràctiques sexuals amb una altra persona. La persona assistida no

accedeix sexualment al cos de la persona assistent: no hi ha petons, abraçades, coït, carícies, sexe oral, etc. La persona assistent no té entre les seves tasques excitar la persona assistida, ni excitar-se ella, ni sentir plaer, ni educar ni intervenir terapèuticament: la seva intervenció és purament instrumental.

Qualsevol persona que reuneixi els requisits legals per treballar pot ser assistent sexual. Pot estar donada d'alta com a autònoma o estar contractada per una empresa o entitat. És important que sigui una feina, i no un voluntariat, perquè cal garantir un dret. Com més formació millor, però sempre com a dret, mai com a requisit previ obligatori. La llibertat d'elecció dona millors possibilitats de qualitat en el suport que qualsevol títol acadèmic. La persona assistida sap el que és necessari, i el que no sàpiga ho ha d'aprendre com les altres persones: vivint.

A continuació podeu veure un vídeo d'Antonio Centeno sobre la necessitat de sexualitzar la diversitat funcional.



<https://www.youtube.com/embed/xF02DV3hUKY?controls=1>



### 3.4.4 Auxiliari de tutela

L'**auxiliar de tutela** apareix amb el Decret de regulació del sistema de serveis socials de l'any 1996, que ja parla sobre els serveis de tutela. Malgrat tot, fins l'any 2010 no s'incorporen a la Cartera de Serveis Socials els tres serveis de tutela: servei de tutela de gent gran, servei de tutela de persones amb discapacitat intel·lectual i servei de tutela de persones amb malaltia mental. Els objectius dels professionals de l'àrea social del servei de tutela són els següents:

1. Promoure l'autonomia personal de la persona tutelada i la seva màxima capacitat i apoderament per assolir aquesta autonomia.
2. Promoure el desenvolupament integral de la persona tutelada i la recuperació de la seva capacitat.
3. Promoure la seva integració, incorporació i participació plena en tots els àmbits de la vida social.

Les funcions que ha de desenvolupar l'auxiliar de tutela són, entre d'altres:

- Fer les visites periòdiques a la persona tutelada, tant en situació estable com en cas de crisi.

- Detectar necessitats en tots els àmbits de la seva vida, ja siguin mancances personals com del seu entorn (inventari de roba, supervisió dels habitatges...).
- Fer el seguiment i la detecció, en els casos que sigui necessari, de l'administració correcta de la medicació.
- Donar suport emocional i orientació a la persona tutelada per procurar els suports humans, personals, afectius i relacionals que necessita.
- Acompanyar la persona als serveis mèdics, serveis judicials, etc.
- Trametre documentació, sol·licituds, proves mèdiques, etc.
- Promoure la dinamització, la coordinació, el contacte i la gestió dels diversos suports naturals, de l'entorn comunitari i dels serveis especialitzats en els diversos àmbits (salut, serveis socials, etc.).
- Participar en les reunions periòdiques de l'equip professional

### 3.4.5 Tècnic o operador en teleassistència

El **tècnic en teleassistència** és aquell professional que s'encarrega del servei de teleassistència i que centra el seu treball en l'atenció telefònica de persones en situació de dependència, mitjançant un equipament de comunicacions i informàtic que dona cobertura permanent durant 24 hores.

Les funcions que té són:

- Atenció immediata de les situacions d'emergència sanitàries, de robatoris, o incendis
- Atenció telefònica general
- Seguiment telefònic periòdic per a supervisió
- Informació i orientació als usuaris sobre recursos socials
- Gestió d'alarmes i de teleassistència mòbil

El servei de teleassistència està format per:

1. Director territorial de teleassistència: persona responsable de la coordinació entre l'empresa, la persona usuària i el personal al seu càrrec.
2. Coordinador de teleassistència: persona que s'ocupa de la coordinació i control del servei.
3. Teleoperador de teleassistència: persona que gestiona les trucades del centre d'atenció, fa la gestió administrativa i el manteniment.

A la taula 3.2 es pot observar la diferència entre l'assistent personal i els altres perfils professionals:

**TAULA 3.2.** Diferències entre l'assistent personal i altres professionals

	<b>Assistent personal</b>	<b>Treballador/a familiar o Auxiliar de tutela o Tècnic en teleassistència</b>
<b>Relació contractual</b>	Hi ha una contractació directa entre l'assistent i l'usuari. L'usuari és qui tria qui treballarà amb ell	La contractació es fa a través d'una empresa o servei extern. L'usuari no tria el professional
<b>Tasques i atenció a les necessitats</b>	La persona tria quines necessitats i tasques vol cobrir i de quina manera	Els professionals conjuntament amb la persona elaboren un pla de treball a partir d'uns ítems
<b>Atenció i intervenció</b>	L'atenció i intervenció la decideix la persona usuària i l'assistent personal actua malgrat que no estigui d'acord amb la intervenció	La intervenció és professional i s'actua a partir d'uns criteris de salut, hàbits, etc.

### 3.5 L'execució de la intervenció en l'àmbit domiciliari

L'execució de la intervenció en l'àmbit domiciliari es porta a terme a través de diferents fases per garantir que el procés es desenvolupa adequadament.

#### 3.5.1 Procés d'acollida de la demanda

Per sol·licitar el SAD, la persona demandant cal que s'adrexi als Serveis Socials d'Atenció Primària de la zona on estigui empadronada, que amb un estudi previ establiran, conjuntament amb l'usuari, el pla de treball del professional i el copagament del servei.

Són titulars dels drets que estableix aquesta Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, els espanyols que compleixin els requisits següents:

1. Trobar-se en situació de dependència en algun dels graus establerts.
2. Residir en territori espanyol i haver-ho fet durant cinc anys, dels quals dos hauran de ser immediatament anteriors a la data de presentació de la sol·licitud. Per als menors de cinc anys el període de residència s'exigirà a qui n'exerceixi la guarda i custòdia.

Els serveis que acullen la demanda es presten mitjançant equips interdisciplinaris, anomenats EBASP (equips bàsics d'atenció social i primària), formats, com a mínim, per un assistent social / diplomad en treball social i un educador social.

Els Serveis Socials d'Atenció Primària són gestionats pels ens locals. Els municipis de més de 20.000 habitants tenen l'obligació de gestionar-los directament. Els de menys, també ho poden fer, i, si no, n'és responsable el Consell Comarcal.

Els serveis socials d'atenció primària atenen totes les demandes i les necessitats socials dels ciutadans (econòmiques, d'atenció a persones dependents, addiccions, atenció a la infància, violència de gènere, etc.) a partir de les quals els professionals fan un diagnòstic i elaboren un pla d'actuació aplicant tots els recursos a l'abast.

Els serveis d'atenció primària ofereixen:

- Informació sobre els drets i recursos existents per solucionar les necessitats de les persones i de les famílies.
- Orientació i gestió dels recursos existents; per exemple, els informes socials per al certificat d'arrelament social.
- Gestió de les prestacions públiques municipals i de la Generalitat, com ara beques escolars, programa Viure en família, Programa d'ajuts de suport econòmic a les persones grans amb dependència i altres recursos de protecció social.
- Atenció a persones que no tenen domicili, com ara persones sense sostre i indigents. En algunes poblacions compten amb albergs d'acollida de caràcter temporal, per a persones de pas. Aquests equipaments solen incloure servei d'allotjament i de menjador durant alguns dies. Així mateix, ofereixen programes de reinserció i de promoció social per a aquestes persones.
- Col·laboració en una acció preventiva, en la detecció de situacions de risc social. Per exemple, a l'hora de detectar problemes o mancances en l'atenció de la infància, de gent gran o de persones discapacitades.
- Participació i col·laboració en els processos de reinserció i d'integració social comunitària. Per exemple, participen dels programes per prevenir i disminuir l'absentisme escolar o dels programes d'orientació i inserció laboral.
- Els serveis socials d'atenció primària deriven als serveis d'atenció especialitzada i es coordinen amb altres institucions i entitats, per exemple amb les escoles, amb els centres oberts per a nens i joves o amb els centres de salut.
- Suport a accions de tipus cultural, social i cívic que fomentin el desenvolupament del teixit associatiu als barris.

Cal tenir en compte que el servei d'atenció domiciliària és un servei que es pot rebre per via privada, sense necessitat de la intervenció de serveis socials, o per via administrativa demanant l'ajuda a la dependència per poder fer el copagament del SAD.



### 3.5.2 Estada al centre domiciliari: exemple d'actuació en habitatges tutelats

Els habitatges tutelats porten a terme un acolliment alternatiu per a persones amb discapacitat, grans i autònomes, joves menors sense llar, etc., les circumstàncies sociofamiliars de les quals no els permeten romandre a la pròpia llar. Es tracta d'un conjunt d'habitatges amb estances d'ús comú i sense barreres arquitectòniques.

Els residents dels habitatges tutelats comparteixen tasques i despeses i, optativament, poden viure amb els cònjuges o parelles i amb les persones que en depenguin.

Els equips professionals que ofereixen el servei d'habitatge tutelat han d'estar formats, com a mínim, per un director o directora responsable i un treballador o treballadora social per a les admissions, el seguiment i la recerca de recursos, que es fa en coordinació amb la xarxa d'atenció primària. Els professionals d'atenció directa poden ser monitors, educadors, integradors socials, etc. Així mateix, els habitatges tutelats per a gent gran poden disposar d'un conserge o un servei de teleassistència, disponible durant les 24 hores del dia.

A continuació, es pot veure un vídeo sobre els habitatges tutelats per a persones amb diversitat intel·lectual de la Fundació Vimar de Palamós:



<https://www.youtube.com/embed/hDX3PTTOjp0?controls=1>



### 3.5.3 Protocols d'actuació establerts en els domicilis

Els protocols que s'utilitzen a l'atenció domiciliària pel que fa a les activitats bàsiques de la vida diària (higiene, incontinències, administració medicació, nutrició, etc.) són els mateixos que s'utilitzen a l'àmbit residencial amb les adaptacions pròpies, tenint en compte que es fa en un domicili (amb o sense adaptacions) i per part d'un únic professional. Les actuacions que es realitzen quan s'inicia l'atenció domiciliària a una llar comprenen entre altres una visita domiciliària en la qual es presenten les característiques i condicions del servei, s'informa la persona dels seus drets i deures, se l'informa dels sistemes de comunicació amb el personal responsable del servei, s'identifiquen i presenten les persones que atendran la persona en situació de dependència, indicant les tasques que es realitzaran, els horaris i dies de la prestació del servei i les visites de seguiment que es faran.

Els protocols més específics de l'atenció domiciliària són el protocol d'emergències; el protocol d'actuació de suggeriments, queixes o reclamacions; el protocol

Els protocols propis de l'àmbit residencial s'han tractat a l'apartat "Protocols i registres" de l'apartat "Planificació i execució de la intervenció en persones en situació de dependència en l'àmbit residencial".

d'absència injustificada de la persona beneficiària del domicili, i el protocol d'actuació per a la coordinació.

El **protocol d'emergències** té com a objectiu l'atenció immediata davant una emergència, i estableix de forma detallada les actuacions de cada professional i la metodologia per identificar el grau de risc i la mobilització dels recursos necessaris. Un exemple podria ser que, a l'arribar al domicili, la persona no ens obrís o bé que la persona hagués mort durant la nit.

El **protocol de queixes, suggeriments o reclamacions** és un protocol que s'utilitza a tots els àmbits i que s'acompanya del model de full de reclamacions. Un exemple podria ser que la persona no s'avingués amb la persona que l'atén o bé que tingués qualsevol queixa respecte al tracte rebut.

El **protocol d'actuació per a la coordinació** desenvolupa els espais, les responsabilitats dins de cadascun dels espais, la periodicitat, els instruments per a la recollida d'acords, així com la metodologia de seguiment dels acords esmentats. Aquest protocol incorpora la coordinació interna entre els professionals del centre i altres serveis i la coordinació externa amb els recursos socials i sanitaris, educatius i laborals, etc.

Aquest protocol és imprescindible en l'atenció domiciliària per dos motius:

1. Al ser un servei públic, ha d'establir-se una coordinació amb l'administració local responsable.
2. El personal d'ajuda a domicili fa la seva feina de forma individual i totalment en solitari, per la qual cosa convé tenir-ho tot coordinat per tal d'evitar situacions problemàtiques.

# Gestió de la documentació

Elisabet Jansà Mestre, Maria Raquel Rodriguez

**Organització de l'atenció a les persones en  
situació de dependència**



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Documentació en l'àmbit residencial</b>	<b>9</b>
1.1 Documentació per a l'organització de l'atenció a les persones en situació de dependència en els àmbits institucionals	9
1.1.1 En el moment de l'ingrés	10
1.1.2 Durant l'ingrés	13
1.1.3 En el moment de l'alta definitiva del servei	18
1.2 Classificació i arxiu de la informació de les persones usuàries	19
1.2.1 L'expedient individual	20
1.2.2 El llibre de registre	21
1.3 Documents per al control del treball	23
1.4 La qualitat del centre	26
<b>2 Documentació en l'àmbit educatiu</b>	<b>31</b>
2.1 Concreció de l'autonomia en el centre educatiu: documents	31
2.1.1 Projecte educatiu de centre (PEC)	32
2.1.2 Normes d'organització i funcionament de centre (NOFC)	33
2.1.3 Projecte de direcció	34
2.1.4 Programació general anual (PGA)	35
2.1.5 Memòria anual	35
2.1.6 Programació didàctica	35
2.2 Documents de centre i atenció a la diversitat	36
2.3 Pla d'atenció a la diversitat	37
2.3.1 Avaluació de l'alumnat amb NESE	37
2.4 Pla de suport individualitzat	39
2.4.1 Instruments per a l'observació	41
<b>3 Documentació en l'àmbit domiciliari</b>	<b>45</b>
3.1 Documentació per a l'organització de l'atenció a persones en situació de dependència en l'àmbit domiciliari	45
3.1.1 Moment inicial	46
3.1.2 Durant la intervenció	47
3.1.3 En el moment final	48
3.2 Gestió i organització de la documentació de l'assistència personal	50
3.3 Gestió i organització de la documentació d'un servei de tutela i professionals implicats	53
3.4 Classificació i arxivament de la informació	54
3.5 L'expedient	55
3.6 Transmissió i informatització de la informació	55
3.7 Documentació de control de treball de cada professional	57
3.8 Qualitat del centre	59
3.9 Drets i deures dels usuaris d'atenció domiciliària	59



## Introducció

La gestió de la documentació és un aspecte important dels diferents centres o serveis. Una bona organització proporciona una major qualitat de l'atenció desenvolupada i també reflecteix el rigor i la professionalitat amb què el personal duu a terme la seva feina.

S'entén per documentació l'acció i l'efecte de documentar o acreditar quelcom; per tant, la documentació és la clau per a un adequat funcionament dels centres, una adequada atenció i una correcta intervenció en les persones usuàries.

Cada centre o servei presenta una àmplia diversitat en la manera de gestionar la documentació i en el nombre d'instruments que s'utilitzen.

Els principals objectius que es pretenen abastar amb una adequada gestió de la documentació en un centre o servei són:

- Registrar la informació per a la seva anàlisi, revisió o comunicació a terceres persones.
- Sistematitzar, codificar i fer anàlisi estadística.
- Desenvolupar una atenció i intervenció de qualitat.
- Facilitar el seguiment i l'avaluació de la intervenció per part del personal tècnic, de gestió i direcció del centre o servei.
- Detectar noves necessitats i promoure canvis i millores en la gestió i intervenció.

En el primer apartat d'aquesta unitat, "**Documentació en l'àmbit residencial**", estudiareu la documentació necessària per a la gestió de les persones usuàries, la documentació administrativa i tècnica del centre, i la documentació per a la seva gestió i organització.

En el segon apartat, "**Documentació en l'àmbit educatiu**", estudiareu la documentació que s'utilitza en un centre educatiu: el projecte educatiu, les normes de funcionament i organització, etc. S'hi inclou tant la documentació del mateix centre com la documentació que es fa servir amb els alumnes amb NEE, o bé els instruments d'observació per als professionals.

En el tercer apartat, "**Documentació en l'àmbit domiciliari**", estudiareu la documentació necessària en un servei d'atenció domiciliària, en un servei d'assistència personal i en un servei de tutela, i també coneixereu els drets i deures dels usuaris d'atenció domiciliària.





## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Gestiona la documentació bàsica de l'atenció a persones en situació de dependència relacionant-la amb els objectius de la intervenció.

- Identifica els elements que ha de recollir la documentació bàsica de la persona usuària.
- Reconeix les característiques més significatives de les persones en situació de dependència que és necessari recollir en la seva documentació bàsica.
- Aplica protocols de recollida de la informació precisa per conèixer els canvis de les persones en situació de dependència i el seu grau de satisfacció.
- Identifica els diferents objectius que es pretenen amb la intervenció i la documentació que hi està associada.
- Justifica la utilitat i la importància de documentar per escrit la intervenció duta a terme.
- Identifica els canals de comunicació de les incidències detectades.
- Integra tota la documentació, organitzant-la i actualitzant-la, per confeccionar un model d'expedient individual.
- Aplica criteris d'actuació que garanteixin la protecció de dades de les persones usuàries.
- Utilitza equips i aplicacions informàtiques per a la gestió de la documentació i els expedients.
- Identifica els criteris i indicadors de la qualitat del servei.
- Valora la importància de respectar la confidencialitat de la informació.
- Contrasta informacions i fets derivats de la documentació de l'expedient individual, així com les incidències detectades.



## 1. Documentació en l'àmbit residencial

La gestió de tots els documents dins l'àmbit residencial es porta a terme tenint en compte que la qualitat és un assumpte de vital importància.

El concepte de **qualitat** fa referència al grau en què un conjunt de característiques s'adapta als requeriments d'un producte, sistema o servei. La norma UNE 158000 estableix els requeriments mínims que ha de complir tot centre residencial, centre de dia, servei a domicili, servei de teleassistència, etc., ja sigui públic o privat, amb el fi de garantir la qualitat de la prestació del servei.

Partint del concepte de qualitat, de la seva evolució i com es pot aplicar en un centre residencial, hi ha diferents tipus de documentació.

### Documentació d'àmbit residencial

La documentació relativa a l'àmbit residencial engloba:

- **Documentació relativa a la persona usuària:** engloba els instruments individuals de recollida d'informació com PIA, PAI, fulls d'incidències, full de seguiment, etc.
- **Documentació administrativa:** és aquella que fa referència als documents que les administracions obliguen a tenir als centres, com per exemple reglament de règim intern, llicències, etc.
- **Documentació tècnica:** és aquella que recull les línies de treball del centre, com podrien ser els protocols, els registres, el pla de qualitat, el pla de prevenció de riscos laborals, etc.
- **Documentació per a la gestió i l'organització del centre:** es refereix a aquella que facilita el desenvolupament de l'activitat quotidiana, com ara llibres de registre, calendari de torns, actes de reunions, etc.

### 1.1 Documentació per a l'organització de l'atenció a les persones en situació de dependència en els àmbits institucionals

Cada centre residencial o assistencial ha de tenir ben estructurada quina és la documentació de què ha de disposar el centre per al seu òptim funcionament i per a una millor adaptació i estada de cada una de les persones usuàries.

Tota la documentació que està relacionada amb l'ingrés i la permanència de la persona usuària en un centre residencial ha de ser coneguda tant pel personal que en forma part com per l'usuari i els seus familiars.

### 1.1.1 En el moment de l'ingrés

El Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del sistema català de serveis socials, modificat pel Decret 176/2000, de 15 de maig, estableix l'obligatorietat de signar un **contracte de serveis o contracte de prestació assistencial** en el moment de l'ingrés a la residència, sigui aquesta pública o privada. Aquest document conté les obligacions i els drets de cadascuna de les parts.

El **contracte de serveis** és un document que recull informació sobre les obligacions i els drets de cadascuna de les parts signants (usuari o familiar i director/a de la residència); també recull les dades sobre el preu que es pagarà i els serveis que s'ofereixen, les dades per al pagament, la protecció de dades, etc., i clàusules especials, si escau.

Com que normalment el contracte és un document llarg i amb molta informació, convé que, abans de l'ingrés de la persona usuària, ella o els familiars se l'emportin a casa i l'estudiïn amb detall. També és interessant que s'apunten tots els dubtes que els vagin sorgint en relació amb el contracte que hauran de signar i les consultes amb el director/a de la residència. Si el contracte d'ingrés en una residència està ben redactat i tots l'entenen, s'estalvien moltes controvèrsies futures.

Un cop hagin mirat bé el contracte assistencial de residència val la pena aturar-se en un altre document de la residència: **el reglament de règim intern (RRI)**. Hi apareixen els horaris de la residència, les condicions d'admissió i baixes i les normes de convivència, entre altres coses.

Aquest document ha de ser conegut per la persona usuària i els seus familiars. Per tant, a part de l'explicació detallada en el moment de l'ingrés, cal que se'ls en faciliti una còpia.

Cada centre redactarà el seu RRI en funció de les característiques del centre i dels usuaris o usuàries que en formen part. Malgrat això, és important que en cada document no hi faltin els següents punts:

- Dades i titularitat del centre.
- Sistemes i condicions d'admissió i de baixa.
- Catàleg de drets i deures de la persona usuària.
- Sistema de recollida de suggeriments.
- Sistema de canalització i resolució de queixes o reclamacions.
- Sistema de participació de les persones usuàries en òrgans de gestió.
- Normes d'organització, de funcionament intern i de convivència.

---

El document que reflecteix els principis de funcionament d'un centre és el RRI (reglament de règim intern).

---

Un cop l'usuari, la seva família o el seu representant legal hagin signat el contracte assistencial, es considerarà que està d'acord amb tot el seu contingut i el del reglament de règim intern.

Tanmateix, caldrà informar la persona usuària de tota la documentació que haurà de preparar per al dia de l'ingrés i de tots els aspectes generals que ha de conèixer. És convenient facilitar-ho per escrit.

En els annexos podreu veure un exemple de model de contracte i un altre del reglament de règim intern d'un centre residencial.

## **Drets i deures dels residents**

El catàleg de drets i deures de la persona resident és un document força important, ja que tota persona que viu en una residència té garantits els seus drets inherents a la seva condició de ciutadà establerts per la llei i, per tant, és important que es tingui molt present quins són els drets i deures que ha de tenir en compte.

### **Els residents tenen alguns drets, com per exemple:**

- Dret a no ser objecte de discriminació per raó d'edat, sexe, ètnia, religió, ideologia, territori, orientació sexual, discapacitat o qualsevol altra circumstància personal o social.
- Dret a conèixer, amb caràcter previ a la seva utilització o al seu ingrés, les instal·lacions del centre, així com tota la informació que sigui necessària per ajudar a decidir lliurement sobre el seu ingrés, permanència o abandonament del recurs.
- Dret a ser acollit a la seva arribada al centre de forma individualitzada per facilitar la seva integració, segons els protocols d'ingrés que han d'existir en tots els allotjaments.
- Dret a ser informat sobre l'organització del centre, conèixer els professionals i rebre la informació adequada i suficient. A aquest efecte, cada persona que arriba a la residència ha de rebre un exemplar de l'estatut bàsic, del reglament de règim interior, i dels serveis i programes d'intervenció. Així mateix, se li ha de lliurar documentació sobre els mecanismes de participació existents (junta de residents, bústia de suggeriments, associació de familiars).
- Dret a manifestar la seva opinió sobre aspectes relacionats amb la vida quotidiana: la roba, els menús, els horaris, la seva ubicació al menjador, etc., així com a prendre les seves pròpies decisions sempre que aquestes no entrin en col·lisió amb les normes generals de convivència del centre. En els moments en què no sigui possible exercir aquest dret a causa de la pèrdua de la seva capacitat d'obrar, ho farà el seu representant legal.
- Dret a participar en el disseny i seguiment del seu pla individualitzat d'intervenció, així com a rebre una atenció integral que cobreixi les necessitats fisiològiques, psicològiques i socials.

- Dret a tenir assignat un professional de referència que serà qui vetlli pel benestar de la persona al centre i a qui es podrà dirigir sempre que requereixi ajuda o consulta.
- Dret a mantenir un expedient individual, amb garantia absoluta de privacitat de la informació que hi sigui recollida, en el qual quedi arxivada i registrada tota la documentació relativa a la seva valoració inicial, l'evolució del seu procés, els tractaments aplicats i els programes en què participa.
- Dret a rebre informació, en termes comprensibles i adaptats al seu nivell educatiu i de comprensió, en relació amb el seu estat i situació al centre, a conèixer en qualsevol moment el contingut del seu expedient personal i a rebre un informe per escrit quan ho sol·liciti.
- Dret que se li faciliti la participació en la vida comunitària (actes culturals, esdeveniments socials ...) i que es fomenti i desenvolupi la seva vida externa de manera normalitzada (continuitat en les seves relacions familiars, amistats i altres persones properes).
- Dret a participar en la vida del centre a través dels òrgans de representació, podent ser electors i elegits, així com a tenir veu i vot en les propostes de millora relacionades amb l'organització del recurs.
- Dret a participar en les avaluacions que es portin a terme sobre el funcionament del centre i a conèixer-ne el resultat.
- Dret a no ser objecte de restriccions físiques o farmacològiques que no segueixin les instruccions recollides en el protocol dissenyat a l'efecte, el qual ha d'incloure la valoració de l'equip multidisciplinari, així com l'opinió de la persona o el representant legal. En cas que les restriccions es considerin necessàries, rebrà informació, raonada i per escrit, sobre el seu contingut i durada.
- Dret a respectar les últimes voluntats i a poder rebre atenció psicològica, espiritual i afectiva que li permeti morir dignament, procurant l'acompanyament de les seves persones més estimades durant l'última fase.
- Dret a ser informada de manera comprensible sobre el contingut d'aquests drets i de les vies per fer efectiu el seu exercici.

### **Els residents tenen alguns deures, com ara:**

- Considerar com a domicili propi la residència, utilitzant de manera acurada totes les dependències del centre.
- Conèixer i complir l'estatut bàsic del centre i el reglament de règim intern.
- Respectar les normes de convivència, així com la intimitat, el repòs i la tranquil·litat de la resta dels usuaris.
- Respectar la dignitat de les persones que treballen dins el centre.

- Informar, per la via que es consideri més oportuna, sobre totes aquelles qüestions que no es considerin adequades per al bon funcionament del centre i que afecten el seu benestar general.
- Cuidar dels seus béns personals.
- Seguir les prescripcions acordades en el pla individualitzat d'intervenció.
- Abonar les quotes corresponents.

### 1.1.2 Durant l'ingrés

Un dels documents principals durant l'ingrés és el **pla general d'intervenció** (PGI).

El **pla general d'intervenció** recull l'ideari de la institució, els objectius que es persegueixen, l'estructura organitzativa del centre, els serveis que ofereix, els programes específics d'intervenció que es promouen i la seva metodologia, sempre amb la finalitat o objectiu general de proporcionar una atenció integral a cada una de les persones usuàries del centre.

Cal que cada centre disposi d'una metodologia pròpia i una forma d'actuar i de funcionar que quedarà emmarcada en el pla general d'intervenció.

Cada recurs ha d'elaborar el seu propi pla d'intervenció amb els corresponents programes que s'organitzen i els serveis que es gestionen. Per això, els programes generals proposats seran especificats i desenvolupats amb les estratègies i les actuacions que els professionals de cada centre residencial, coneixedors de les peculiaritats del seu propi centre, considerin més efectives per a l'assoliment dels objectius establerts.

En tot cas, els programes han de ser suficients, abastant les diferents dimensions del sistema d'intervenció, i adequats a la realitat del centre, donant resposta a les situacions i les principals necessitats de la població atesa, d'acord amb les característiques i possibilitats del recurs.

En definitiva, no es tracta d'oferir una atenció uniforme i preestablerta en totes les residències, ja que cada centre té (i ha de tenir) la seva pròpia entitat, estil i diferències que el distingeixen dels altres. No obstant això, sí han de ser comunes les línies generals d'actuació, així com la metodologia i els instruments bàsics de registre d'informació que permetin l'avaluació i el control de qualitat necessaris en totes les residències, per oferir una atenció qualificada a la qual totes i cadascuna de les persones ateses tenen legítim dret.

## **Els objectius del PGI**

A tall d'exemple, alguns dels objectius generals que cal tenir en compte a l'hora de gestionar un PGI en una residència s'especifiquen a continuació.

### **Objectius generals del PGI**

#### **En relació amb l'usuari:**

- Facilitar l'adaptació i integració en el medi residencial oferint el suport psicosocial i l'atenció sociosanitària que la seva situació requereixi.
- Recuperar i/o mantenir la major autonomia possible, evitant la sobreprotecció i potenciant les seves capacitats de desenvolupament personal: psíquiques, físiques i socials.
- Desenvolupar la seva autoestima, estat d'ànim i habilitat social, mitjançant la participació en activitats adequades.
- Promoure la seva integració social, facilitant l'accés i la participació en el context social comunitari.

#### **En relació amb la família:**

- Facilitar la implicació de la família, com a cuidador natural, en l'atenció a l'usuari, amb mesures de manteniment i reforç del suport familiar.
- Fomentar la cooperació dels familiars, com a grup d'interessos comuns, desenvolupant vies efectives de participació en el centre.

#### **En relació amb el personal de la residència:**

- Proporcionar, mitjançant la formació contínua, coneixements, habilitats i actituds que garanteixin una eficaç i eficient atenció de qualitat.
- Afavorir la satisfacció laboral amb la millora de l'organització, de l'activitat professional i del desenvolupament del treball en equip en un bon clima social.

#### **En relació amb el centre residencial:**

- Aconseguir un entorn físic estimulants, segur i confortable, que afavoreixi l'autonomia i el benestar de la persona gran, sempre partint de la premissa de l'atenció centrada en la persona.
- Organitzar la dinàmica del centre en un ambient social de participació i relacions fluides, establertes des de la garantia i el foment dels drets personals i els privilegis socials.

#### **En relació amb la comunitat:**

- Impulsar l'obertura i la integració comunitària de la residència mitjançant la coordinació amb els diversos recursos del context social.
- Donar suport a la persona usuària i a la família cuidadora potenciant i diversificant serveis i modalitats assistencials alternatives de manteniment en el mitjà habitual.
- Promoure i organitzar la col·laboració del voluntariat social a la residència.



## Els serveis del PGI

Tot centre residencial o assistencial ha d'especificar en el seu PGI quins seran els serveis que oferirà als diferents usuaris. La quantitat dels que s'ofereixin anirà lligada a la tipologia de centre i d'usuari, així com de la seva grandària i de la quantitat de professionals que en formen part i hi intervenen.

Les residències poden oferir una gran varietat de serveis, però els més importants per al benestar de la gent gran són els següents:

- **Servei de manteniment dels usuaris o serveis bàsics:** inclou el menjar, l'allotjament, l'assistència en les activitats de la vida diària, la companyia, l'atenció i les cures necessàries perquè tinguin una òptima atenció.
- **Serveis terapèutics i sanitaris:** proporcionen tractament d'algun tipus, com per exemple teràpia ocupacional, psicològica, psiquiatria, psicomotricitat, rehabilitació funcional, etc.
- **Serveis de dinamització sociocultural:** amb la creació d'activitats, els usuaris estaran més integrats i, per tant, més còmodes en el centre.
- **Serveis d'ajuda a la integració social:** molts dels usuaris no tenen recursos ni famílies; d'aquesta manera, entrant al centre se socialitzen i no estan en soledat.
- **Serveis d'intervenció amb la família:** consisteix en la participació de la família en les activitats del centre.
- **Altres serveis:** la cafeteria, el transport dels residents per si fos necessari traslladar-los a l'hospital, la perruqueria, el servei de podologia, etc.

A part d'aquests serveis, els centres acostumen a comptar amb cuina, bugaderia, servei de neteja, manteniment i jardineria. En tot cas, el que és fonamental és que el centre disposi de personal molt qualificat i de gran professionalitat, ja que això és fonamental perquè la persona usuària estigui ben cuidada i ben atesa.

## La programació del pla general d'intervenció (PGI)

Tot pla o programa inclou una programació temporal seqüenciada en activitats que es poden realitzar al llarg del temps.

La **programació** és la seqüenciació de les activitats i les intervencions durant un cert període de temps.

La programació es pot elaborar per dia, per setmanes, per un mes, per un trimestre o anualment, i es representen amb el calendari o el cronograma. En podeu veure un exemple en la figura 1.1.

**FIGURA 1.1.** Planificació mensual

ABRIL				
Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres
	1 Jocs de taula Manualitats i costura	2 AVD individualitzades	3 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu	4 AVD individualitzades
7 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu	8 Jocs de taula Manualitats i costura	9 AVD individualitzades	10 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu	11 AVD individualitzades
14 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu	15 Jocs de taula Manualitats i costura	16 AVD individualitzades	17 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu	18 AVD individualitzades
21 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu	22 Jocs de taula Manualitats i costura	23 AVD individualitzades	24 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu	25 AVD individualitzades
28 Psicomotricitat i memòria Treball cognitiu				

És important que les programacions puguin ser flexibles perquè es puguin adaptar a la singularitat de cada persona usuària. Tanmateix, si es fan programacions setmanals cal que en concret en set horaris diaris, dins dels quals hi ha d'haver activitats fixes, com els àpats i la higiene, i activitats voluntàries o opcionals.

Cal tenir en compte la temporització a l'hora de programar les activitats: per exemple, no programar treball cognitiu a última hora de la tarda o psicomotricitat quan s'ha acabat de dinar.

El **PGI** està format per diferents **programes específics d'intervenció** que organitzen i gestionen tots els serveis i les pràctiques assistencials en les diverses àrees (salut, integració social, relació familiar, activitats...). El PGI s'ha d'aplicar de manera interdisciplinària i individualitzada a les diferents i canviants situacions personals.

Els programes han de ser oberts i flexibles, és a dir, amb capacitat d'expansió i adaptació a una realitat social concreta que pot anar canviant per atendre en les seves diferents dimensions. A més, han d'obeir a uns principis i a un model de residència, dins del pla general d'intervenció que els serveix de referència.

Alguns dels programes més importants que formen part del PGI són els següents:

#### Tipus de programes i accions principals

##### Programes d'intervenció amb l'usuari:

- Suport a l'adaptació i integració
- Atenció sociosanitària
- Activitats terapèutiques
- De cures pal·liatives

##### Programes d'intervenció ambiental:

- Adaptació del context físic
- Adaptació de l'ambient social

**Programes de recursos humans:**

- Formació continuada del personal assistencial: per garantir una atenció professional qualificada.
- Desenvolupament del treball en equip: per a una major participació i satisfacció professional.

**Programes d'intervenció amb la família:**

- Suport familiar
- Participació familiar al centre

**Programes d'intervenció comunitària:**

- Activitats d'integració social
- Suport a la gent gran que és usuària perquè mantingui el contacte amb el seu entorn habitual.
- Col·laboradors socials: pretén potenciar i organitzar la tasca de suport de col·laboració social en la residència, complementària al treball dels professionals.

## La metodologia del PGI

La intervenció en una residència requereix un abordatge interdisciplinari amb una metodologia de treball en equip dels diferents professionals assistencials que, des d'un coneixement global del pla general d'intervenció, amb una filosofia compartida i objectius comuns, estableixin i assumeixin les seves funcions i responsabilitats en relació amb el mateix pla.

La metodologia dels programes generals d'intervenció ha de tenir en compte:

1. **Estudi de necessitats:** els programes han de donar resposta a les necessitats del grup de població objecte d'intervenció. És condició necessària i prèvia a la programació elaborar un minucios diagnòstic de necessitats: característiques i necessitats dels usuaris (nivell físic, psíquic i social), i diferents àrees que abasten els programes descrits.
2. **Estudi de recursos:** buscar en una anàlisi minuciosa el millor aprofitament dels mitjans humans, materials i financers disponibles i el seu ajust a les necessitats.
3. **Definir objectius:** adequats a les necessitats detectades i als recursos disponibles, reals, mesurables, compatibles entre si i d'acord amb els objectius generals del sistema d'intervenció.
4. **Establir actuacions:** planificar actuacions o estratègies, escollir les alternatives més apropiades per als objectius, organitzar aquestes actuacions i temporalitzar-les.

5. **Seguiment i avaluació:** durant el desenvolupament dels programes es farà un seguiment en les diferents fases.

El seguiment i l'avaluació es fa en les diverses fases:

- **Avaluació del disseny:** un cop detectades les necessitats, analitzats els recursos i definits uns objectius i actuacions, s'avaluarà aquest disseny de programa per determinar en quin grau són idònies i factibles les accions proposades.
- **Avaluació de l'acompliment:** analitza si les actuacions i la metodologia d'un programa que s'han aplicat s'ajusten a les previstes, i valora si cal introduir-hi correccions. Serveix per a la retroalimentació del programa amb les correccions oportunes.
- **Avaluació de l'impacte:** mesura en quin grau els resultats confirmen haver assolit els objectius establerts (eficàcia), la relació entre l'esforç invertit i els beneficis obtinguts (eficiència), i també els efectes (previstos i no previstos) sobre la població beneficiària (efectivitat).
- **Presa de decisions:** en funció de l'avaluació de l'impacte, es pot decidir sobre el futur del programa. Si s'han assolit els objectius i es compleixen els criteris d'eficiència i absència d'efectes negatius, el programa no necessitarà modificacions. Si, per contra, no es compleix algun dels criteris, el programa s'ha d'ajustar abans de ser aplicat de nou.

Cadascuna d'aquestes fases genera una documentació tècnica dins dels plans de qualitat del centre. Per exemple:

- En la fase d'avaluació del disseny es poden crear qüestionaris perquè els professionals avaluin si les accions proposades són idònies i factibles.
- En la fase d'establir actuacions per tal de planificar, organitzar i temporalitzar es poden fer servir cronogrames.

### 1.1.3 En el moment de l'alta definitiva del servei

Quan l'usuari, per voluntat pròpia, decideix deixar la residència per diferents motius, cal seguir el protocol d'alta del servei.

Les causes que derivin a l'alta de l'usuari poden ser diverses, com per exemple:

- Alta voluntària

- Circumstàncies desconegudes
- Evasió
- Èxitus
- Ingress hospitalari
- Trasllet a una altra residència o al domicili

Teniu exemples del formulari d'alta en la figura 1.2, i una mostra de document de l'alta voluntària en la figura 1.3.

FIGURA 1.2. Formulari d'alta

Aegerus (Sistema d'Informació per a Residències Assistides i Sociosanitàries)

FIGURA 1.3. Document d'alta voluntària

## 1.2 Classificació i arxiu de la informació de les persones usuàries

Cada usuari del centre ha de tenir tota la seva informació registrada en el seu expedient per facilitar la tasca de la intervenció i del seu seguiment.

### 1.2.1 L'expedient individual

És necessari conèixer les característiques de l'usuari i les seves necessitats per poder planificar el PIAI. Per això, és molt important que es disposi de tota la documentació de la persona que és a la residència. L'expedient individual de l'usuari ha d'incloure:

- Fitxa de dades personals
- Còpia del document contractual de l'ingrés
- Història clínica: informe mèdic previ a l'ingrés
- L'anamnesi
- Informació facilitada per la família
- PIAI
- Registre de les activitats i protocols del PIAI
- Graella d'observacions sobre la convivència dins el centre
- Contactes de l'usuari amb els familiars (motiu, freqüència, relació i *feedback*)
- Registre dels contactes mantinguts entre els professionals del centre i els familiars

---

L'**anamnesi** és una conversa entre metge i pacient durant la qual el metge fa preguntes sobre la història clínica, els hàbits de vida i els antecedents familiars del pacient amb l'objectiu d'establir un diagnòstic.

---

Cada futur usuari ha de facilitar al centre assistencial la seva història clínica, que és el conjunt de documents que contenen tota la informació sobre la situació clínica d'una persona en el moment de l'ingrés, amb la finalitat que rebi la millor assistència sanitària. Ha d'incloure les dades següents:

- Dades personals
- Nivell d'autonomia física i cognitiva, a partir de diferents escales de valoració
- Pla de cures i intervencions sanitàries, que especifiqui la data d'inici i l'evolució del procés
- Diferents tractaments i medicacions
- Persones responsables dels diferents procediments i protocols
- Tots els informes mèdics que tingui la persona
- Acreditació del grau de dependència que tingui reconegut

Cada expedient personal ha d'estar arxivat de forma segura per garantir-ne la confidencialitat. És important tenir en compte l'article 10.3 de la Llei general de sanitat, que estableix la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el procés de l'usuari i amb la seva estada en institucions sanitàries públiques i privades que col·laborin amb el sistema públic.

Per tant, cal tenir en compte que:

- Qualsevol activitat per recollir dades de la persona usuària sobre la seva salut o personals ha d'anar acompanyada del consentiment signat per la persona o, en el cas que no tingués l'autonomia per fer-ho, la persona que en tingui la tutela o el familiar responsable.
- En tot moment, la persona usuària i/o els seus familiars han d'estar informats de la destinació de les seves dades, i aquesta tindrà accés a la informació, a la rectificació, a la cancel·lació i a l'oposició.
- Tal com la llei estableix, aquesta confidencialitat de les dades es mantindrà més enllà de la finalització de la relació.
- Tota la informació requerida per tercers de l'expedient personal de la persona usuària ha de ser autoritzada per ella o pel representant legal en qui hagi delegat, excepte en els casos que aquesta informació pugui ser requerida per instàncies que legalment hi estiguin autoritzades, com ara jutjats, hisenda o serveis d'emergència.

### 1.2.2 El llibre de registre

En tota residència és necessari, a part de l'expedient personal de cada usuari, disposar d'una relació actualitzada contínuament de totes les persones que estan ingressades dins el centre, on en figurarà la informació bàsica, com ara:

- Número d'expedient
- Dades personals: nom, cognoms, DNI, data de naixement, familiars de contacte
- Data d'alta al centre
- Tarifa

Així, aquestes dades tenen una finalitat més aviat de gestió administrativa i control burocràtic, atès que hi ha informació assistencial detallada de cada usuari.

A continuació es poden veure alguns exemples utilitzats pel *software* de l'empresa Aegerus que fan referència a aspectes de gestió econòmica, gestió organitzativa, gestió dels usuaris, etc.

Els programaris de gestió actuals permeten registrar diferents aspectes de gestió econòmica, gestió organitzativa, gestió dels usuaris, etc. Per exemple, en relació amb l'usuari, contenen fitxes de preingrés (vegeu la figura 1.4), de dades personals (vegeu la figura 1.5) o d'ingrés (vegeu la figura 1.6). També contenen tota la informació relativa a la gestió econòmica.

FIGURA 1.4. Preingressos


Preingressos	
<a href="#">Llista d'espera</a>   <a href="#">Fitxa de sol·licitud d'ingrés</a>	
<b>Fitxa del Sol·licitant</b>	
<p>* Data de sol·licitud: <input type="text"/> <span style="float: right;">Dades personals   <b>Full d'informació</b></span></p> <p>Nom i Cognoms: <input type="text"/></p> <p>Coneix la residència a través de: <input type="text"/></p> <p>* Tipus de plaça sol·licitada: <input type="text"/></p> <p>Data prevista d'ingrés: <input type="text"/></p> <p>Habitació: <input type="text"/></p> <p>Observacions: <input type="text"/></p>	Data en què es realitza la sol·licitud d'ingrés
<b>Estat de salut de l'interessat:</b>	
<p>Malaltia principal: <input type="text"/></p> <p>Estat cognitiu: <input type="text"/></p> <p>AVD: Alimentar-se: <input type="text"/></p> <p>Deambular: <input type="text"/></p> <p>Vestir-se: <input type="text"/></p> <p>Control d'esfínters: <input type="text"/></p> <p>Incapacitació: <input type="text"/></p>	Activitats de la vida diària
<b>Persona de referència o cuidador:</b>	
<p>* Nom i Cognoms: <input type="text"/></p> <p>* Telèfon(s) de contacte: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Cuidador principal</p> <p>* Parentiu: <input type="text"/></p> <p>* DNI/PAS: <input type="text"/> <input type="button" value="Calcular lletra NIF"/></p> <p>(Els camps marcats amb * són de complimentació obligatòria)</p> <p><input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="Esborrar"/></p>	<p> <a href="#">Impressió reserva de places</a></p> <p>Indicar si la persona que fa la sol·licitud és el cuidador principal</p>



FIGURA 1.5. Dades personals

**Dades personals**

* Número H.C.:	* Nom:	* Cognoms:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Adreça:	<input type="text"/>	* Codi Postal:	<input type="text"/>
* Població:	<input type="text"/>	* Com. Autònoma:	Catalunya
Pais:	ESPANYA	Correu:	<input type="text"/>
* Telèfon:	<input type="text"/>	Mòbil:	<input type="text"/>
* DNI o Passaport:	DNI: <input type="text"/> Passaport/Altres id: <input type="text"/>	Caducitat del DNI/Passaport:	<input type="text"/>
* Sexe:	<input type="radio"/> Dona <input type="radio"/> Home	NASS:	<input type="text"/>
* C.I.P.:	<input type="text"/>	Nº Altres Ass.:	<input type="text"/>
Altres Assegurances:	<input type="text"/>	Data defunció:	<input type="text"/>
* Data naixement:	<input type="text"/> Edat: <input type="text"/>	Estat Civil:	<input type="text"/>
Lloc de naixement:	<input type="text"/>	Professió:	<input type="text"/>
Estudis:	<input type="text"/>	NHC Hospital de Referència:	<input type="text"/>
Hospital de referència:	<input type="text"/>	ABS:	<input type="text"/>
Metge de capçalera:	<input type="text"/>	CSMA de referència:	<input type="text"/>
Psiquiatra de referència:	<input type="text"/>	Incapacitació:	<input type="text"/>
Farmàcia de referència:	<input type="text"/>		
Observacions:	<input type="text"/>		

Acceptar    Esborrar

Aegerus (Sistema d'Informació per a Residències Assistides i Sociosanitàries)

FIGURA 1.6. Full de dades d'ingrés

**Dades d'Ingrés**

NHC:	Núm.d'Ingrés:	Resident:	Núm.Registre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/> Cercar Resident <input type="text"/> Nou resident
* Data d'ingrés:	<input type="text"/>	Data Prev Alta:	<input type="text"/>
* Habitació:	<input type="text"/>		
Menjador:	<input type="text"/>		
* U.P.O.:	<input type="text"/>		
* Motiu de l'ingrés:	<input type="text"/>		
* Tipus contracte:	Concertat	* Tipus d'ingrés:	<input type="text"/>
* Unitat Funcional:	<input type="text"/>		
* Grau de dependència:	<input type="text"/>		
<b>Procedència:</b>			
Procedència CMBD:	<input type="text"/>		
Domicili:	<input type="radio"/> Atenció Primària <input type="radio"/> PADES <input type="radio"/> Serveis Socials <input type="radio"/> CIMSS		
Altres procedències:	Tipus:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gravar    Esborrar

Habitació/HD on se l'ingressa i data prevista (si es coneix) d'alta  
Unitat Proveïdora d'Origen (catàleg CatSalut)  
Motiu codificat pel qual és ingressat  
Tipus contracte | Tipus d'ingrés  
Grau de dependència a efectes estadístics  
Procedència del Resident  
 (Desmarcar tots)  
Servei:   
Imprimir Etiquetes  
Imprimir Fitxa del Resident  
Imprimir polseres

Aegerus (Sistema d'Informació per a Residències Assistides i Sociosanitàries)

### 1.3 Documents per al control del treball

A títol orientatiu, en un centre residencial estàndard les hores d'activitats durant un dia es poden distribuir de la manera següent:

- 8-10 hores de son
- 2 hores d'oci
- 6-8 hores d'activitats programades
- 8-10 hores d'atenció a les activitats de la vida diària (bàsiques i instrumentals). Aquestes hores incorporen els diferents àpats, així com la higiene, vestir-se, etc.

Així i tot, la persona usuària ha de poder organitzar la seva pròpia vida i decidir la participació o no en les diferents activitats proposades pel centre.

Aquesta distribució horària suposa la intervenció de professionals en diferents torns a fi de garantir la continuïtat del servei i les accions i programacions previstes al centre. Cada professional disposa del seu quadre horari.

A continuació es pot veure un exemple d'un auxiliar o tècnic i com es distribueixen les seves tasques al llarg dels diferents torns de treball:

#### **Torn de matí**

**7.45-8.00 h:** el personal responsable de les diferents unitats s'informa, pel personal del torn de nit i per les lectures de llibres i registres, de si s'ha produït cap incidència. Visiten les habitacions dels residents que tenen assignats i els donen el bon dia. A continuació, se'ls lleva o se'ls anima perquè s'aixequin, i se'ls presta l'ajuda o el suport necessari en el bany i en les tasques d'higiene, així com per vestir-los o facilitar-los la roba. El personal d'infermeria fa les cures o els controls als residents que ho necessitin.

**9.00-10.00 h:** es reparteixen els esmorzars, amb ajuda per als residents que no poden menjar per si mateixos. Als residents diabètics, l'equip d'infermeria els fa prèviament les proves de glucèmia. El personal d'infermeria reparteix medicació amb ajuda dels auxiliars.

**10.30 h:** es traslladen i acompanyen els usuaris a teràpia ocupacional, rehabilitació, consultes mèdiques...

**11.00-12.30 h:** vigilància permanent per la seguretat i atenció dels usuaris que romanen en salons. Es fan les habitacions.

**13.00 h:** acabades les activitats de rehabilitació, teràpia ocupacional i d'animació del temps lliure, els auxiliars traslladen i acompanyen els residents a l'habitació o al menjador.

**13.00-13.30 h:** inici del dinar. El personal auxiliar serveix el menjar a cada usuari segons el tipus d'alimentació prevista i els presta l'ajuda necessària per menjar: partir, pelar, donar a la boca. El personal d'infermeria reparteix medicació amb ajuda dels i de les auxiliars.

**14.00-14.45 h:** ajuda a la sortida del menjador i ajuda a seure en saló per a descans. Es procedeix al canvi de bolquers i es posen a dormir els usuaris que ho tenen pautat.

**14.45 h:** les responsables de les diferents unitats elaboren un informe d'incidències ressenyant les que s'han produït durant el torn (per informar el torn de tarda).

#### **Torn de tarda**

**14.55-15.00 h:** entrada del personal de torn, que pren contacte amb el torn sortint i fa la lectura i signatura de llibres d'incidències i registres.

**15.00-16.30 h:** procedeixen a aixecar de la migdiada i fer la higiene personal i el canvi de bolquers als usuaris que ho necessitin. Es col·loca la roba als armaris o es dona la roba neta als usuaris que puguin col·locar-la per si mateixos. Es preparen els menjadors per berenar.

**16.30-17.30 h:** distribuir els berenars, ajudant a donar-los als qui no puguin menjar per si mateixos.

Traslladar i acompanyar els residents a rehabilitació, perruqueria, podòleg, sala d'animació del temps lliure (jocs de taula, bingo...).

**17.00 h:** entrada del personal restant del torn de tarda, que surt a les 00:00.

**17.30-19.00 h:** es procedeix a preparar habitacions per a l'hora de dormir i repartiment de bolquers. Es fan passejos als usuaris pautats. Visita de les famílies. Es reparteixen sucus i es fan canvis de bolquers si fos necessari.

**19.00-19.30 h:** finalitzen les activitats de temps lliure i visites. Es traslladen i acompanyen els usuaris a la sala. Es comença a donar el sopar als usuaris que necessiten prendre'l al llit o que se'ls doni en boca.

**20.00-20.30 h:** traslladar i acompanyar els residents que van als menjadors per distribuir-los per sopar. El personal d'infermeria reparteix medicació amb ajuda dels auxiliars. Distribució de la medicació pautaada per a aquesta hora i ajuda a supervisar la ingesta d'aliments dels usuaris.

**20.30-21.45 h:** s'acompanyen i es traslladen els usuaris des del menjador fins a l'habitació, per posteriorment fer-los la higiene i preparar-los per deixar-los al llit.

**21.45 h:** s'emplenen els registres i el comunicat d'incidències, fent-hi constar els detalls ocorreguts al llarg de la tarda per transmetre la informació al personal del torn de nit.

**22.00-24.00 h:** es queden els auxiliars de tarda que han entrat al torn de les 17 hores per atendre les urgències que puguin sorgir fins a l'arribada dels auxiliars de nit.

#### **Torn de nit**

**22.00 h:** entra el personal del torn de nit, que comença l'activitat amb l'intercanvi de la informació donada pel del torn de tarda. Posteriorment, agafen els carros de cada mòdul que proveeixen de material suficient de llenceria i bolquers que necessitaran per desenvolupar la seva feina.

**22.30 h:** fan la primera ronda de visita a les habitacions dels residents fent canvi de bolquers i lavabo per als qui ho requereixin, canvi postural als que ho necessitin, etc. La primera ronda s'acaba cap a les 2.00 h.

Mentre es fan aquestes rondes, part del personal roman pendent de les trucades d'emergència dels residents o companyes per prestar-los l'ajuda que necessitin. Mentre el personal auxiliar fa la ronda, el personal d'infermeria duu a terme les tasques pròpies de la seva especialitat, com ara distribuir medicació, vigilar sèrums, controlar sondes, etc.

**3.00 h:** comença la segona ronda general d'atenció i ajuda a residents que ho requereixin: acompanyar al lavabo, fer els canvis posturals necessaris, canvis de bolquers i col·locacions de falques necessàries, entre altres tasques.

**6.00 h:** tercera ronda general, amb les mateixes tasques.

**7.30 h:** el personal tècnic d'infermeria i el personal auxiliar canvien impressions. La persona responsable del torn redacta l'informe d'incidències anotant tot el que ha passat.

**8.00 h:** sortida del torn de nit i intercanvi d'incidències i informació amb el torn de matí.

Totes les intervencions quedaran registrades en els corresponents fulls de registres o fulls de seguiment. Actualment tota aquesta informació està informatitzada en una intranet que té cada residència, on, després de l'actuació del professional cap a l'usuari, aquest haurà d'introduir tota la informació de la tasca que ha portat a terme.

Hi ha diverses empreses que creen *software* per a la gestió documental dels centres residencials i disposen de tota la documentació en un programa informàtic al qual tenen accés la majoria dels treballadors, cadascú a l'àrea on treballa.

D'aquesta manera, un tècnic en atenció a la dependència tindrà accés als fulls de registre dels protocols, als fulls de seguiment, els fulls d'incidències, a les dades de l'usuari, etc. Entre aquestes empreses destaquen Gerosalus i Aegerus.

## 1.4 La qualitat del centre

La **qualitat en un centre residencial** té en compte el conjunt de condicions que assegurin el màxim nivell de benestar de cada un dels usuaris que hi resideixen. La qualitat ha d'estar present en cada àmbit del centre assistencial:

- En la **satisfacció percebuda per l'usuari** i la seva família per l'atenció rebuda del centre.
- En els **serveis i les intervencions**: cal un bon PGI, per un costat, i un bon PIAI de cada usuari, per un altre, amb un òptim seguiment dels procediments o protocols establerts i els seus registres corresponents.
- En la **satisfacció dels professionals** que treballen en el centre.
- En les instal·lacions, l'accessibilitat als espais, els productes de suport i les condicions ambientals del centre.

Cal disposar de mecanismes que permetin establir de la manera més objectiva possible la qualitat. Així, els indicadors de qualitat són els que donaran aquest resultat. Per assolir aquesta fita cal disposar d'un sistema de gestió de la qualitat.

El **sistema de gestió de qualitat** és el conjunt de pautes d'actuació d'una institució amb l'objectiu de millorar la satisfacció de les necessitats i expectatives de les persones usuàries i els seus familiars, així com els professionals que hi treballen.

Per assolir la implantació d'un sistema de qualitat cal que s'implanti una cultura de qualitat que comporta:

- Saber acceptar la crítica com una oportunitat de millora.
- Aconseguir implicar tothom en la millora contínua.
- Conèixer l'opinió dels usuaris i els seus familiars, així com de tots els professionals que hi treballen.
- Evitar buscar culpables. Saber analitzar el perquè dels problemes i com es poden millorar.

A més, la direcció del centre ha de vetllar per la correcta adequació a les diferents **normatives legals** vigents en tots els àmbits que puguin correspondre en funció de l'activitat desenvolupada, i també pel compliment de la legislació civil i penal i de la normativa autonòmica i municipal corresponent.

Els centres han d'estar inscrits en el registre corresponent a la seva activitat, i també disposar de la llicència preceptiva i l'autorització administrativa corresponent. S'ha de disposar de còpia d'aquests documents en la mateixa residència i exposar-los en lloc visible.

Atenent la normativa de qualitat de la comunitat autònoma corresponent, la direcció del centre ha de tenir sistemes que permetin avaluar la qualitat de l'assistència i l'adequació de la qualificació del personal segons la cartera de serveis de la residència.

Així mateix, el centre ha de tenir un **pla d'emergències i evacuació** degudament elaborat i visat per les autoritats competents, d'acord amb les normatives aplicables, així com correctament implementat.

També ha de complir la normativa establerta segons la **Llei orgànica de protecció de dades** i adoptar les mesures de seguretat oportunes per assegurar el control d'accés a persones autoritzades a la informació d'elevat nivell de protecció. D'aquesta manera, si hi ha bases de dades o fitxers informàtics, es trobaran registrats a l'Agència de Protecció de Dades autonòmica o estatal.

També en relació amb la protecció de dades, la direcció dels centres residencials geriàtrics ha de garantir la **protecció legal dels usuaris**, exercint la guarda de fet quan sigui necessari i comunicant al jutge els ingressos de presumptes incapaços. En residències privades, concertades i públiques (en aquest últim cas, segons normativa autonòmica vigent), es formalitza un contracte amb cada resident en què es detalla la relació i les condicions del servei. A més, el centre comptarà amb un sistema de guarda i custòdia dels objectes de valor dels residents.

D'altra banda, el sistema intern de recepció, seguiment i resolució de queixes ha d'estar organitzat de tal manera que pugui quedar constància escrita del motiu de la queixa, així com de les actuacions empreses per donar curs i solucionar el problema. El centre disposarà de registre de reclamacions amb fulls numerats que permetin còpies, les quals s'enviaran a la institució competent i seran contestades per escrit.

Els centres comptaran amb els plans i llibres regulats per decrets i lleis (pla de manteniment preventiu i correctiu, pla d'aigües per a prevenció de legionel·losi, llibre de menjador col·lectiu, llibres de reclamacions, pla d'emergència i evacuació), i ha de complir la normativa en relació amb la identificació de tots els residus generats al centre i el seu correcte tractament, emmagatzematge i eliminació, segons les directrius de protecció mediambiental.

D'altra banda, hi ha d'haver un organigrama actualitzat que indicarà els llocs de responsabilitat i les seves funcions que es donarà a conèixer a residents, familiars i treballadors, així com un horari general (menjars, trasllats i els horaris dels suports en AVD) i un horari de programes i activitats, que detalla els residents que hi assisteixen.

La direcció del centre ha de participar en els programes de prevenció i reducció de riscos de lesions i accidents en els usuaris, personal i visites, i ha de vetllar per la prestació d'una assistència de qualitat que tingui en compte la satisfacció del client intern i extern, la millora de l'actuació, la vigilància de la qualificació del personal i l'eficiència i adequació de l'ús de recursos.

També s'ha d'avaluar periòdicament el nivell de satisfacció de residents, familiars i treballadors per adoptar les mesures necessàries per a la millora, i cal disposar

d'un **pla de centre**, segons la normativa autonòmica vigent, amb programació d'activitats, programes, criteris d'organització, planificació i funcionament de tots els seus serveis.

El centre ha de disposar d'un **reglament de drets i deures dels residents**, aprovat per l'òrgan competent, que és donat a conèixer de manera clara i intel·ligible tant a tots els residents com al personal del centre. A tota persona que ingressi se li ha de lliurar, en forma escrita, la normativa sobre els aspectes particulars del centre, i se li ha d'explicar oralment per garantir que l'ha entès.

Tots els residents tenen dret a mantenir relacions amb els seus familiars i cercles pròxims, respectant les normes del centre, i tant els residents com els seus familiars tenen dret a ser informats de qualsevol canvi que pugui originar-se en la dinàmica de funcionament de la residència.

L'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, integrat avui dia dins del Departament d'Afers Socials i Família, va dissenyar els indicadors de l'avaluació externa de tots els centres i serveis que s'ofereixen a la comunitat.

Un sistema per avaluar la qualitat d'un centre s'ha de basar en una sèrie d'indicadors per poder quantificar-la. Generalment, tots els indicadors s'agrupen en grans àrees o dimensions, i s'apliquen instruments per tal de valorar-los. S'utilitzen les quatre dimensions següents: atenció a la persona; relacions personals i drets dels residents; serveis i organització.

Finalment, partint dels resultats obtinguts, es pot elaborar un manual o una **guia de bones pràctiques** per incidir en els aspectes positius per assolir una millora contínua. Aquesta guia s'ha de donar a conèixer a tots els professionals del centre com a orientació per millorar les seves intervencions. Cada centre assistencial, a partir dels seus resultats i de les seves propostes de millora, ha d'elaborar la seva pròpia guia, que defineix quines bones pràctiques clau vol potenciar i desenvolupar.

La **bona pràctica** és un conjunt d'accions que introdueix millores en les relacions, els processos i activitats, orientades a produir resultats positius sobre la qualitat de vida (satisfacció i benestar personal i emocional) de les persones en situació de dependència i/o amb discapacitat.

Una bona pràctica ha de ser:

- **Actual:** ha de tenir en compte tant els avenços de les ciències socials i del comportament —paràmetres teòrics— com els derivats de la investigació i de les polítiques —de caràcter estatal o autonòmic.
- **Consensuada** per totes les persones que participen en el procés: ha de ser adequada, valuosa i efectiva per a la major quantitat possible de protagonistes i agents de l'organització (persones usuàries, familiars i professionals).
- **Eficaç:** ha de ser capaç de donar respostes factibles, fàcils de dur a terme per a demandes, necessitats, desitjos o preferències de les persones.

En els annexos podeu veure la pàgina web amb tots els indicadors d'avaluació dels diferents centres i serveis.

En els annexos podeu veure un model de guia de bones pràctiques.

- **Apoderadora:** ha de donar visibilitat avaluada a les estratègies d'anàlisi de les dimensions de treball, així com als suports i recursos naturals de la persona i el seu entorn.
- **Èticament acceptable:** ha d'estar basada en els valors i drets, han de ser coherents i donar respostes centrades en el respecte a la llibertat i dignitat de la persona. Ha de potenciar una pedagogia dels drets i els deures que tot ciutadà ha de complir en la nostra societat.
- **Interdisciplinària:** ha de ser capaç d'oferir punts de trobada i convergència a tots els professionals, des d'una metodologia que requereix coherència en la intervenció, amb continuïtat i constància i que posi la qualitat de vida de la persona al seu centre.
- **Jurídicament conforme:** ha d'estar d'acord amb els principis normatius i legals que protegeixen els drets de les persones i les formes de convivència.
- **Objecte d'aprenentatge:** ha de permetre reflexionar des de l'acció i l'experiència i participar en un procés d'aprenentatge continu (a professionals, als equips i fins i tot per a la persona usuària o altres agents de l'entorn). Això permet aprendre dels errors comesos i definir recomanacions de millora.
- **Participativa:** ha de preveure expressament la participació i la implicació de les persones usuàries i/o els seus familiars i dels professionals.
- **Perdurable:** ha de perdurar en el temps, no s'ha de limitar a un període breu d'aplicació ni s'ha d'esgotar després de la seva implementació.
- **Pertinent:** ha de ser capaç d'abordar situacions, necessitats o desitjos concrets i específics; problemàtiques evidents i evidenciables que necessiten resposta.
- **Planificada i entroncada en l'organització:** ha de ser resultat de la sistematització i la planificació del treball de l'equip (suficient definició metodològica i que prevegi la idea d'un procés: l'abans, durant i el després). S'ha d'inserir en les formes d'organitzar i d'intervenir en la institució (programes, plans d'intervenció individual, estructures de participació, etc.) i generar noves formes d'intervenció i relació personal.
- **Realista:** ha d'aportar també les dificultats i limitacions que podem trobar en la seva implantació. Ens ha de permetre anticipar-nos als obstacles i minimitzar els fracassos.
- Resultat del **sentit comú** i d'experiències desenvolupades anteriorment amb èxit (encara que sovint fossin poc reconegudes): la bona pràctica posa en valor les innovacions i els esforços, reforça la vivència de possibilitat i d'assoliment.
- **Satisfactòria:** ha de generar benestar assistencial i emocional per a les persones usuàries i/o seus familiars. També ha de poder generar, encara que sigui en menor mesura, satisfacció i benestar en els professionals.

- **Segura i de qualitat:** ha d'estar orientada a potenciar entorns de qualitat i seguretat a les persones des de dues perspectives: la física (entorns segurs i accessibles que permetin el desenvolupament normalitzat de la vida de la persona) i la psicoemocional (entorns predictibles i agradables que permetin contrarestar les situacions de dificultat i pèrdua -emocional, funcional i social- que experimentin les persones).
- **Sistematitzada:** ha de poder ser explicada, comprensible, definible, registrada i compartible. Ha de quedar constància de la bona pràctica per escrit.
- **Transmissible:** ha de ser replicable sempre després de les necessàries adaptacions, i ha de permetre flexibilitat (ser adaptada i adoptada en altres contextos).
- **Verificable i avaluable:** ha de poder ser verificada a partir d'instruments de mesura o d'indicadors, i ser contrastable.

Per elaborar la guia de bona pràctica, cada centre pot partir de tots aquests indicadors que s'acaben d'esmentar i consignar en cada punt si l'indicador es compleix o no, i en quin sentit es podria millorar.



## 2. Documentació en l'àmbit educatiu

Els professionals tècnics que treballen en l'àmbit educatiu com a auxiliars d'educació especial, entre altres perfils, han de conèixer els documents existents dins d'un recurs educatiu a fi de comprendre de forma global les actuacions organitzatives i de gestió dels centres i també els aspectes pedagògics de la professió.

### 2.1 Concreció de l'autonomia en el centre educatiu: documents

L'autonomia de centres, orientada a assegurar l'equitat i l'excel·lència de l'activitat educativa, implica fonamentalment tres grans àmbits:

- **Pedagògic:** suposa elaborar el projecte educatiu de centre (PEC), la concreció del currículum, l'acció tutorial, el projecte lingüístic i la carta de compromís educatiu.
- **Organitzatiu:** implica prendre decisions en relació amb l'estructura organitzativa que s'adoptarà i elaborar les normes d'organització i funcionament del centre (NOFC).
- **Gestió de recursos:** fonamentalment humans, econòmics i materials.

Els documents de gestió del centre són els instruments per fer efectiu i operatiu l'exercici de l'autonomia i possibiliten la presa de decisions en relació amb els aspectes pedagògics, organitzatius i de gestió. Els principals són:

- Projecte educatiu de centre (PEC)
- Normes de funcionament i organització del centre (NOFC)
- Projecte de direcció (PdD)
- Programació general anual (PGA)
- Memòria anual (MA)
- Programacions didàctiques o d'aula

El document més important i amb més llarg recorregut és el projecte educatiu de centre, que es tradueix en les normes d'organització i funcionament, el projecte de direcció, la programació general anual i la memòria anual.

### 2.1.1 Projecte educatiu de centre (PEC)

El **projecte educatiu de centre (PEC)** és la màxima expressió de l'autonomia dels centres educatius. És el document on es recull cap a on van.

A partir de l'anàlisi de la realitat del centre, tant contextual com del seu funcionament, detectant fortaleses i debilitats, es plantegen una sèrie d'objectius que, amb la implicació de tota la comunitat educativa i prenent les decisions d'organització i funcionament corresponents, s'han d'assolir, o, si més no, cal tendir cap al seu assoliment. És el document estratègic on es reflecteixen les decisions pedagògiques, d'organització i de gestió, adaptades a la realitat dels alumnes i de l'entorn.

Els projectes educatius dels centres públics han d'estar inspirats pels següents principis:

- Escola inclusiva, que preserva l'equitat cercant l'excel·lència i definint-se com a laica i respectuosa amb la pluralitat, entre d'altres, amb les idees i les creences dels alumnes i llurs famílies.
- Qualitat pedagògica, direcció responsable, dedicació i responsabilitat docent.
- Avaluació i rendició de comptes.
- Implicació de les famílies.
- Implicació activa en l'entorn social, cooperant i integrant-s'hi plenament.

#### **Anàlisi de la inclusió en el centre educatiu**

Hi ha diversos instruments per analitzar la inclusió educativa d'un centre educatiu:

- Índex per a la inclusió: [bit.ly/2q2tUzB](https://bit.ly/2q2tUzB)
- Guia per a l'anàlisi, la reflexió i la valoració de pràctiques inclusives: [bit.ly/2DFunHb](https://bit.ly/2DFunHb)

El projecte educatiu de centre consta dels apartats següents:

- **Definició institucional:** la identitat del centre, el caràcter propi, les seves característiques, els elements del context i les necessitats educatives de l'alumnat.
- **Objectius del centre:** les prioritats, els plantejaments educatius i els procediments emmarcats en els principis d'equitat i excel·lència, coeducació, convivència, inclusió i atenció a la diversitat.
- **Criteria per a la concreció i el desenvolupament:** del currículum, de l'organització pedagògica, de l'estructura organitzativa, de la relació amb l'entorn i de la definició de la plantilla a través de perfils professionals singulars.

- **Pla d'atenció a la diversitat:** criteris, mesures i suports.
- **Pla d'acció tutorial:** acció tutorial i orientació educativa.
- **Projecte lingüístic:** tractament de les llengües al centre a partir de la realitat sociolingüística de l'entorn i la concreció d'aspectes relatius a l'ensenyament i a l'ús de les llengües.
- **Pla de les tecnologies de l'aprenentatge i el coneixement (TAC):** criteris per al desplegament i la inserció de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) en l'àmbit educatiu, de comunicació i administratiu.
- **Avaluació:** recollir, analitzar i valorar els indicadors de progrés que proporcionen informació sobre el context, els recursos, els processos i els resultats.

L'elaboració del projecte educatiu de centre ha de comptar amb la participació de tota la comunitat educativa i tenir en compte, si n'hi ha, els plans educatius d'entorn. El procés participatiu afavoreix el compromís i la implicació de les persones en el desenvolupament del projecte.

“La **comunitat educativa** està integrada per totes les persones i les institucions que intervenen en el procés educatiu. En formen part els alumnes, les famílies, el professorat, els professionals d'atenció educativa i el personal d'administració i serveis, l'Administració educativa, els ens locals i els agents territorials i socials i les associacions que els representen, i també els col·legis professionals de l'àmbit educatiu, l'associacionisme educatiu, les entitats esportives escolars i els professionals, les empreses i les entitats de lleure i serveis educatius.”

Llei d'educació de Catalunya, article 19.1.

#### **Plans educatius d'entorn**

Són instruments per donar una resposta integrada i comunitària a les necessitats educatives, coordinant i dinamitzant l'acció educativa en els diferents àmbits de la vida dels infants i joves.

### **2.1.2 Normes d'organització i funcionament de centre (NOFC)**

L'estructura organitzativa del centre es concreta en les normes d'organització i funcionament del centre (NOFC), que permeten prendre decisions sobre com s'organitza en funció del seu projecte educatiu. Per tant, és un instrument que permet desenvolupar i fer efectiu el PEC.

En les normes es posa l'accent en aspectes com l'eficàcia i l'eficiència, la garantia del dret a una educació de qualitat per a tots els alumnes i tots els aspectes relatius a la convivència.

Les normes inclouen:

- **Criteris organitzatius del centre:** vinculats fonamentalment a càrrecs i responsabilitats.
- **Criteris i mecanismes pedagògics:** concreció de l'organització pedagògica i, específicament, el temps, l'agrupament de l'alumnat, l'atenció a la diversitat, els equips docents, la coordinació d'equips, l'acció tutorial, els procediments de seguiment i avaluació, les activitats no lectives de suport i lleure i la coordinació amb els serveis educatius.

- Procediments en relació amb els documents del centre: participació, aprovació, revisió, etc.
- Participació d'altres professionals d'atenció educativa en el claustre.
- Participació de la comunitat escolar en la vida del centre.
- Participació de la comunitat educativa en la vida del centre.
- Normes de convivència del centre, entre d'altres: mesures per a la promoció de la convivència i previsió de mecanismes de mediació; prevenció de l'assetjament i les conductes discriminatòries; definició de faltes lleus i establiment de mesures correctores i sancionadores; mesures de prevenció i control de l'absentisme escolar; regulació de l'ús dels telèfons intel·ligents i altres dispositius mòbils.
- Projectes específics del centre i projecte d'innovació i altres mesures particulars que el centre desenvolupa, entesos com a motors de canvi i de millora de la qualitat.

“La comunitat educativa del centre, o **comunitat escolar**, està integrada pels alumnes, les mares, els pares o tutors, el personal docent, altres professionals d'atenció educativa que intervenen en el procés d'ensenyament en el centre, el personal d'administració i serveis i la representació municipal, i, en els centres privats, els representants de llur titularitat.”

Llei d'educació de Catalunya, article 19.2.

Els centres han d'establir compromisos amb les famílies, mitjançant la **carta de compromís educatiu**, per donar a conèixer el projecte educatiu, incentivar el treball de l'alumnat i afavorir la corresponsabilitat de la família i el centre respecte al procés educatiu de cada alumne.

### 2.1.3 Projecte de direcció

Vinculat al projecte educatiu de centre hi ha el projecte de direcció (PdD), que concreta el desplegament i l'aplicació del projecte educatiu de centre per al període del mandat de la direcció.

El projecte de direcció ha d'establir els objectius que cal assolir a nivell pedagògic i de convivència, així com les línies d'actuació prioritàries. S'hi concreta l'estructura organitzativa i s'hi formulen els indicadors que han de servir per avaluar l'exercici de la direcció. La direcció ha d'exercir un lideratge distribuït, que es tradueix bàsicament a compartir responsabilitats, amb la participació en la presa de decisions de la comunitat escolar per aconseguir la seva implicació i compromís.

### 2.1.4 Programació general anual (PGA)

La programació general anual (PGA) concreta el projecte de direcció de cada curs escolar dins del marc del projecte educatiu de centre. En la programació es recullen, per a cada curs escolar, la concreció de les prioritats i els aspectes relatius al funcionament del centre i a les activitats en els diferents àmbits d'autonomia d'aquest: pedagògic, organitzatiu i de gestió de recursos.

### 2.1.5 Memòria anual

La memòria anual (MA) inclou l'avaluació de l'assoliment dels objectius previstos en la PGA d'acord amb els criteris, els indicadors i els procediments d'avaluació establerts en el projecte educatiu de centre (PEC) i concretats en el projecte de direcció (PdD).

### 2.1.6 Programació didàctica

La **programació didàctica** se situa en el darrer nivell de concreció del currículum. Són les decisions corresponents als docents sobre què, quan i com ensenyar, i què, quan i com avaluar, concretades en el dia a dia a l'aula.

Les programacions d'aula normalment es fan per unitats didàctiques amb sentit complet en si mateixes. S'inicien i finalitzen en un període de temps acotat, i s'hi recullen els objectius d'aprenentatge, els continguts que es treballaran, les activitats d'ensenyament i d'aprenentatge previstes amb les diferents decisions que suposen (espais, agrupament, materials, etc.) i, finalment, els criteris d'avaluació.

#### Programacions d'aula

Per dur a terme les programacions existeixen documents d'orientacions per a les diferents etapes educatives.

- Educació primària: [bit.ly/2xjL7Ph](https://bit.ly/2xjL7Ph)
- Educació secundària: [bit.ly/2pl72lz](https://bit.ly/2pl72lz)

Els **objectius d'aprenentatge** es redacten en infinitiu i expressen allò que es vol aconseguir que els infants i joves aprenguin. Es recomana, per tal que la programació sigui funcional, no elaborar un gran llistat d'objectius, sinó al contrari, prioritzar-los per tal de poder-los tenir presents al llarg del desenvolupament de la unitat.

Els objectius d'aprenentatge han d'incloure les capacitats o les competències. Els objectius d'aprenentatge es desenvolupen a través d'uns continguts i d'unes **activitats**: els continguts per fer programacions són els presents en els currículums

oficials (primer nivell de concreció) i es poden matisar, concretar, ampliar, etc. Pel que fa a les decisions sobre les activitats, cal decidir la millor manera de promoure l'aprenentatge que es persegueixi.

És la part més creativa de la programació, ja que per promoure el procés d'aprenentatge hi ha diversos camins i, a més, cada aprenent ha de poder seguir el seu camí. Per prendre aquestes decisions cal tenir present com es du a terme el procés d'aprenentatge, les diferències individuals en aquest procés i la varietat de metodologies, el material per crear situacions d'aprenentatge potents, etc. Quan es programen les activitats es prenen decisions sobre què faran els alumnes, què faran els docents, com s'agruparà l'alumnat, on es desenvoluparà el procés d'ensenyament i d'aprenentatge, quins materials i recursos s'utilitzaran, la durada de l'activitat, etc.

Tenint en compte que els processos d'avaluació es duen a terme al llarg de tot el procés, s'han d'especificar els criteris d'**avaluació**: què s'avaluarà. Cal elaborar indicadors d'aprenentatge i preveure moments i instruments que permetin valorar el procés. És fonamental que els criteris d'avaluació estiguin directament vinculats als objectius d'aprenentatge per donar coherència a tot el procés. Per tant, es tracta d'avaluar allò que s'ha pretès ensenyar.

## 2.2 Documents de centre i atenció a la diversitat

Els diversos documents que permeten concretar les decisions pedagògiques, organitzatives i de gestió del centre, dins del marc de la seva autonomia, recullen aspectes relatius a l'atenció a la diversitat.

El PEC inclou el pla d'atenció a la diversitat, on es prenen les decisions pedagògiques en el marc d'un sistema inclusiu i, per tant, assenyala aquelles mesures i suports de caràcter universal i aquelles que, dins del marc de les universals, suposen actuacions addicionals o intenses. En el PEC també es prenen decisions curriculars corresponents al segon nivell de concreció, fet que permet contextualitzar i concretar en el centre educatiu les decisions sobre què ensenyar, quan ensenyar i com ensenyar, i també què, quan i com avaluar.

En les normes d'organització i funcionament de centre s'estableix l'organització d'aquest per permetre les mesures universals, i en cas que calgui, les addicionals o intenses.

En la programació anual es recullen curs rere curs les diferents actuacions.

Les programacions d'aula són la darrera concreció del currículum, i les mesures d'atenció a la diversitat, si n'hi ha, han de tenir en compte els plans de suport individualitzats dels alumnes que requereixen mesures intenses d'atenció educativa.

## 2.3 Pla d'atenció a la diversitat

Els centres educatius, en el marc de l'autonomia de centres, prenen decisions sobre com atendre la diversitat de l'alumnat i estableixen els principis que la guiaran. Aquestes decisions, recollides en el projecte educatiu de centre (PEC) i en la normativa d'organització i funcionament de centre (NOFC), s'especifiquen en el pla d'atenció a la diversitat.

En el pla d'atenció a la diversitat s'hi inclou:

- Funcionament de la comissió d'atenció a la diversitat (CAD) i, si n'hi ha, de la comissió social (CS).
- Mesures universals, addicionals i intenses d'atenció a la diversitat.
- Suports i recursos vinculats a les mesures d'atenció a la diversitat.
- Criteris per a l'atenció a la diversitat: procediment d'assignació de les mesures, dels suports i dels recursos i funcionament d'aquestes mesures i suports.
- Criteris pedagògics i organitzatius per a l'atenció a la diversitat.
- Procés de coordinació entre els professionals del centre i entre aquests i els serveis educatius
- Procés de coordinació amb les famílies dels infants i joves.
- Criteris per a l'elaboració del pla de suport individualitzat (PI).

El pla d'atenció a la diversitat ha d'incloure les mesures i els suports previstos per atendre la diversitat de l'alumnat. Això implica prendre decisions pedagògiques, organitzatives i de gestió de recursos humans i materials. D'entrada, ha de preveure les mesures universals i els suports que hi van associats. Aquestes són les mesures clau, i només en el cas de no arribar a atendre, a través d'aquestes mesures, les necessitats específiques de suport educatiu de l'alumnat, s'han de preveure les addicionals i, si es dona el cas, les intenses.

### 2.3.1 Avaluació de l'alumnat amb NESE

La resolució del 26 d'abril de 2018 de la Direcció General d'Educació Infantil i Primària estableix, per als Equips d'Assessorament Psicopedagògic (EAP), els procediments que cal seguir i els protocols que han d'utilitzar per elaborar els informes. Especifica que els relatius al reconeixement de necessitats específiques de suport educatiu s'elaboren quan hi ha:

#### 1. Necessitats educatives especials (NEE)

---

La **comissió d'atenció a la diversitat** s'encarrega de planificar, promoure i fer el seguiment i la valoració de les mesures i dels suports que es duen a terme al centre per atendre la diversitat de l'alumnat.

---

La **comissió social** sorgeix de la comissió d'atenció a la diversitat com a espai interdisciplinari per abordar de manera específica les problemàtiques socials d'infants i joves, és a dir, les situacions socials o familiars desfavorides o de risc social.

---

En els annexos podeu veure la pàgina web de l'Escuela de Familias (Junta d'Andalusia), amb informació sobre les diferents necessitats educatives especials.

- Discapacitat intel·lectual: lleugera (DIL), moderada (DIM), severa (DIS) o profunda (DIP)
- Pluridiscapacitat (PD)
- Discapacitat auditiva: lleugera (DAL), mitjana (DAM), severa (DAS) o profunda (DAP)
- Discapacitat visual (DV)
- Discapacitat motriu: autònom (MA), semiautònom (MS) o dependent (MD)
- Trastorn de l'espectre autista (TEA)
- Trastorns greus de la conducta
- Trastorn mental greu
- Retard del desenvolupament sense etiologia clara (fins als 6 anys)

## 2. Retards d'aprenentatge greus

## 3. Trastorns condicionants de l'aprenentatge

## 4. Altes capacitats (AC)

"Les necessitats específiques de suport educatiu es concreten en els aspectes següents:

- a) Cura i higiene personal
- b) Mobilitat i desplaçaments
- c) Regulació del comportament i la interacció
- d) Salut i seguretat
- e) Processos cognitius i d'aprenentatge
- f) Comunicació i llenguatge."

Resolució de 26 d'abril de 2018 de la Direcció General d'Educació Infantil i Primària (Generalitat de Catalunya), article 3.

En l'annex 4 d'aquesta resolució s'estableixen els àmbits que concreten les NESE i els ítems per valorar les necessitats de suport complementari:

### 1. Autonomia i procediments en la cura i la higiene personal

- Higiene
- Alimentació
- Canvi de roba i calçat

### 2. Mobilitat i desplaçaments

- Com fa les transferències i com es desplaça
- Autonomia en els desplaçaments

### 3. Regulació del comportament i la comunicació

- Autoregulació social



- Conducta social (compliment de normes)
- Autoregulació escolar

#### 4. Salut i seguretat

## 2.4 Pla de suport individualitzat

El pla de suport individualitzat (PI) és una eina de planificació que recull les valoracions i les decisions dels equips docents, amb la col·laboració de la família i la implicació, si és possible i pertinent, de l'alumne sobre les mesures i els suports per donar resposta a l'alumnat que requereix mesures i suports intensius d'atenció educativa. En alguns casos també s'ha d'elaborar per a alumnat que requereix mesures i suports addicionals. La finalitat del PI és garantir una atenció educativa individualitzada que possibiliti el progrés i el màxim desenvolupament personal i social de l'infant o jove a través de l'aprenentatge, la socialització i la participació en la vida de l'aula i del centre educatiu ordinari.

El **pla de suport individualitzat** (PI) és un conjunt de decisions relatives a l'adaptació del currículum d'un infant o jove on es preveuen les mesures i els suports per donar resposta a les seves necessitats i característiques.

El PI recull documentalment dos aspectes complementaris:

1. Valoració de les necessitats específiques de suport educatiu (NESE) de l'alumne/a
2. Decisions sobre les mesures i els suports per donar resposta a les necessitats detectades:
  - Mesures i suports adreçats a l'alumne/a vinculats a les àrees o matèries
  - Estratègies metodològiques
  - Criteris d'avaluació relatius al seu procés d'aprenentatge i evolució personal
  - Objectius de treball compartits amb la família i la implicació de l'alumne/a

El PI s'elabora per a l'alumnat del segon cicle d'educació infantil, primària, secundària obligatòria i secundària postobligatòria que presenta les següents característiques:

- Necessitats educatives especials.
- Desconeixement de la llengua vehicular de l'escola: es tracta de nouvinguts que s'incorporen tardanament al sistema educatiu, o bé d'alumnat de procedència estrangera que rep suport lingüístic i social.

En els annexos podeu trobar un model de pla de suport individualitzat, recursos educatius i de diversitat dels alumnes amb NEE.

- Alumnes que són fora de l'escola per circumstàncies de salut, per problemes amb la justícia o per mesures de protecció.
- Altes capacitats: se'ls redueix la durada dels estudis.
- Que cursen, simultàniament a l'educació secundària obligatòria, altres estudis de música o dansa, o tenen una dedicació significativa a l'esport.
- Informe de l'EAP: quan l'EAP ha reconegut la necessitat específica de suport educatiu derivada, entre d'altres, de situacions socials especialment desfavorides.
- Alumnes que en les avaluacions presenten resultats significativament inferiors o superiors als del nivell d'estudis corresponents.
- Excepcionalment, alumnat que per assolir les competències bàsiques requereix altres mesures addicionals.

Les fases d'elaboració i aplicació d'un PI són les següents:

1. **Termini:** s'ha d'haver redactat en el termini màxim de dos mesos des que se'n determina la necessitat.
2. **Elaboració:** l'elabora el tutor/a de l'alumne amb la participació de l'equip docent, la família i, si escau, el mateix alumne/a.
3. **Aprovació:** l'aprova la direcció del centre, amb el vistiplau de la comissió d'atenció a la diversitat (CAD).
4. **Seguiment:**
  - El tutor/a en fa el seguiment, juntament amb l'equip docent, la família i, si escau, el mateix alumne/a.
  - La CAD vetlla pel seu compliment i per la coordinació i col·laboració entre els professionals que hi intervenen.
  - El PI s'avalua i actualitza en funció del progrés de l'alumne/a.
5. **Revisió:** es revisa de manera periòdica, com a mínim una vegada cada curs escolar.
6. **Finalització:** pot finalitzar en qualsevol moment i, si l'evolució de l'alumne/a ho aconsella, abans del termini previst inicialment.

Més enllà del que és prescriptiu, i lligat a la perspectiva de l'aprenentatge personalitzat, és interessant que tot l'alumnat participi en l'elaboració del **perfil de l'aprenent**, on consta, entre d'altres, com es veuen a si mateixos com a persones i membres de la comunitat, quins interessos i habilitats tenen, com aprenen, quines són les seves fortaleses, què volen fer quan acabin l'ESO, etc. A partir d'aquest perfil s'elabora el **pla d'aprenentatge**, que inclou els objectius que es proposen assolir, les activitats escolars que pensen que els ajudaran, la planificació temporal, el procediment per revisar si els objectius es van assolint i, si cal, el procediment per modificar el pla.

## 2.4.1 Instruments per a l'observació

Els registres són els instruments que ens permeten recollir les dades extretes de la nostra observació. Poden ser no sistematitzats, de caire narratiu, o bé sistematitzats, en què la recollida de dades resulta més objectiva i categorial.

En els **registres no sistematitzats o narratius**, l'observador identifica i interpreta els esdeveniments o comportaments de manera descriptiva. La seva capacitat de percebre i transmetre els fets en condiona la fiabilitat. Resulta positiu com a observació prèvia per establir els límits de l'observació sistematitzada. Els registres narratius més utilitzats són:

- **Notes de camp:** s'utilitzen en l'observació participant, on es recullen determinats fets significatius de manera breu per al seu desenvolupament posterior.
- **Diaris:** suposen una modalitat de registre molt obert de caràcter longitudinal, on es tenen en compte esdeveniments al llarg d'un determinat espai de temps. Els fets es registren una vegada han succeït; per tant, depenen de la capacitat d'interpretació i memòria de l'observador o observadora. Resulta útil per analitzar el desenvolupament dels esdeveniments al llarg d'un temps.
- **Anecdotalis o registres anecdòtics:** són descripcions d'algun esdeveniment o conducta puntual que es considera rellevant. S'utilitza per registrar conductes de tipus emocional, social o actitudinal, referents a situacions significatives de caire afectiu, agressiu o d'habilitats socials. En moltes ocasions aquestes conductes demanen i, per tant, criden l'atenció de la professora o el professor. El registre anecdòtic, tot i que ha de ser una transcripció minuciosa i al més objectiva possible d'un esdeveniment, pot comptar amb comentaris del professorat. La freqüència i l'amplitud de les conductes observades poden evidenciar possibles problemàtiques no identificades a través d'altres mecanismes d'avaluació.
- **Registre descriptiu:** el registre descriptiu és molt semblant a l'anecdotali, però si l'anecdotali es basa en situacions recollides de manera espontània, en el registre de mostres o descriptiu, en canvi, les dades a recollir se seleccionen prèviament i el seu registre es realitza a través de l'observació no participant, la qual cosa dota la informació de certa objectivitat. El registre descriptiu ha de preveure la valoració de la conducta observada i la interpretació d'aquesta. Normalment és molt efectiva per a l'observació de conductes psicomotrius, socioemocionals i actitudinals.
- **Registres acumulatius:** aglutinen tota la informació referent a l'avaluació de l'alumnat durant una etapa educativa. Són instruments que permeten a les famílies, a l'alumnat i al centre evidenciar el progrés d'un alumne durant un curs escolar. S'ha de deixar constància de les avaluacions inicials, les formatives i les finals o sumatives realitzades, i hi han de constar els següents documents:

---

L'observació no participant és aquella en què l'observador recull informació significativa del subjecte observat sense establir interacció amb ell i, per tant, sense que ell se n'adoni.

---

1. Fitxa d'inscripció escolar amb les dades personals de l'alumne o alumna
2. Historial personal i acadèmic
3. Registres de les observacions realitzades
4. Registres de les entrevistes realitzades
5. Mostres dels treballs realitzats per l'alumne o alumna

D'altra banda, els **registres sistematitzats** o categorials requereixen a priori l'anàlisi i l'establiment de les conductes a observar. Així, s'ha d'elaborar un sistema de categories on s'exposaran un seguit de conductes significatives i susceptibles de ser observades, les quals han de ser excloents i independents entre si. L'observador o observadora ha de registrar de manera graduada o en termes absoluts l'absència o la presència de les conductes indicades en el registre d'observació. Les més representatives són les llistes de control i les escales d'estimació.

- Les **l·listes de control** són una tècnica d'observació categorial on s'assenyala la presència o absència d'una determinada conducta o fet a observar. S'hi recullen les evidències de manera dicotòmica. L'instrument ha de constar dels ítems o categories a observar i de dues possibles opcions de resposta: l'afirmació o negació de la conducta a observar. L'objectiu és constatar la realització o no de les conductes relacionades; aquest registre no permet emetre judicis de valor. Les llistes de control són senzilles d'aplicar i permeten l'avaluació ràpida i objectiva dels aprenentatges adquirits.
- **Escales d'estimació valoratives:** són similars a les llistes de control, però permeten destacar la freqüència i la intensitat dels comportaments prèviament definits. Les categories establertes permeten graduar les respostes, de tal manera que aquestes escales poden ser numèriques, graduant d'1 (molt poca intensitat) a 4 (molta intensitat); verbals, establint els paràmetres de "mai / de vegades / quasi sempre / sempre", o descriptiva, com pot ser "molt poc / poc / bastant / molt", entre d'altres.

Les escales d'estimació presenten les següents característiques:

- Hi han d'estar ben especificats els aspectes a valorar.
- Els trets a observar han de ser conductes observables, sense ambigüitats ni solapaments amb altres ítems.
- Han d'admetre la graduació de l'escala establerta.
- Són més complexes que les llistes de control, ja que no tan sols hem d'identificar la conducta, també s'ha de valorar.
- No inclouen comentaris del professorat.

La figura 2.1 mostra un quadre amb un exemple d'escala d'estimació valorativa sobre competència social.

**FIGURA 2.1.** Exemple d'escala d'estimació valorativa

COMPETÈNCIA SOCIAL. HABILITATS D'INTERACCIÓ SOCIAL					
	Mai	Quasi mai	De vegades	Quasi sempre	Sempre
Esforçar-se per prendre la iniciativa en activitats o per resoldre les pròpies necessitats					
Respondre al contacte social					
Respondre amb la mirada quan se li parla					
Saludar espontàniament					
Ser actiu en la demanda d'afecte, companyia i joc					
Relacionar-se amb els altres nens (per fer-los gestos d'estimació)					
Mostrar intenció comunicativa mitjançant l'oferta d'objectes, gestos, etc.					
Defensar les seves pertinences (possessió)					
Tenir iniciativa en el joc (només en el joc propi, sense buscar companys/es)					
Seguir pautes en el joc					
Respectar el torn, en el joc i altres situacions					
Adaptar-se bé a l'escola					

En la figura 2.2 es mostra un quadre amb la tècnica d'observació i diferents exemples d'instruments emprats per observar. A més, s'hi recullen altres tècniques que també s'utilitzen en l'avaluació educativa i els instruments que hi estan associats, i que normalment utilitzaran altres professionals.

En els annexos podeu trobar una graella d'observació realitzada pel Departament de Diversitat de l'IES Cavall Bernat.

**FIGURA 2.2.** Tècniques i instruments d'avaluació educativa

Tècniques	Instruments
L'observació	Notes de camp Diari d'aula Registre anecdòtic Escala d'estimació Llistes de control
La interrogació	L'entrevista L'enquesta El qüestionari Proves objectives Exàmens
L'autoavaluació	Contracte didàctic Portafolis E-portafolis
Altres tècniques	Rúbriques Escala d'actitud Sociogrames Històries de vida



### 3. Documentació en l'àmbit domiciliari

La gestió de la documentació en l'àmbit domiciliari depèn d'on ens situem: bé com a professionals de l'atenció domiciliària, bé com a empresa que gestiona el servei, bé com a servei públic que ofereix el servei. Cadascun d'aquests àmbits disposa d'una sèrie de documentació relativa al treball que desenvolupa. Aquesta documentació serveix per:

- Registrar informació per a l'anàlisi, la revisió o la comunicació a terceres persones.
- Fer anàlisis estadístiques que permetin abordar la realitat.
- Desenvolupar una atenció i una intervenció de qualitat.
- Facilitar la tasca de seguiment i avaluació de la intervenció per part del personal tècnic, de gestió i de la direcció del servei.
- Detectar noves necessitats i promoure canvis i millores en la gestió i intervenció.

#### 3.1 Documentació per a l'organització de l'atenció a persones en situació de dependència en l'àmbit domiciliari

Pel que fa a la documentació, no es pot deixar d'esmentar que l'ús i el registre d'informació relativa a persones està regulat per lleis com la Llei orgànica 3/2018 ([bit.ly/2PMpTVv](https://bit.ly/2PMpTVv)), de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals que garanteix i protegeix el tractament de dades personals i els drets fonamentals de les persones físiques, tant pel que fa a documents en suport físic com digital, i sobre l'ús tant en el sector públic com privat.

La Llei de protecció de dades obliga les empreses a informar les persones de les quals recolliran dades sobre la finalitat de la recollida i assegurar que no se'n farà ús per a altres finalitats, així com a garantir el dret d'accés, modificació o anul·lació d'aquesta informació.

Com que l'atenció domiciliària és un servei públic que normalment és gestionat per empreses privades o d'iniciativa social i es produeix una cessió de la informació entre uns i altres, és imprescindible que els usuaris signin un permís de consentiment perquè ambdues entitats comparteixin les dades. També es recollirà el dret al secret professional de les dades.

### 3.1.1 Moment inicial

La **sol·licitud** és el document que ha d'omplir en primer lloc una persona que requereix el servei d'atenció domiciliària. Juntament amb la sol·licitud, la persona ha d'adjuntar tota la informació necessària que justifica aquesta petició.

La sol·licitud l'ha de presentar la persona interessada o bé el seu tutor legal, així com la documentació requerida en cada cas, que serveix per certificar dades econòmiques, familiars, socials, sanitàries, etc. La majoria de serveis socials municipals demanen:

- DNI, NIE, passaport o permís de residència de la persona interessada i/o del seu representant legal
- Certificat de convivència
- Informe de valoració de la dependència
- Informe social
- Justificant d'ingressos anuals (IRPF, pensions o rendiments de treball)
- Fotocòpia del contracte de lloguer de l'habitatge o còpia de l'escriptura de l'habitatge
- Dades bancàries

En els annexos hi podeu trobar dos models de sol·licitud del servei d'atenció domiciliària dels ajuntaments de Terrassa i d'Amposta.

Una vegada tramitada la sol·licitud, des dels serveis socials se n'expedeix la resolució. Abans de la resolució, si escau, es fa una visita al domicili i les entrevistes que corresponguin. Si la persona usuària reuneix els requisits i els barems per ser admesa en el servei es determina el contracte d'assistència o servei i quins són els serveis que ha de rebre.

És important que el **contracte de servei** o **pacte de prestació del servei** estigui consensuat amb les persones usuàries dels serveis, ja que en aquest document es recullen les condicions del servei i el que es pretén aconseguir amb el servei.

El contracte de servei és un document que recull els objectius i les activitats que es faran, així com els horaris, els drets i els deures de les persones usuàries i altres aspectes d'interès. Hi figuren, com a mínim, les dades següents:

- Dades d'identificació dels usuaris
- Dades dels serveis socials
- Tasques que es faran
- Període de prestació del servei
- Nombre d'hores diàries i horari
- Persones que actuaran en el domicili



- Drets i deures de la persona usuària

De vegades, quan s'han de custodiar les claus del domicili de les persones usuàries, aquestes n'autoritzen la cessió a l'empresa i, amb la conformitat del referent municipal, se signa el document de **custòdia de claus**.

Aquesta autorització ha de ser per escrit; l'empresa adjudicatària ha de lliurar al/la responsable del SAD municipal una còpia de l'autorització de la cessió. En acabar la prestació del servei, l'empresa retornarà les claus a la persona usuària o a la persona que es va indicar en el seu moment.

El document de devolució de les claus, signat, s'ha de fer arribar al/la responsable del SAD municipal.

### 3.1.2 Durant la intervenció

Una vegada s'ha pactat el **contracte de servei**, el tècnic en atenció a la dependència necessita un pla de treball per executar la seva intervenció.

El **pla de treball** és el document en el qual es recullen les intervencions i les actuacions que dels professionals duren a terme amb les persones usuàries. És una planificació que recull els objectius i les estratègies per aconseguir-los utilitzant una metodologia específica.

Normalment, el professional també disposa de **fulls de registre** on anota les diferents tasques i tot el que es va desenvolupant en el dia a dia, com ara l'alimentació, la salut, el vestuari, la higiene, etc.

El disseny del pla de treball implica l'organització sistemàtica de la intervenció en objectius i activitats i, per tal de poder portar-lo a terme, estableix un seguit de tasques per a cada activitat. Així, al pla de treball hi consten les tasques i de quina manera es distribueixen, quan es distribueixen i a qui s'atribueixen. És important també que l'equip estableixi canals de coordinació, comunicació i supervisió.

Un altre document que s'utilitza durant la intervenció és la **planificació setmanal**, el document on s'indica què ha de fer cada professional durant la setmana, els serveis que s'han de prestar i l'horari de prestació del servei. Aquesta planificació serveix perquè el professional s'organitzi i sàpiga quina feina ha de fer cada dia de la setmana.

Durant l'execució del pla de treball també s'ha de portar un registre del que va passant. Aquest procés de recollida d'informació és el que coneixem com a seguiment, i es porta a terme a través dels fulls de seguiment.

Els **fulls de seguiment** són els documents que recullen totes les tasques realitzades previstes, així com les incidències que hagin pogut sorgir. El **full d'incidències** recull els canvis o les eventualitats, com ara defuncions, altes, trasllats, queixes, etc.

Una vegada al mes es fa una reunió mensual amb la coordinadora tècnica de l'empresa i la persona encarregada de l'ajuntament per tal de posar en comú les incidències que hagin pogut sorgir.

Semestralment es farà una reunió entre la coordinadora tècnica, els treballadors i treballadores familiars i el personal de l'ajuntament amb la intenció de revisar el pla de treball i coordinar les actuacions.

Cada cop més, tota aquesta informació es va informatitzant, ja que cal tenir molta informació recollida d'una manera ordenada. Quan hi ha un sistema de gestió informatitzada, els tècnics de l'ajuntament també poden consultar dades com ara:

- Fitxa de l'usuari.
- Hores assignades al mes.
- Horari estàndard.
- Control de les hores al mes (control presencial): el control presencial s'haurà de fer mitjançant la lectura d'un codi QR o similar en el domicili on es realitzi el servei. Si no hi ha aquest sistema, l'empresa ha de fer el control presencial mitjançant una trucada a un telèfon gratuït des del telèfon fix del domicili on es faci el servei.
- Registre d'incidències.
- Professional que va al domicili i la seva titulació.
- Horaris per professionals.
- Si hi ha custòdia de claus, l'escrit signat per ambdues parts.
- Control de facturació.

En els annexos podreu veure tots els models de documentació del Servei d'Ajuda a Domicili del Consorci de Serveis Socials de l'Ajuntament d'Albacete.

Durant el procés d'intervenció es fa una avaluació continuada del pla de treball que comporta una valoració sobre l'eficàcia i l'eficiència dels objectius plantejats, els recursos, la metodologia, les activitats, etc. Al llarg de la intervenció i a través dels fulls de seguiment i incidències, i de les reunions i les entrevistes de seguiment amb les persones usuàries, es pot determinar si el diagnòstic respon a les necessitats reals i, si no és així, s'ha de procedir a una nova reprogramació.

### 3.1.3 En el moment final

El final de la intervenció pot deure's a diversos motius. Generalment, el motiu principal és la baixa de l'usuari, sigui per defunció, per derivació a un centre residencial, per insatisfacció amb el servei prestat o per l'incompliment reiterat de l'usuari d'alguns dels deures recollits en el contracte de servei o en el reglament regulador del servei d'atenció a domicili.

- En cas de defunció es procedeix a la baixa directament, amb el **document de baixa**.
- En cas de trasllat a centre residencial per empitjorament de la salut de l'usuari es procedeix a la coordinació de la derivació, amb la consegüent obertura del **full de derivació**, si escau.
- En els casos d'insatisfacció del servei o d'incompliment reiterat de l'usuari d'algun dels seus deures, s'obre un **full d'incidència** que implica la intervenció dels coordinadors o supervisors del servei per tal de donar-hi una resposta adequada i esbrinar si s'ha pogut donar una mala praxi professional o d'un altre caire. Normalment, aquest full d'incidència comporta l'elaboració d'un informe de la situació que es remetrà al coordinador de l'ajuntament.

En tots aquests casos, l'empresa adjudicatària ha de gestionar la baixa a través del document de baixa, que comporta el tancament de l'expedient individual i del cas.

En el document de baixa han de constar els motius de la baixa de manera detallada. Aquesta informació formarà part de les estadístiques del servei. Per exemple, alguns indicadors podrien ser:

- Mitjana d'edat de les persones ateses que causen baixa de SAD per causa d'ingrés en centre residencial.
- Temps d'estada –en mesos o en anys– dels usuaris de SAD en el moment de ser donats de baixa.
- Nombre de persones usuàries que renuncien al servei per insatisfacció (s'exclouen les alienes a les condicions de prestació), sobre el total de persones usuàries que s'han donat de baixa durant l'any.

L'empresa adjudicatària del servei del SAD està obligada al compliment del **pla de seguiment** i a l'**avaluació del servei**. A més, ha de presentar anualment una **memòria anual** d'activitat amb les dades següents:

- Nombre d'altres de serveis en SAD (totals, SAD Social i SAD Dependència)
- Tant per cent de serveis iniciats dins del termini previst
- Tant per cent de serveis realitzats en la periodicitat programada
- Tant per cent de professionals d'atenció directa amb els quals s'han mantingut reunions de seguiment i coordinació
- Tant per cent d'usuaris als quals s'han fet visites de seguiment al domicili per part del coordinador o coordinadora.
- Mitjana de dies des de la comunicació de l'alta fins a l'inici de la presentació del servei
- Mitjana de treballadors/es per persona usuària

- Nombre de queixes registrades d'usuaris-familiars-administració
- Nombre de baixes de serveis en SAD Social i Dependència (totals, per defunció, per canvi de recursos, per canvi de domicili, d'altres)
- Tant per cent d'absentisme laboral
- Nombre total d'usuaris atesos
- Mitjans humans, materials i econòmics que el contractista ha disposat per a la seva atenció

El contingut bàsic i comú de la memòria anual d'activitat ha de ser l'indicat al contractista després de l'adjudicació, segons les indicacions de l'ajuntament, i s'ha de presentar en format de paper i en format electrònic.

L'empresa adjudicatària ha de presentar una **memòria trimestral** amb la següent informació:

- Nombre total d'usuaris
- Total d'usuaris de SAD Social separats per sexe i edat
- Total d'usuaris SAD Dependència separats per sexe i edat
- Total d'usuaris de SAD Social i SAD Dependència per edat
- Total d'altres per mes
- Total de baixes per mes

L'empresa adjudicatària també està obligada a facilitar qualsevol altra informació sol·licitada per l'ajuntament relativa als serveis prestats.

En els annexos podeu veure la guia per a la gestió de la qualitat en els serveis de SAD del Consell Comarcal del Maresme.

En algunes ocasions, quan el servei domiciliari és gestionat per empreses externes, es produeix la finalització del contracte; en cas que s'efectuï una nova adjudicació del servei a una altra empresa, l'adjudicatària que finalitza la prestació ha d'efectuar un traspàs dels casos que estiguin portant en el termini dels deu dies previs a l'inici de la nova prestació. Així mateix, està obligada a informar les persones usuàries sobre el canvi d'empresa. En aquests casos, cada empresa determina els documents per fer el traspàs.

Un altre aspecte important del moment final de la intervenció és la valoració final del pla de treball, on es determina la consecució d'objectius.

### 3.2 Gestió i organització de la documentació de l'assistència personal

La figura de l'assistent personal, per la seva especial particularitat, atès que és diferent de la figura d'un tècnic d'atenció domiciliària, disposa d'una altra forma de gestionar-se i d'organitzar-se.

Els processos del servei d'assistència personal de l'entitat que gestiona el servei permeten establir uns criteris organitzatius que parteixen d'una sèrie d'estratègies de planificació, avaluació i millora contínua fruit de la identificació de la demanda de les persones amb diversitat funcional que sol·liciten el servei i els criteris d'accés i prioritització que estableix l'entitat.

Abans de l'assignació de l'assistent personal és important oferir informació sobre el servei i també que les persones puguin fer un **qüestionari d'avaluació inicial** sobre la seva qualitat de vida a partir del model de qualitat de vida de Shalock i Verdugo.

En els annexos podeu trobar més informació sobre el model de qualitat de vida de Shalock i Verdugo.

A partir d'aquí es pot dissenyar el **pla personal de vida independent (PIVI)**, que serà analitzat i avaluat per tal d'adequar la demanda al nombre d'hores i comprovar que els objectius marcats estan relacionats amb la vida independent.

La modalitat de prestació pot ser a través de contractació directa o bé a través d'assignació pròpia. L'entitat ofereix una prestació de serveis complementaris com la gestió d'incidències i intermediació i resolució de conflictes. L'entitat també elabora un **conveni com a entitat prestadora del servei** entre la persona beneficiària i l'entitat corresponent.

El contracte d'assistència personal ha d'incorporar el que s'estableix en aquesta disposició, en el **programa individualitzat d'atenció (PIA)** i en el **pla d'activitats**, i ha de garantir la protecció de les dades de caràcter personal i de confidencialitat i seguretat.

En cas de prestació de servei, el seguiment del compliment de l'objecte de l'assistència personal i del pla d'activitats es fa mitjançant un **informe d'avaluació anual** dut a terme per l'entitat acreditada prestadora dels serveis d'assistència personal. Aquest informe d'avaluació anual s'ha de trametre als serveis d'atenció a les persones dels serveis territorials perquè en facin el seguiment corresponent.

La prestació econòmica o prestació de servei es pot modificar o extingir en funció de la situació personal de la persona beneficiària, quan es produeixi una variació de qualsevol dels requisits establerts per al seu reconeixement, o per incompliment de les obligacions establertes a la normativa vigent.

Les entitats solen oferir suport en la gestió econòmica del copagament del servei, si escau, i també s'encarreguen de la gestió dels assistents personals pel que fa a la captació, la formació i la fidelització, així com del tractament de la gestió de la informació a través de la seva base de dades.

A continuació es pot observar una sèrie de possibles exemples del PIVI a partir de la dimensió de qualitat de vida, d'acord amb els epígrafs utilitzats per la Federació Ecom:

**Definició personal del pla de vida independent i de les dimensions de qualitat de vida (exemples)**

**Benestar emocional: satisfacció, autoconcepte, sentiments negatius**

- *Què faig actualment pel meu benestar emocional:* El que em permet tenir benestar emocional és la relació amb la meua família.

- *Què vull fer per millorar-lo:* No dependre tant de la família, que se sentin descarregats de la meva assistència física.
- *Activitats:* Aixecar-me, fer la higiene i cuidar dels meus espais sense demanar ajuda de la família i amb el suport d'un assistent personal.
- *Hores:* 10 h setmanals.

**Desenvolupament personal: competència personal, formació, habilitats funcionals, habilitats laborals.**

- *Què faig actualment per al meu desenvolupament personal:* Llegir llibres relacionats amb l'educació social.
- *Què vull fer per millorar:* anar a la universitat. Fer pràctiques voluntàries relacionades amb l'educació social per conèixer diferents col·lectius.
- *Activitats:* anar a la universitat. Anar un dia a la setmana a fer voluntariat a un centre de toxicomanies.
- *Hores:* 15 h setmanals

**Autodeterminació: autonomia i control personal, decisions, eleccions, fites personals**

- *Què faig actualment per a la meva autodeterminació:* Tinc poques oportunitats d'escollir, a part de la roba que em poso i els menjars.
- *Què vull fer per millorar:* poder escollir a quina hora m'aixeco al matí. Sortir al carrer a fer les meves activitats. Poder escollir a quina hora me'n vaig a dormir.
- *Activitats:* aixecar-me, higiene, ajuda a sortir al carrer i allitar-me, amb un assistent personal amb qui pacti la flexibilitat horària per fer aquestes activitats.
- *Hores:* 10 h setmanals

A partir dels exemples anteriors en cadascuna de les dimensions de qualitat de vida, es podria establir una proposta horària com la següent:

- Aixecar-se, higiene, sortir al carrer, allitament i exercicis passius: 10 hores
- Anar una tarda a un curs de teatre al centre cívic del barri: 2 hores
- Anar a sopar el dissabte amb els amics: 3 hores
- Anar a un curs de reciclatge i recerca de feina dues vegades a la setmana: 5 hores
- Anar a la universitat tres dies a la setmana: 10 hores
- Anar una tarda a la setmana a fer voluntariat a un centre de toxicomanies: 2 hores
- Anar una tarda a la setmana a la reunió de l'associació de veïns i comitè de festes: 2 hores
- Anar dos cops per setmana a l'associació: 4 hores
- Anar dos cops per setmana a la piscina: 3 hores

A partir d'aquesta proposta d'activitats, s'establiria el possible horari de la figura 3.1. Val a dir que els horaris resultants d'aquest PIVI es van ajustant a mesura que la persona va fent les activitats. L'horari es va adequant a la realitat del dia a dia i a les necessitats que van sorgint. Aquestes variacions són pactades amb el que serà el seu/seva assistent personal.

Totes aquestes actuacions es recullen en un document formal anomenat **pla d'activitats**.

**FIGURA 3.1.** Horari

Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge
9h-10h Aixecar, higiene i exercicis	9h-10h Aixecar, higiene i exercicis	9h-10h Aixecar, higiene i exercicis	9h-10h Aixecar, higiene i exercicis	9h-10h Aixecar, higiene i exercicis		9h-10h Aixecar, higiene i exercicis
10h-13.30h Universitat	10h-12.30h Curs recerca de feina	10h-13.30h Universitat	10h-12.30h Curs recerca de feina	10h-13.30h Universitat		
					12h - 14h Voluntariat	
		17h-18.30h Piscina		17h-18.30h Piscina		
18h-20h Curs de teatre	17h-19h Associació		17h-19h Associació			
22.30h-23h Allitament	22.30h-23h Allitament	22.30h-23h Allitament	22.30h-23h Allitament	22.30h-23h Allitament	22.30h-23h Allitament	22.30h-23h Allitament
Total: 39 hores						

Les entitats dedicades a l'assistència personal també han de recollir la satisfacció de l'usuari, dels assistents personals i del grup familiar o de convivència, si escau.

Es duen a terme tantes reunions de seguiment individual i grupal com siguin necessàries. Les reunions supervisades entre assistents personals i persones beneficiàries solen ser un marc de reflexió que millora la prestació i resol un bon percentatge de dubtes i conflictes.

### 3.3 Gestió i organització de la documentació d'un servei de tutela i professionals implicats

El servei de tutela consisteix a tenir cura integral de la persona, que és encomanada a l'entitat tutelar. El servei de tutela ha de donar una resposta personalitzada a la problemàtica que planteja cada persona incapacitada o en procés d'incapacitació. Aquesta persona pot estar a casa seva, en un pis tutelat o bé en un centre residencial.

Normalment, a l'inici de la tutela s'obre l'**expedient del tutelat**, seguint el temps i el **protocol** establert per a noves tuteles.

L'entitat tutelar s'encarrega de tots els tràmits administratius, que són diversos, en relació amb el cobrament de pensions, ajudes tècniques, relació amb els jutjats, Hisenda, Seguretat Social, etc.

L'entitat tutelar disposa de l'àrea social, on hi ha un responsable que té al seu càrrec diversos equips formats per un referent i un auxiliar de tutela. El **responsable de l'àrea** s'encarrega, entre altres temes, de supervisar les programacions mensuals, complir el protocol d'acollida tutelar, resoldre les incidències o els problemes que puguin sorgir, etc.

Per altra banda, el **referent tutelar** és la persona que fa el seguiment dels tutelats mitjançant la coordinació amb els diferents recursos (Administració, laborals, habitatge, lleure...). També és responsable de valorar les necessitats del tutelat i buscar la solució més adequada en funció de les característiques del tutelat i la seva situació, així com de planificar el futur del tutelat i de preveure les futures necessitats que puguin sorgir i com donar-los resposta. S'encarrega d'elaborar el pla de treball individual de cada tutelat amb els objectius previstos, així com de controlar les despeses del tutelat, per exemple, fent un pressupost.

L'**auxiliar de tutela** és la persona que, juntament amb el referent tutelar, forma part de l'equip de l'àrea social, i dona i rep informació sobre la situació de cada tutelat. Complementa la feina del referent i manté contacte directe i regular amb el tutelat. És responsable de traspasar al referent tutelar tota la informació que rep del tutelat i/o dels professionals del recurs que visita, ja que és qui fa les visites mensuals de cada tutelat, els acompanyaments mèdics, les compres, etc.

El referent i l'auxiliar es reuneixen dos cops al mes i també elaboren una memòria anual. La tutela d'una persona és de 24 hores al dia i 365 dies l'any, per la qual cosa les entitats tutelars disposen d'un servei d'urgències que s'activa quan l'entitat tutelar té les oficines tancades i ha de donar resposta a situacions d'urgència que puguin sorgir, com ara una defunció, una fuga del centre o una hospitalització.

Les entitats tutelars han de disposar d'un programa informàtic on s'han d'enregistrar les incidències següents:

- Altes
- Baixes definitives per èxitus o canvi de residència a una altra comunitat autònoma
- Modificació del grau d'incapacitació

### 3.4 Classificació i arxivament de la informació

Respecte a la classificació i l'arxivament de la informació, hi ha algunes administracions locals que ja han introduït sistemes de digitalització de la documentació i han digitalitzat tots els expedients i la documentació dels usuaris, a fi de reduir l'espai dels arxius i facilitar-ne la consulta.

Algunes administracions ja disposen del seu sistema de base de dades propi, que recull tota la informació referent a l'usuari i a l'empresa adjudicatària del servei.



Al mateix temps, les empreses adjudicatàries disposen del seu propi sistema de gestió informatitzada, on es recull tota la informació referent a l'usuari i als professionals.

### 3.5 L'expedient

Una vegada aprovada la sol·licitud del servei, l'empresa o entitat que portarà el cas assignat obre un expedient. És important que, junt amb l'obertura de l'expedient, se signi el document d'autorització per al tractament de dades.

Dins de l'expedient hi haurà tota la informació sobre l'usuari:

- Fitxa d'usuari
- Documentació de l'usuari: fotocòpia del DNI, informes mèdics, fotocòpies de documentació diversa (certificat de discapacitat, etc.)
- Pla de treball
- Fulls de registre
- Fulls de seguiment
- Queixes o incidències
- Derivacions efectuades
- Baixa del servei

Una vegada finalitzat el servei pel motiu que sigui, es tanca l'expedient i s'arxiva. Aquest s'arxivarà a l'arxiu municipal o bé a l'arxiu de l'empresa adjudicatària.

Cal supervisar que els expedients estan correctament documentats i introduïts en les aplicacions informàtiques, que les tasques són correctes i que la sol·licitud està degudament emplenada, entre altres aspectes.

Les dades personals i familiars de l'usuari que constin en el seu expedient tenen caràcter confidencial i estan emparades pel secret professional. Només hi tindran accés els professionals que intervinguin directament en el cas, d'acord amb la Llei orgànica de protecció de dades de caràcter personal (LOPD).

### 3.6 Transmissió i informatització de la informació

La transmissió de la informació es produeix a través de fluxos de comunicació interns, externs, verticals o horitzontals:

- **Comunicació interna:** aquella que es fa entre els professionals del mateix centre o servei. Per exemple, una reunió de seguiment entre tècnics d'atenció a persones en situació de dependència (TAPD).
- **Comunicació externa:** aquella que es fa entre el centre o servei i una entitat o persones alienes. Per exemple, entre l'empresa adjudicatària del servei d'atenció a domicili i l'Administració local o ajuntament.
- **Comunicació vertical:** aquella que es fa entre una persona amb responsabilitat superior i una altra que té una responsabilitat inferior. Per exemple, entre una coordinadora del servei i TAPD.
- **Comunicació horitzontal:** aquella que es fa entre persones que tenen el mateix o similar grau de responsabilitat dins del centre o servei. Per exemple, entre una supervisora i TAPD.

La transmissió de la informació ha de complir amb set principis:

- **Claredat:** el missatge ha de ser clar i no donar per suposades dades rellevants.
- **Precisió:** qualsevol pot entendre el missatge perquè només té la informació rellevant i és fidedigne.
- **Codi reconoscible:** tant l'emissor com el receptor utilitzen el mateix codi per comunicar-se.
- **Retroalimentació:** la transmissió d'informació és un procés dinàmic, en què la informació es va nodrint de noves aportacions.
- **Seguretat:** s'ha d'assegurar que la informació es tramet a persones alienes a la comunicació.
- **Respecte:** la informació s'ha de transmetre respectant les persones, els professionals, etc.

La transmissió de la informació pot ser escrita, en format paper o digital. Es pot fer a través d'una carta, un correu electrònic, un informe, etc. I també pot ser oral, per exemple amb una entrevista o una conversa telefònica.

La informatització de la informació està molt estesa, sobretot en l'àmbit més residencial, però ja fa anys que també s'ha estès a altres àmbits com el domiciliari, i són moltes les empreses que ja fan servir eines informàtiques. Els avantatges d'un servei informàtic són molts:

- Estalvi de temps
- Possibilitat d'analitzar dades
- Major control de la gestió del servei domiciliari
- Facilitat de compartir informació entre els professionals i amb els serveis socials

Els inconvenients són menys, però no per això són menys importants:

- Fallades del sistema informàtic
- Fallades de l'empresa subministradora d'internet
- Costos econòmics del programa informàtic i del seu manteniment

Els treballadors que utilitzen aquestes eines solen estar més satisfets, ja que són eines ràpides i eficients que permeten l'ús de plantilles fàcils d'omplir que no requereixen unes competències molt avançades en informàtica.

En el cas dels serveis de teleassistència, les eines emprades són més difícils d'utilitzar i requereixen una competència major, perquè es tracta d'un equipament de comunicació informàtic específic connectat entre els domicilis dels usuaris i una unitat territorial o central que, a més a més d'atendre telefònicament les diferents situacions que es puguin donar (emergències, tràmits, etc.), també requereix l'ús d'aplicacions informàtiques amb bases de dades més complexes amb codis d'ús diversos.

Algunes de les empreses que disposen de *software* d'atenció a domicili són Asisges ([www.asisges.com](http://www.asisges.com)), Soft4Care ([www.soft4care.com](http://www.soft4care.com)), Gesad ([gesad.trevenque.es/somos](http://gesad.trevenque.es/somos)), EMR Software ([www.emrsoftware.es](http://www.emrsoftware.es)) i Aegeus ([aegeus.cat](http://aegeus.cat)).

### 3.7 Documentació de control de treball de cada professional

L'empresa ha de garantir la puntualitat dels seus treballadors i evitar que es produïxin abandonaments durant el desenvolupament del servei, així com garantir el compliment dels horaris acordats i de les tasques encomanades.

Els sistemes de control de gestió són aplicatius de planificació i control formats per un conjunt de mitjans informàtics que permeten conèixer el temps emprat diàriament en cadascun dels serveis prestats a un domicili.

Aquesta eina funciona amb dues trucades perdudes des del domicili de cada usuari, una primera en entrar-hi i una segona en el moment de sortir-ne; d'aquesta manera es pot calcular de forma exacta el temps de prestació del servei.

A més a més, permet una òptima organització i planificació del temps de treball millorant el control i la gestió de temps de desplaçaments, ja que és molt fàcil predeterminar en quin interval raonable de temps s'hauria d'iniciar un determinat servei i en quin interval s'hauria d'acabar. També permet generar alarmes si no es detecta l'inici d'un servei en un horari concret. Per exemple, si han passat 15 minuts, mitja hora o qualsevol altre interval que es desitgi d'un horari concret establert sense produir-se la trucada d'inici del servei, es generen alarmes que permeten identificar oportunament situacions que no compleixen la planificació inicial prevista i faciliten la informació per adoptar mesures correctores.

---

Un exemple d'un sistema per al control de gestió és el programa [TamTam](#), utilitzat per algunes empreses d'atenció domiciliària.

---

Les eines de control de gestió sovint inclouen la possibilitat de consultar indicadors de resultats, per exemple sobre puntualitat o el nombre de serveis prestats.

Si el servei no es pot atendre en l'horari sol·licitat s'han de proposar horaris d'atenció d'acord amb la disponibilitat de recursos o proposar ajustos horaris, sempre que s'asseguri el compliment dels objectius establerts en el pla de treball, l'adequació amb les tasques encomanades i que es doni resposta a les necessitats de la persona usuària. Això, sempre amb prèvia comunicació amb serveis socials.

La franja habitual d'horaris de l'atenció domiciliària sol ser de dilluns a divendres de 7 a 21 hores i els dissabtes de 7 a 15 hores.

Dins dels **horaris especials** s'engloba l'horari nocturn, que comprèn la franja entre les 22 i les 7 hores.

L'horari en dies festius inclou els dissabtes a partir de les 15 hores i els diumenges i festius. Només es prescriuran i programaran en horaris especials serveis urgents, necessaris i inajornables.

Del volum total d'hores anuals de prestació, un 5% com a màxim podrà ser prestat en horari nocturn o festiu.

El/la tècnic/a municipal indicarà a l'empresa adjudicatària la franja horària, d'acord amb cada cas, perquè sigui tinguda en compte en la prestació del servei, de manera que es podran establir tres supòsits:

- **Horaris tancats:** el servei es prestarà de forma obligada quan ho determini el professional de referència del cas.
- **Horari de lliure designació:** quan el tècnic/a municipal entengui que l'atenció a prestar, domèstica generalment, no requereix un horari concret de prestació, serà l'empresa qui faci la proposta d'horari del servei en casos nous, però sempre ha de ser validada pel tècnic/a municipal.
- **Horari segons marges de la franja horària:** afectarà aquelles tasques que generalment requereixin ser efectuades en franges horàries coherents amb la seva finalitat, com ara l'ajuda per aixecar-se (de 08.00 a 11.00 h) o ficar-se al llit (de 19.00 a 20.00 h), per dinar/sopar (de 13.00 a 15.00 i/o de 19.00 a 20.00 h), per ficar-se al llit o per aixecar-se de la migdiada (de 15.00 a 18.00 h), etc.

De vegades es fan menys hores del compte, i és el que s'anomena *hores negatives a la bossa*. Són hores retribuïdes i no realitzades per la caiguda de serveis. Els serveis que decaiguin han de ser coberts, almenys inicialment, en la mateixa franja horària. Posteriorment es procedirà al reajustament horari. Quan no sigui possible es podrà modificar o alterar la jornada diària del treballador, amb el consegüent canvi per a l'usuari, que haurà de notificar-se als serveis socials.

### 3.8 Qualitat del centre

El seguiment de la qualitat en la prestació del servei parteix del recull de tota la documentació d'avaluació i seguiment que es fa, però també de la regulació de la norma UNE 158301 ([bit.ly/2JQTCce](https://bit.ly/2JQTCce)). Aquesta norma recull la normativa referent a tots els serveis socials, com són residències, centres de dia, teleassistència i servei d'atenció domiciliària.

La norma regula els aspectes següents:

- Informació prèvia a la prestació del servei
- Prestacions i tasques
- Coordinació entre la xarxa professional
- Procediments i actuacions
- Recursos humans, tècnics i materials
- Seguiment i millora de la qualitat del servei

Per comprovar que els serveis segueixen aquesta norma s'estableixen uns indicadors de qualitat que serveixen per establir un control de les diferents actuacions. Alguns exemples d'indicadors són:

- **Indicadors de l'atenció prestada:** per exemple, nombre de persones usuàries a les quals el professional de referència ha fet visites de seguiment respecte al nombre total de persones usuàries en el mateix període.
- **Indicadors de les activitats programades i del nivell de satisfacció:** per exemple, nombre de reclamacions i queixes procedents sobre el total de persones usuàries.
- **Indicadors del nivell de satisfacció i qualitat de vida dels professionals:** per exemple, nombre d'hores de formació respecte al nombre de treballadors en un període determinat.

Un altre aspecte important de la qualitat és l'autoavaluació dels professionals per poder detectar si hi ha un excés de feina, si es reporten de forma adequada les incidències, si la feina pot posar en perill la seva estabilitat emocional, si li resulten incontrolables determinades situacions, etc.

### 3.9 Drets i deures dels usuaris d'atenció domiciliària

Cada empresa o servei ha de disposar del seu propi reglament de règim intern, on es recullen els drets de les persones que són ateses, així com els seus deures com a persones usuàries d'un servei.

En els annexos podeu veure complet el Reglament del Servei d'Atenció Domiciliària d'Amposta.

Per posar-ne un exemple, els articles 4 i 5 del Reglament del Servei d'Atenció Domiciliària d'Amposta estableixen que els drets i deures de les persones ateses pel servei són els següents:

#### **Exemples de drets de les persones usuàries**

- Dret a accedir i gaudir dels serveis en condicions d'igualtat quan compleixin els requisits establerts en aquest reglament per ser-ne usuari/ària.
- Dret a la tutela de l'ajuntament per tal de gaudir dels seus drets i de la prestació dels serveis dels quals sigui usuari/ària, quan siguin pertorbades les condicions de qualitat, intensitat o d'altres pròpies del servei establertes o convingudes amb l'usuari/ària.
- Dret a no ser discriminades en el tractament per raó de naixença, raça, sexe, religió, opinió, edat, estat de salut o qualsevol altra condició o circumstància personal o social.
- Dret a ser tractades amb respecte i professionalitat pels/per les professionals adscrits al servei.
- Dret a la intimitat personal i familiar i a la no-divulgació sense el seu consentiment exprés de les dades personals que figurin en els seus expedients o historials, o en altres tipus de fitxers o arxius, sigui quin sigui el seu suport.
- Dret a la continuïtat en la prestació dels serveis en les condicions establertes o convingudes, sens perjudici d'acords o clàusules d'estabilització o revisió establertes en els contractes assistencials.
- Dret a la informació de les condicions d'accés i prestació dels serveis dels quals sigui usuari/ària, i en conseqüència, dret que se'ls lliuri un exemplar del contracte assistencial.
- Dret a l'elecció del servei més adient, amb l'assessorament professional en el procés de decisió.
- Dret a la participació en el funcionament dels establiments o serveis en les condicions que s'estableixin en aquest reglament i en altres normes de serveis socials.
- Dret a presentar, en qualsevol forma admesa en dret, reclamacions, queixes o suggeriments relatius al funcionament del servei, i a rebre'n una resposta adequada.

Font: Reglament del Servei d'Atenció Domiciliària d'Amposta.

#### **Exemples de deures de les persones usuàries**

- Respectar els pactes, els acords i els compromisos, així com el pla de treball, establerts amb els/les professionals dels serveis socials municipals com a condicions de la prestació del servei social de què es tracti.
- Respectar les persones que presten els serveis i tractar-les amb correcció.
- Fer un ús adequat de les instal·lacions que, en el seu cas, s'adscriu als serveis dels quals sigui usuari/ària, tot respectant i facilitant la convivència.
- Respectar els horaris de funcionament i/o prestació dels serveis, així com altres disposicions que es determinin mitjançant reglaments de règim interior del servei o establiment que s'hi adscriu.
- Abonar, si escau, la quota corresponent al preu públic que pugui ser d'aplicació al servei, en la quantitat, la forma i el termini establerts en la norma municipal corresponent.
- Informar els serveis socials municipals de qualsevol modificació de les seves circumstàncies socials i personals que puguin afectar el funcionament o les condicions de prestació dels serveis.

Font: Reglament del Servei d'Atenció Domiciliària d'Amposta.

# Accessibilitat als espais

Elisabet Jansà Maestre

Organització de l'atenció a les persones en  
situació de dependència





# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Edificis i espais destinats a persones en situació de dependència</b>	<b>9</b>
1.1 Evolució històrica de les lleis sobre accessibilitat	9
1.2 Elements clau per a l'accessibilitat	11
1.2.1 Dificultats d'interacció	11
1.2.2 Barreres en l'accessibilitat	13
1.2.3 Mitjans de suport	14
1.3 Edificis i instal·lacions destinats a persones en situació de dependència	16
1.3.1 Àmbit residencial	16
1.3.2 Àmbit educatiu	22
1.3.3 Àmbit domiciliari	36
1.4 Condicions i criteris d'organització	38
1.4.1 Instal·lacions	38
1.4.2 Mobiliari i decoració	39
1.4.3 Il·luminació i ventilació	39
1.4.4 Senyalització	39
1.4.5 Climatització	40
1.4.6 Seguretat	40
<b>2 Productes de suport per a l'autonomia personal</b>	<b>43</b>
2.1 Productes de suport	43
2.1.1 Classificació dels productes de suport	44
2.1.2 Productes de suport compartits i individuals	49
2.1.3 L'educació i els productes de suport inclusius	51
2.1.4 Productes de suport a la llar	53
2.2 Centres d'autonomia personal, ajudes tècniques i productes de suport	55
2.2.1 Centre de Referència Estatal d'Autonomia Personal i Ajudes Tècniques	55
2.2.2 Centre per a l'Autonomia Personal Sírius	56
2.2.3 Banc del Moviment	58
2.2.4 En els centres educatius	58
2.2.5 En els centres residencials	61
2.2.6 En el domicili	68



## Introducció

L'accessibilitat d'edificis i espais destinats a persones en situació de dependència està regulada per diferents normatives que incorporen aspectes relatius a les característiques generals que han de complir, tant pel que fa als aspectes legals com a la seguretat i higiene, a les barreres arquitectòniques o a les normes tecnològiques de l'edificació, entre altres aspectes que s'han de tenir en compte.

Aquesta unitat, **“Accessibilitat als espais”**, té dos apartats, un d'ells dedicat als edificis i espais destinats a persones en situació de dependència, i l'altre, als ajuts tècnics o productes de suport i al mobiliari adaptat.

El primer apartat, **“Edificis i espais destinats a persones en situació de dependència”**, es centra a conèixer les diferents normatives sobre accessibilitat i els elements clau que s'hi inclouen, com són les barreres arquitectòniques, les dificultats d'interacció i els mitjans de suport.

L'apartat divideix la informació sobre els edificis i instal·lacions tenint en compte els diferents àmbits. En primer lloc, atén l'àmbit residencial i es detallen cadascun dels espais i les característiques que han de complir els centres residencials per ser accessibles per a persones en situació de dependència. A continuació, se centra en l'àmbit educatiu, i detalla els diferents espais que podem trobar en un centre educatiu i les normatives i característiques que han de complir els edificis i espais per poder oferir una atenció adequada a alumnes amb necessitats educatives especials. Finalment, quant a l'àmbit domiciliari, es detalla com hauria de ser una casa per considerar que els seus espais són adients i estan adaptats per a persones amb diversitat funcional física, psíquica, o sensorial.

El segon apartat, **“Productes de suport per a l'autonomia personal”**, es dedica als diferents productes de suport i la seva classificació. També tracta els productes de suport inclusivament a l'educació i la incorporació de les TIC i les TAC com a eines per al suport de l'autonomia personal. Un altre aspecte que inclou és el mobiliari adaptat a la llar i com ha de ser per evitar accidents. L'apartat recull informació sobre els centres de referència de productes de suport estatals, autonòmics i locals.

Finalment, es detalla l'aplicació de la normativa de prevenció i seguretat per a la generació d'entorns segurs en els àmbits educatiu, domiciliari i residencial.



## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Organitza els recursos necessaris per a la seva intervenció relacionant el context on desenvolupa la seva activitat amb les característiques de les persones en situació de dependència.

- Identifica els factors de l'entorn que afavoreixen o inhibeixen l'autonomia de les persones en la seva vida quotidiana.
- Reconeix el mobiliari i els instruments de treball propis de cada context d'intervenció.
- Condiciona l'entorn per afavorir la mobilitat i desplaçaments de les persones en situació de dependència així com el seu ús i utilitat.
- Identifica la normativa legal vigent en matèria de prevenció i seguretat per organitzar els recursos.
- Aplica els criteris a seguir en l'organització d'equipaments i materials per afavorir l'autonomia de les persones.
- Identifica els ajuts tècnics necessaris per afavorir l'autonomia i comunicació de la persona.
- Descriu els recursos existents en el context per optimitzar la intervenció.
- Argumenta la importància d'informar les persones en situació de dependència i les seves famílies o assistents no formals sobre les activitats programades, per afavorir-ne la participació.
- Valora la importància de la gestió i aprofitament del temps.
- Valora la necessitat de ser autònom en l'organització i gestió del pla de treball.



## 1. Edificis i espais destinats a persones en situació de dependència

L'accessibilitat d'edificis i espais destinats a persones en situació de dependència està regulada per diferents normatives que incorporen aspectes relatius a les característiques generals que han de complir, així com els aspectes legals relatius a la seguretat i higiene, les barreres arquitectòniques, les normes tecnològiques de l'edificació, etc.

### 1.1 Evolució històrica de les lleis sobre accessibilitat

Dins el terreny normatiu, l'atenció a les persones en situació de dependència s'ha vist regulada en la **Llei d'accessibilitat 13/2014, de 30 d'octubre**, del Govern de Catalunya.

La importància de la promoció de l'accessibilitat com a instrument per fer efectiu el principi d'igualtat dels ciutadans va tenir una primera traducció a Catalunya en el Decret 100/1984, del 10 d'abril, sobre supressió de barreres arquitectòniques; la Llei 20/1991, del 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques, i el Decret 135/1995, del 24 de març, de desplegament d'aquesta darrera llei. Aquestes normes van establir les bases per a la supressió de barreres arquitectòniques i en la comunicació i per a la promoció d'ajudes tècniques per millorar la qualitat de vida i l'autonomia de les persones amb discapacitat o amb mobilitat reduïda.

Així mateix, el Parlament de Catalunya, per mitjà de la Resolució 44/VIII, del 19 de juny de 2007, va instar el Govern de la Generalitat a adoptar les mesures necessàries per complir la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitat, i per mitjà de la Declaració del 17 de desembre de 2008, amb motiu del Dia Internacional de les Persones amb Discapacitat, va adherir-se als postulats de la Convenció i va manifestar la seva voluntat de vetllar per garantir la igualtat d'oportunitats a les persones amb discapacitat, com a ciutadans de ple dret.

El marc legal estatal en matèria d'accessibilitat fou configurat principalment per la **Llei de l'Estat 51/2003, del 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no-discriminació i accessibilitat universal de les persones amb discapacitat**, basada en els principis de vida independent, normalització, accessibilitat universal, disseny per a tothom, diàleg civil i transversalitat de les polítiques en matèria de discapacitat. Aquesta llei va establir les condicions bàsiques d'accessibilitat i no-discriminació, sens perjudici de les competències constitucionalment i estatutàriament atribuïdes a les comunitats autònomes, i de les atribuïdes a les corporacions locals. La llei, d'una banda, establia l'accessibilitat en els àmbits

d'actuació següents: els espais públics urbanitzats, l'edificació i les infraestructures, els transports, els béns i serveis envers el públic, les telecomunicacions, la societat de la informació i les relacions amb les administracions públiques; d'altra banda, mitjançant un ampli desplegament reglamentari, presentava mesures de desenvolupament, execució i control sobre l'accessibilitat i les formes de suport per a les persones amb discapacitat.

Posteriorment, aquestes lleis van ésser derogades pel Reial decret legislatiu 1/2013, del 29 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la **Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social**. Aquest text refon i harmonitza el contingut de diverses lleis anteriors, d'acord amb el mandat de la disposició final segona de la Llei de l'Estat 26/2011, de l'1 de agost, d'adaptació normativa a la Convenció internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat, que establia nous preceptes per reforçar el compliment dels compromisos adquirits per mitjà de la ratificació de la Convenció.

D'acord amb tot això, i en exercici de les atribucions competencials de la Generalitat de Catalunya establertes per l'Estatut, es va renovar la legislació catalana i es va adequar als manaments legals en matèria d'accessibilitat amb la promulgació de la Llei d'accessibilitat 13/2014, de 30 d'octubre, del Govern de Catalunya. Aquesta llei té per objecte garantir a les persones amb discapacitat la igualtat d'oportunitats en relació amb l'accessibilitat universal i el disseny per a tothom.

#### **Igualtat d'oportunitats**

És l'absència de tota discriminació, directa o indirecta, sobre la base de la discapacitat, inclosa qualsevol distinció, exclusió o restricció que tingui el propòsit o l'efecte d'obstaculitzar o deixar sense efecte el reconeixement, gaudi o exercici, en igualtat de condicions, per part de les persones amb discapacitat, de tots els drets humans i llibertats fonamentals en els àmbits polític, econòmic, social, cultural, civil o d'un altre tipus. I s'entén per igualtat d'oportunitats l'adopció de mesures d'acció positiva orientades a evitar o compensar els desavantatges d'una persona amb discapacitat per participar plenament en la vida política, econòmica, cultural i social.

Aquesta llei es fonamenta en els principis següents:

- **Accessibilitat universal:** és la condició que han de complir els entorns, processos, béns, productes i serveis, així com els objectes o instruments, eines i dispositius, per ser comprensibles, utilitzables i practicables per totes les persones en condicions de seguretat i comoditat, i de la manera més autònoma i natural possible. Aquest principi pressuposa l'estratègia de disseny per a totes les persones i s'entén sense perjudici dels ajustos raonables que hagin d'adoptar-se.
- **Disseny universal o disseny per a tothom:** l'activitat per a la qual es conceben o projecten, des de l'origen, i sempre que sigui possible, entorns, processos, béns, productes, serveis, objectes, instruments, dispositius o eines de tal manera que puguin ser utilitzats per totes les persones, en la major extensió possible, sense necessitat d'adaptació ni de disseny especialitzat.

Als annexos hi trobareu informació sobre algunes de les lleis, normatives o ordres relacionades amb l'accessibilitat.



## 1.2 Elements clau per a l'accessibilitat

S'entén per accessibilitat la característica que permet que els entorns, els productes i els serveis siguin utilitzats sense problemes per totes i cadascuna de les persones, per aconseguir de forma plena els objectius per als quals estan dissenyats, independentment de les capacitats, dimensions, gènere, edat o cultura de les persones.

### 1.2.1 Dificultats d'interacció

Cada persona en situació de dependència té unes necessitats diferents. Aquestes són algunes de les dificultats que es poden trobar les persones amb alguna discapacitat:

- **Discapacitat visual:** dificultats en la detecció d'obstacles, com ara escales, desnivells o objectes sortints. A més a més, presenten dificultats en el seguiment d'itineraris i tenen greus limitacions o fins i tot la impossibilitat d'identificar els missatges i els senyals visuals, com ara els cartells, els avisos, els semàfors o les senyalitzacions.
- **Discapacitat cognitiva:** dificultats tant en l'orientació espacial com temporal, tot i que també és força freqüent que presentin limitacions en altres àrees, com per exemple en l'equilibri i en la percepció.
- **Discapacitat motriu:** dificultats per salvar desnivells i escales (tant per problemes musculars com per no poder mantenir l'equilibri), passar per portes o passadissos estrets, executar trajectes llargs sense poder descansar, o accionar mecanismes relativament complexos i que es troben a diferents altures.
- **Discapacitat intel·lectual:** dificultats respecte a l'orientació espacial i temporal.

Així, podem veure que la majoria de dificultats tenen a veure amb la interacció amb l'entorn.

En primer lloc, hi ha les **dificultats d'orientació**, tant de l'orientació espacial (sobre l'entorn) com temporal (sobre el temps). Per exemple, és el cas d'una persona gran que es desorienta a la residència i no sap on és la seva habitació.

També hi ha les **dificultats de maniobra i de desnivells**, que són aquelles que limiten la capacitat dels usuaris d'accedir als espais, instal·lacions o serveis i de moure-s'hi per dins.

Les dificultats de maniobra afecten sobretot les persones amb cadira de rodes en la maniobra de desplaçament en línia recta, en el canvi de direcció sense

desplaçament, en la maniobra de canvi de direcció en moviment, en la d'obrir i tancar i passar per una porta i, finalment, entre d'altres, en la maniobra de transferència. En canvi, les dificultats de desnivell es donen en el moment que s'ha de canviar de nivell (pujar o baixar) o superar un obstacle aïllat dins d'un itinerari horitzontal. Trobem tres tipus de desnivells:

- Els continus o sense interrupcions (una rampa).
- Els bruscos i aïllats (una vorera o unes escales).
- Els grans desnivells (un edifici de diverses plantes).

Les **dificultats d'abast** són aquelles amb què es troben les persones quan han d'obtenir objectes que no estan al seu nivell tant visualment com manualment, és a dir, apareixen quan hi ha una limitació en les possibilitats d'arribar als objectes o de percebre'ls correctament. És el cas, per exemple, d'una persona amb cadira de rodes que no pot recollir les cartes de la bústia.

Es distingeixen quatre tipus de dificultats d'abast:

- Manual o per limitació física d'aproximació a l'objecte
- Visual
- Auditiva
- D'orientació o per falta de senyalització de l'objecte (per exemple, una persona amb sordesa no sabrà quan li toca entrar a la consulta del metge si no hi ha un sistema de comunicació visual alternatiu al sonor).

Les **dificultats sensorials** són aquelles que dificulten la percepció, sobretot visual i auditiva. Per exemple, una alarma únicament sonora al metro seria una dificultat per a una persona amb dèficit auditiu.

Finalment, les **dificultats en el control d'equilibris i de la manipulació** apareixen quan hi ha una pèrdua de la capacitat per dur a terme accions o moviments precisos amb alguna de les extremitats. Poden afectar tant les persones amb cadira de rodes com les que tenen dificultat en la deambulació. Podem distingir-ne de dos tipus:

- Per alteració de l'equilibri: normalment són per una lesió neurològica que no permet mantenir una postura determinada. És una dificultat que pot patir, per exemple, una persona que tingui una hemiplegia o una atàxia cerebel·losa.
- Per alteració de la manipulació: pot patir aquesta dificultat una persona que tingui una malformació congènita o adquirida a les extremitats superiors.

## 1.2.2 Barreres en l'accessibilitat

Hi ha barreres que afecten l'**accessibilitat** i el **desplaçament**. Els usuaris que necessiten, per exemple, una cadira de rodes o bastons per desplaçar-se necessitaran disposar d'uns espais mínims per poder maniobrar i, per tant, la distribució del mobiliari ha de ser l'apropiada i estar adaptada a les necessitats de la persona amb discapacitat.

Les **barreres en l'accessibilitat** són obstacles físics, socials, econòmics o arquitectònics que dificulten o limiten l'accés a l'entorn físic, transport, productes, serveis, informació i comunicacions, i la integració de les persones en la societat.

Es distingeixen els grups següents de barreres:

- **Barreres arquitectòniques urbanístiques (BAU):** les trobem en les vies públiques i els espais públics. Les més rellevants són voreres en mal estat o gens accessibles (ja que algunes presenten desnivells importants), mobiliari urbà mal ubicat, cotxes mal aparcats, parcs i jardins no accessibles...
- **Barreres arquitectòniques d'edificació (BAE):** les trobem a l'interior dels edificis tant públics com privats, en els accessos a aquests edificis o en el tipus portes, la majoria força estretes, per on no passa una cadira de rodes.
- **Barreres arquitectòniques del transport (BAT):** les trobem en els diferents mitjans de transport públics i privats, i provoquen que els usuaris es vegin en dificultats greus per poder agafar algun dels transports o que els sigui difícil poder gestionar el seu vehicle propi.
- **Barreres de comunicació (BC):** es tracta d'obstacles o impediments que dificulten l'expressió o la recepció dels missatges, sigui a través dels mitjans de comunicació, de suports de megafonia, dels senyals acústics o visuals de l'entorn o de la comunicació interpersonal entre la persona discapacitada i altres persones.
- **Barreres socials o actitudinals:** es tracta de falsos estereotips relacionats amb la discapacitat que poden comportar sentiments de llàstima o de compassió, la resistència al canvi o la no-acceptació de la diversitat, entre altres reaccions. Aquestes barreres provoquen interferències en les relacions personals de la persona discapacitada envers la resta de persones i poden arribar a generar situacions de marginació social. Les actituds o omissions que, directament o indirectament, generen una situació discriminatòria obstaculitzen el gaudi dels drets de la persona amb discapacitat en igualtat de condicions respecte a una altra en situació anàloga.
- **Barreres econòmiques:** moltes ajudes tècniques tenen un cost elevat i les ajudes i subvencions per a la compra d'aquests productes són escasses, de manera que moltes persones no poden accedir a aquests productes i

de vegades es produeix una situació de marginació o discriminació que dificulta la integració i la relació amb l'entorn. Per exemple, un aparell tan comú com un audiòfon no està a l'abast de tothom.

Totes aquestes barreres incideixen directament en el desenvolupament de les persones i en la seva qualitat de vida. Si l'entorn està adaptat a les necessitats, facilita l'autonomia no només de les persones amb limitacions o mobilitat reduïda, sinó també de tots els ciutadans. Per tant, és imprescindible que l'entorn tingui un disseny universal, accessible i adaptat.

D'altra banda, els factors ambientals que poden incidir en la persona amb limitacions o mobilitat reduïda i en la seva autonomia són:

- **Ambient físic:** l'accessibilitat, l'adaptació, la il·luminació, la ventilació. La seguretat i la salubritat de l'entorn afecten el grau d'autonomia i independència de les persones.
- **Ambient social:** fa referència a les relacions interpersonals i a les actituds que s'adopten envers l'accessibilitat, les barreres arquitectòniques i les persones amb limitacions o mobilitat reduïda. Les actituds que mostra la societat en general, i dels professionals sanitaris en concret, interfereixen directament en el grau d'autonomia i independència de les persones amb algun tipus de limitació.
- **Ambient sociopolític:** el compromís polític envers les polítiques socials incideix directament i indirectament sobre la qualitat de vida dels ciutadans i, especialment, sobre les persones amb més necessitats per la seva discapacitat o dependència.
- **Ambient legislatiu:** el marc normatiu i legislatiu influeix i determina els mínims sobre l'accessibilitat i el disseny per a tothom.

### 1.2.3 Mitjans de suport

Segons s'especifica a la **Llei 13/2014, de 30 d'octubre, d'accessibilitat de Catalunya**, qualsevol persona ha de poder accedir amb seguretat a qualsevol mena d'espai, tant públic com privat. Per aquest motiu, són necessaris mitjans de suport, és a dir, les ajudes que actuen com a intermediàries entre l'entorn i les persones amb discapacitat, permetent-los millorar la qualitat de vida o incrementar l'autonomia personal.

Per aquest motiu, són necessaris **mitjans de suport**, és a dir, les ajudes que actuen com a intermediàries entre l'entorn i les persones amb discapacitat i els permeten millorar la qualitat de vida o incrementar l'autonomia personal. És per això que aquesta llei estableix tres tipus de mitjans de suport:

- Els **productes de suport**: són instruments, aparells, eines, dispositius, mecanismes o elements anàlegs que permeten a les persones amb discapacitat poder dur a terme les activitats que sense aquesta ajuda no podrien fer, o que només podrien fer a costa d'un gran esforç.
- El **suport personal**: es tracta d'un professional preparat per facilitar o garantir l'ús de productes i serveis, la comunicació o la mobilitat de les persones amb discapacitat, com ara l'intèrpret de la llengua de signes, el guia intèrpret o l'assistent personal.
- El **suport animal**: és un animal ensinistrat especialment per cobrir necessitats concretes d'una persona amb discapacitat, com els gossos d'assistència.

Per altra banda, la llei també **estableix i dictamina** que:

- Els espais urbans d'ús públic (carrers, places, parcs...) s'han d'adaptar de manera progressiva a les condicions dels plans municipals d'accessibilitat.
- Els edificis d'ús privat (habitatges, tallers, oficines...) han de garantir l'accés a les zones d'ús comunitari.
- Els edificis d'ús públic (teatres, museus, poliesportius...) han de garantir l'accessibilitat als diferents espais que en formen part.
- Els elements dels espais urbans d'ús públic (bancs, papereres, paviment...) han de ser accessibles, tant si són permanents com si són provisionals.
- Els espais naturals d'ús públic (zones de muntanya, platges...) han de comptar, sempre que es pugui, amb camins i serveis accessibles que respectin el medi ambient.
- Els transports públics han de garantir l'accessibilitat de qualsevol persona als mitjans de transport.
- Els productes de consum particular han d'incorporar criteris de disseny universal i garantir l'accés de les persones cegues o sordcegues a les dades més importants dels productes: identificació i data de caducitat, informació per evitar al·lèrgies, perills, informació dels prospectes farmacèutics...
- Informar i promoure l'ús de les noves tecnologies per facilitar la relació amb les persones amb discapacitat, així com utilitzar diversos sistemes per informar les persones que presenten alguna discapacitat (mitjançant textos en lectura fàcil, sistema Braille, lletra ampliada o altres).

En moltes ocasions és necessari establir uns suports específics destinats a prevenir o compensar els desavantatges o les dificultats especials que tenen les persones amb discapacitat per a la seva participació plena i efectiva en la societat, en igualtat de condicions que la resta de persones. Aquests suports s'anomenen mesures d'acció positiva i poden ser, per exemple, la reserva de llocs de treball, la reserva d'estacionament, o la reserva d'habitatge protegit per a persones amb diversitat funcional.

### **1.3 Edificis i instal·lacions destinats a persones en situació de dependència**

Els edificis i instal·lacions destinats a persones en situació de dependència són diferents en funció de l'entorn del qual formen part. Per aquest motiu, cal distingir bàsicament tres àmbits: el residencial, el domiciliari i l'educatiu.

#### **1.3.1 Àmbit residencial**

Tots els centres residencials necessiten unes instal·lacions adequades (segons normativa) per poder garantir una atenció adequada a tots els seus usuaris, tant en disponibilitat d'espais com en condicions d'equipament. El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies és l'òrgan encarregat de regular les normes de funcionament dels centres assistencials, amb la funció d'establir quins són els requisits que s'han de complir. A aquest efecte, l'any 2015 va publicar el **Decret 205/2015, de 15 de setembre, del règim d'autorització administrativa i de comunicació prèvia dels serveis socials i del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials**.

En aquesta normativa s'especifica de quins espais i instal·lacions han de disposar els centres residencials i les condicions mínimes que han de complir segons el que es recull a la Cartera de Serveis Socials.

#### **Emplaçament i accessos**

Els centres residencials i establiments de serveis socials han de:

- Situar-se en zones ben comunicades o de fàcil accés amb transport públic i, òbviament, han de ser llocs segurs en què no es pugui veure en perill la integritat física dels usuaris, familiars i treballadors.
- Disposar d'un accés des de la via pública que reuneixi les condicions d'accessibilitat amb accessos pavimentats i que permetin el pas de vehicles.
- Estar adaptats físicament i funcionalment a les característiques de les persones usuàries, i garantir les condicions d'accessibilitat.

#### **Passadissos i portes**

Els passadissos i portes han de complir les característiques següents:

- Els passadissos han d'estar dissenyats per permetre un pas fàcil i segur, que pugui ser a peu o en cadira de rodes (amb una amplada mínima d'1,20 m i passamans a cada banda).

- Les portes de sortida d'emergència han de tenir un pas lliure mínim d'1,20 metres i mecanisme d'obertura sempre orientat cap a l'exterior i accionat amb una simple pressió.
- Les portes antipànic han de tenir sistema de desbloqueig automàtic.
- Les portes de vidre han de tenir vidre de seguretat i un sòcol de protecció de 0,40 metres d'alçada i banda senyalitzadora horitzontal, d'un color viu, col·locada a l'altura de la vista d'una persona que pot estar en cadira de rodes.
- Les portes han de tenir un sòcol per disminuir els efectes del xoc del reposapeus de les cadires de rodes.
- Les portes automàtiques han d'incorporar un mecanisme de reducció de la velocitat i de seguretat per evitar casos d'atrapament.

## Ascensors

Els requeriments que han de complir els ascensors són:

- La cabina de l'ascensor ha de tenir, com a mínim, unes dimensions d'1,20 m en el sentit d'accés, de 0,90 metres en el sentit perpendicular i una superfície mínima d'1,20 metres. Ha de disposar de passamans a una altura d'entre 0,90 metres i 0,95 metres.
- Les portes de la cabina i del recinte han de ser automàtiques i han de disposar de mecanisme antiatrapament, tenir una amplada mínima de 0,80 metres, i davant d'elles hi ha d'haver un espai lliure d'un diàmetre d'1,50 metres.
- Els botons de comandament tant de cabina com de replà han de col·locar-se entre 1 metre i 1,40 metres d'altura respecte al terra i han de tenir la numeració en Braille.

## Rampes

Per complir condicions d'accessibilitat, la llargada de cada tram de rampa ha de ser com a màxim de 20 metres. En la unió de trams de diferents pendents s'han de col·locar replans intermedis. Els replans intermedis han de tenir una llargada mínima en la direcció de circulació d'1,50 metres.

Els pendents longitudinals que han de complir les rampes són:

- Trams de menys de 3 metres de llarg: 12% de pendent màxim.
- Trams d'entre 3 i 10 metres de llarg: 10% de pendent màxim.
- Trams de més de 10 metres de llarg: 8% de pendent màxim.

Les rampes han de disposar de baranes a ambdós costats. Així mateix, han d'estar limitades lateralment per un element de protecció longitudinal de com a mínim 10 centímetres per sobre del terra, per evitar la sortida accidental de rodes i bastons. Els passamans de les baranes s'han de situar a una altura d'entre 0,90 i 0,95 metres, amb un disseny anatòmic que permeti adaptar-hi la mà, amb una secció igual o equivalent a la d'un tub rodó de diàmetre d'entre 3 i 5 centímetres separat, com a mínim, 4 centímetres dels paràmetres verticals.

## **Escales**

Les escales d'ús públic han de complir les condicions següents:

- L'alçada màxima del graó ha de ser de 16 centímetres, i la profunditat mínima, de 30 centímetres (a les escales amb projecció en planta no recta ha de tenir una dimensió mínima de profunditat de 30 centímetres a 40 centímetres per la part interior).
- L'ample de pas útil ha de ser igual o superior a 1 metre.
- El nombre màxim de graons seguits, sense replà intermedi, ha de ser 12.
- Els replans intermedis han de tenir un llarg mínim d'1,20 metres.
- Les baranes de les escales han de tenir una alçada entre 0,90 i 0,95 metres. Cal disposar de passamans a tots dos costats. Els passamans de l'escala han de tenir un disseny anatòmic que permeti adaptar-hi la mà, amb una secció igual o funcionament equivalent al d'un tub rodó de diàmetre entre 3 centímetres i 5 centímetres, separat, com a mínim, 4 centímetres dels paraments verticals.

## **Vestíbul**

La superfície dels vestíbuls ha d'estar en relació amb la capacitat d'aforament dels establiments i ser suficient per evitar que es produeixin aglomeracions. Si s'hi accedeix a través d'escales, cal que siguin amples per garantir-hi l'òptima circulació de les persones, i també cal que hi hagi instal·lats passamans a cada banda.

## **Dormitoris**

El dormitori és l'àrea destinada a l'acolliment i el descans de la persona usuària i, per tant, ha d'estar específicament definida per a aquesta finalitat. En aquest sentit:

- La il·luminació i ventilació de l'estança han de ser directes a l'exterior.
- És recomanable que el centre disposi d'un percentatge elevat d'habitacions individuals, per raons d'intimitat. Els establiments han de disposar d'un dormitori individual per cada 10 dormitoris dobles.



- Cada comunitat autònoma té normativa diferent respecte dels metres quadrats exigits de l'habitació i del nombre màxim de llits que s'hi poden instal·lar. A Catalunya, el nombre màxim de llits per habitació és de dos (a diferència de, per exemple, Canàries, on n'hi pot haver com a màxim quatre). Les habitacions individuals han de tenir uns 8 m<sup>2</sup> i les compartides 12 m<sup>2</sup>, sense comptar el lavabo. Les cambres de bany seran preferentment individuals, però podran ser compartides si l'accés és possible des de l'interior de l'habitació.
- En el cas de les habitacions compartides, hi haurà d'haver prou espai de separació entre els usuaris i cadascú tindrà el seu armari amb clau, un llit d'amplària mínima de 90 centímetres i adaptat a les necessitats que l'usuari requereixi, una tauleta de nit amb llum individual accessible des del llit, una cadira confortable amb reposabraços i una taula. A més, l'espai de l'habitació ha d'estar dissenyat per poder ser funcional per a una persona amb mobilitat reduïda.

Pel que fa als llits adaptats, la quantitat mínima de places d'ús públic adaptades són les següents:

- De 50 a 100 places residencials: 2 places són adaptades.
- De 101 a 150 places residencials: 4 places són adaptades.
- De 151 a 200 places residencials: 6 places són adaptades.
- Més de 200 places residencials: 8 places són adaptades.

### **Cambres de bany**

És imprescindible que hi hagi lavabos distribuïts a prop de les diferents estances (en aquells casos en què l'habitació no té cambra de bany), perquè els usuaris que tenen problemes per a l'autocontrol de la micció hi tinguin un accés ràpid.

Pel que fa als lavabos i les cambres de bany (vegeu figura 1.1), es fixen una sèrie de condicionants, com ara:

- Les dutxes han d'estar al nivell del terra.
- S'han de poder independitzar amb una sola porta d'accés en l'espai on hi hagi l'inodor o la dutxa.
- Han de disposar dels complements necessaris: miralls, prestatgeries, armaris, etc.
- Han de comptar amb el sistema de renovació d'aire especificat en el Codi tècnic d'edificació.
- Han d'estar prou il·luminats.

- Han de permetre l'obertura des de fora, sempre preservant la intimitat de la persona, i per si es dona una situació d'emergència. A més, es recomana que s'instal·li un timbre de trucada amb avís a un lloc de control i que permeti ubicar la procedència de l'avís.
- Tot el paviment de la cambra ha de ser antilliscant.
- Per tal de permetre l'aproximació frontal al lavabo, cal que hi hagi, al seu voltant i per sota, l'espai necessari per a l'accés.
- Cada aparell sanitari ha de tenir els aparells auxiliars de suport i subjecció.

**FIGURA 1.1.** Lavabo



Lanz Andy (Pixabay)

## **Cuina**

Tot centre residencial disposa de cuina, sigui per fer els menús per a les persones usuàries o per preparar-los quan es contracta un servei de càtering. La normativa sobre la cuina se centra, sobretot, en aspectes relacionats amb l'espai i amb les mesures higièniques.

Als establiments residencials, les instal·lacions de cuina han de complir els requisits següents:

- L'espai de la cuina ha de tenir ventilació directa a l'exterior o mitjançant un conducte en el qual s'activi mecànicament la ventilació.
- Terra i parets han d'estar revestits de material ceràmic o altres materials homologats.
- La cuina ha de quedar convenientment tancada en aquells establiments on la tipologia dels usuaris així ho aconselli.
- S'ha de disposar d'espai d'emmagatzematge de queviures en un indret sec.
- La superfície ha de ser com a mínim de 8 m<sup>2</sup> i d'un màxim de 50 m<sup>2</sup>.
- S'ha de disposar de les instal·lacions suficients que permetin cuinar per tal de satisfer les necessitats alimentàries dels usuaris.

## Àrees d'atenció especialitzada

Els centres residencials poden disposar de les àrees següents:

- **Sala de consulta o despatx mèdic:** espai per fer reconeixements i exploracions a les persones usuàries de la residència, amb un espai aproximat d'uns 8 m<sup>2</sup> i normalment amb cambra de bany.
- **Sala de cures o infermeria:** ha de disposar almenys d'una farmaciola amb la medicació i els estris de cura necessaris. Dins d'aquesta sala hi ha d'haver llits, el nombre dels quals dependrà de la capacitat del centre. A més, també ha de disposar d'una cambra de bany completa. Tanmateix, en els centres petits, la sala de cura i la de consulta poden formar part d'un únic espai. Aquest espai pot tenir una superfície d'uns 12 m<sup>2</sup>. Cal un lloc d'emmagatzematge de la medicació tancat amb clau, i els medicaments que necessitin conservar-se en un lloc fred han de ser en una nevera independent.
- **Unitat d'infermeria:** aquells centres designats com a socio-sanitaris (aquells on les cures sanitàries tenen més rellevància) han de tenir una unitat d'infermeria a cada planta. Aquests centres poden disposar d'àrea de farmàcia o dipòsit de medicaments.
- **Sala de fisioteràpia i rehabilitació:** és l'espai destinat a fer exercicis físics de manteniment i recuperació. Aquesta sala ha d'estar dotada de ventilació i il·luminació natural i artificial. La superfície ha de ser suficient per poder-hi realitzar les activitats en condicions i que alhora s'hi pugui ubicar l'utillatge necessari (politges, paral·leles, escala de dits, etc.).

## Espais d'activitats i convivència

Els espais d'activitats i convivència d'un centre residencial són el menjador, la sala d'estar i la sala d'activitats terapèutiques, que han de tenir les característiques següents:

- **Menjador:** la superfície ha de ser prou àmplia per garantir l'accés a les taules i una circulació fluida. La imatge figura 2.1 mostra el menjador d'una residència per a gent gran.
- **Sala d'estar:** és l'espai que acull la convivència entre els usuaris i entre ells i les seves famílies. En els centres de grans dimensions hi ha d'haver una sala d'estar per planta.
- **Sales d'activitats o teràpia ocupacional:** han de ser prou àmplies per garantir l'èxit de les sessions. Hi ha un mínim normatiu estipulat de 25 m<sup>2</sup>. Així i tot, la seva grandària dependrà del nombre d'usuaris i de les activitats que es portin a terme. Els espais d'activitats i convivència han de comptar amb una cambra higiènica accessible (rentamans, inodor i dutxa) situada a prop d'aquests espais.

**FIGURA 1.2.** Menjador

Residència Viloldo (Flickr)

### **Altres zones**

Altres zones del centre residencial, com la bugaderia, els magatzems i la zona d'administració, també queden subjectes a les normatives de prevenció i seguretat.

Si la **bugaderia** és al mateix centre:

- Les parets i el terra han de ser de materials fàcils de netejar i, a més, el terra ha de ser antilliscant.
- S'han de separar les zones de la roba neta i la bruta amb barreres que permetin diferenciar els fluxos d'entrada i sortida de roba.

El **magatzem** ha de disposar d'espais diferenciats per a les diverses funcions: emmagatzematge del menjar, del material brut amb sistema d'eliminació de residus, i de la llenceria i la roba neta.

La **zona d'administració** està composta per un despatx de direcció, l'espai de secretaria i la sala de visites. Ara bé, en les residències grans és necessari que hi hagi una zona de recepció on les visites es puguin esperar.

### **1.3.2 Àmbit educatiu**

La creació d'entorns, programes i eines educatives accessibles fa possible que totes les persones, independentment de les seves capacitats, puguin accedir a l'educació obligatòria i, posteriorment, a la formació escollida per al seu desenvolupament i independència personal.

En la **Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat**, de les Nacions Unides, ratificada a Nova York, el desembre de 2006, es va acordar que els estats han d'assegurar que les persones amb discapacitat puguin accedir a l'educació primària i secundària, la formació professional, l'ensenyament d'adults i l'aprenentatge permanent sense discriminació i en igualtat de condicions que

els altres. L'educació ha de fer els ajustos raonables en funció de les necessitats individuals, prestar els suports necessaris i facilitar les mesures personalitzades i efectives en entorns que fomentin el màxim desenvolupament acadèmic i social, i emprar els materials, les tècniques educatives i els mitjans i els formats de comunicació alternatius i augmentatius perquè tot l'alumnat pugui assolir el màxim desenvolupament acadèmic i social de conformitat amb l'objectiu de la plena inclusió.

La **Llei orgànica 2/2006, de 3 de maig, d'educació**, de caràcter estatal, estableix que els centres educatius existents que no reuneixin les condicions d'accessibilitat exigides per la legislació vigent en la matèria hauran d'adequar-s'hi en els terminis i d'acord amb els criteris establerts per la Llei 51/2003, de 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no-discriminació i accessibilitat universal, i les seves normes de desplegament.

Així mateix, les administracions educatives han de promoure programes per adequar les condicions físiques (inclòs el transport escolar) i tecnològiques dels centres i els han de dotar dels recursos materials i d'accés al currículum adequats a les necessitats de l'alumnat que escolaritzen, especialment en el cas de persones amb discapacitat, de manera que no es converteixin en factor de discriminació i garanteixin una atenció inclusiva i universalment accessible a tots els alumnes.

Així, els espais, materials, recursos didàctics, programes i estratègies metodològiques han de:

- **Respectar les diferències físiques**, però tenint en compte que, a més de les persones usuàries de cadires de rodes, croses, pròtesis d'alguns membres o amb una altra discapacitat física o sensorial, sigui permanent o temporal, també hi ha diferències dimensionals (alt, baix, obès, prim), problemes de manipulació, destresa i fortalesa, així com petites discapacitats motrius que no s'aprecien a simple vista (no poder estirar el braç o la cama del tot, per exemple). També hi ha característiques que, sense arribar a ser una discapacitat, comporten una dificultat funcional o diferència d'usabilitat respecte a la majoria, com és el cas de les persones esquerranes. De la mateixa manera, el grup de persones amb discapacitat sensorial és molt heterogeni, i cal respectar aquestes diferències individuals a l'hora de fer accessibles espais, materials, programes i metodologies.
- **Desenvolupar les capacitats cognitives**: a més de les adaptacions curriculars individualitzades derivades de la diversitat (desenvolupament intel·lectual, memòria, llenguatge o altres), els programes i el material didàctic han d'estar pensats per motivar l'alumne i per utilitzar tots els recursos necessaris amb regularitat. Cal tenir en compte que, igual que passa amb les habilitats físiques, hi ha una gran diversitat en el pla cognitiu i conductual que no sempre és fàcil de detectar.
- **Facilitar el seguiment** del procés educatiu de tot l'alumnat, és a dir, disposar dels recursos tècnics i humans necessaris perquè tothom pugui seguir una classe sense problemes, així com perquè el professor pugui organitzar les activitats formatives amb normalitat.

La Generalitat de Catalunya estableix a través dels codis i lleis d'accessibilitat, així com a partir dels codis tècnics d'edificació i criteris per a la construcció de nous edificis, quins requeriments han de complir els centres docents.

## **Pati**

Els patis dels centres educatius han de complir els requisits següents:

- El pati ha de comptar amb una part pavimentada com a pista i unes zones de joc sense pavimentar.
- Hi ha d'haver dues fonts, una al pati de primària i una al d'infantil, per evitar que infants amb discapacitats s'hagin de desplaçar. Al pati d'infantil hi haurà, a més a més, una presa d'aigua. També s'instal·laran boques de reg als patis.
- Des del pati hi ha d'haver accés a uns lavabos sense haver d'entrar al centre. Si la seva situació ho permet, els lavabos dels vestidors poden fer aquesta funció.
- La connexió entre l'escola, el gimnàs, els vestidors i la pista s'ha de fer a través d'una zona pavimentada.

## **Accessos**

Les característiques que han de tenir els accessos als centres educatius són:

- L'accés al centre des de la tanca fins a la porta de l'edifici s'ha de fer a través d'una zona pavimentada.
- L'accés principal ha de ser amb cancell i doble porta (recomanable a totes les portes de connexió amb l'exterior).
- La consergeria ha de poder controlar l'accés a l'edifici i, preferiblement, també l'accés al solar.
- Hi ha d'haver un accés independent alternatiu per als alumnes d'educació infantil, sense perdre la connexió amb la resta del centre.
- S'ha de garantir l'accés d'un vehicle fins a les pistes (per a manteniment i emergències).
- S'ha de possibilitar l'accés d'un vehicle fins a la cuina (accés de mercaderies).

## **Espais administratius**

**La consergeria** dels centres educatius s'ha de situar de manera que pugui controlar l'accés al centre i, preferiblement, a prop de la secretaria. Els dos espais han de

tenir un taulell d'atenció al públic amb espais (calaixos, armariets, arxivadors) que es puguin tancar amb clau.

**La secretaria**, com a espai dins del centre educatiu que exerceix una important tasca informativa i que rep, a més, a un nombre important i divers de persones (professorat, alumnat, famílies, personal contractat, proveïdors), ha de respectar els principis d'accessibilitat universal i disseny per a tothom. Per assolir aquest objectiu:

- S'ha d'oferir tota la informació en formats i suports accessibles.
- El personal de secretaria ha de rebre la formació necessària per poder adaptar els seus intercanvis comunicatius amb les persones amb discapacitat que acudeixin a secretaria, a fi de poder respondre adequadament a les seves necessitats específiques.
- L'espai destinat a la secretaria ha de disposar dels recursos necessaris per a l'eliminació de les barreres arquitectòniques i d'accés a la informació i la comunicació. En concret, a fi de facilitar l'accés a la informació i la comunicació a les persones amb sordesa, ha de disposar dels recursos següents:
  - Bucle magnètic (hi ha equips de sobretaula molt útils per als taulells i les finestretes d'informació i equips de freqüència modulada)
  - Telèfons de text
  - Panells informatius i senyalització
  - Tauler d'anuncis amb informació actualitzada
  - Megafonia de qualitat
  - Avisos lluminosos
  - Accés visual parcial interior-exterior

## Menjador

En educació infantil i primària, la mida i la forma del tipus de mobiliari (taules, cadires) i els instruments propis de l'activitat (coberts, plats, gots, gerres per a l'aigua, etc.) han de fomentar l'autonomia personal i l'adquisició d'hàbits posturals i de comportament correctes.

Per tant, s'ha de tenir en compte que:

- L'espai entre les taules ha de permetre el pas còmode, tenint en compte que, amb el menjador ple, les cadires estaran separades de la taula uns 25 centímetres com a mínim i, perquè pugui passar-hi una persona en cadira de rodes, es necessita un espai mínim de 90 centímetres.
- En el cas dels menjadors en els quals els alumnes passen amb la safata a buscar els plats, l'alçada total o parcial del taulell no ha de superar els 0,85 metres, i el seu disseny ha de permetre l'apropament de l'usuari.

- Les arestes de les diferents superfícies (taulells, taules) han de ser rodones per evitar possibles accidents.
- Els estris (coberts, gots, plats, safates, gerres d'aigua, etc.) han de ser fàcils de manipular i adequats per ser utilitzats correctament sense que això suposi un perill per a l'alumnat.
- Les dimensions de taules i cadires han de guardar les proporcions idònies perquè els usuaris mantinguin una postura correcta.
- La superfície destinada a deixar els plats, els gots i els coberts bruts ha de ser prou baixa perquè cap usuari es vegi obligat a aixecar els braços per arribar-hi, ja que aquest gest pot ocasionar accidents més o menys greus, com per exemple que els coberts rellisquin del plat i li caiguin a sobre, o que li caigui l'aigua.
- La senyalització a través de fotografies o pictogrames dels llocs on es poden trobar els diferents estris (coberts, plats, tovallons), així com altres objectes o elements rellevants (galleda d'escombraries, aixeta per a l'aigua...), és molt recomanable. S'ha de considerar que els colors de la vaixel·la i coberts han de contrastar amb els de la taula i la zona d'emmagatzematge.
- Utilitzar materials que esmorteixin el so i la reverberació (cortines, taulers de suro) i evitar l'ús d'aquells que puguin incrementar el soroll (vidre). S'han d'utilitzar protectors a les potes de les cadires i de les taules i evitar l'ús de safates metàl·liques.
- S'han de tenir instal·lats al menjador senyals d'emergència lluminosos, i s'ha de disposar de taulers informatius per a la transmissió de missatges (els quals han de facilitar l'accés a la informació a tot l'alumnat i al professorat del centre).
- També seria necessari que el personal auxiliar (monitors del menjador i de les activitats que es fan en aquest horari) tingués coneixements sobre sistemes de comunicació amb persones amb discapacitat visual i/o auditiva, paràlisi cerebral, autisme, etc.

### **Sala d'actes**

Les sales d'actes han de reunir totes les mesures d'accessibilitat i disseny per a tots que permetin l'eliminació de les barreres físiques i de la comunicació.

En concret, entre les mesures que han de reunir les sales d'actes per a l'accés a la comunicació i a la informació hi ha les següents:

- Megafonia de qualitat
- Bucle magnètic per als usuaris de pròtesis auditives
- Estenotípia computeritzada (subtitulat en directe per a conferències i actes, que transcriu en temps real el missatge oral de la persona que parla a un text escrit)



- Mitjans audiovisuals subtitulats

## Lavabos i banys

Els requeriments per als lavabos i banys són els següents:

- Hi ha d'haver una correcta senyalització dels espais i estris mitjançant pictogrames o fotografies, cosa que en facilitarà l'ús a les persones amb discapacitats de tipus cognitiu.
- La distribució i les mesures del mobiliari i l'espai han de ser accessibles i preveure la possibilitat, gairebé segura, que hi hagi més d'un usuari a la vegada.
- Les cabines han de disposar d'avisadors lluminosos d'emergència i les portes han de permetre, respectant sempre la intimitat, la comunicació visual interior i exterior.

A més, hauria d'existir, com a mínim, una cabina adaptada que complís els requisits següents:

- L'amplitud de la porta ha de permetre el pas de qualsevol persona (0,80 centímetres).
- L'espai interior ha de permetre la mobilitat còmoda de les persones amb discapacitat física (espai de gir lliure d'obstacles d'1,50 metres de diàmetre), així com l'orientació i utilització per part de les persones amb discapacitat visual.
- La porta ha d'obrir cap a fora de la cabina o ser corredissa. S'ha d'evitar que les cabines dels lavabos estiguin totalment aïllades de l'exterior: la porta ha de comptar amb obertura superior o inferior.
- El pestell ha de ser de tipus balda, és a dir, un mecanisme que s'acciioni amb un moviment horitzontal, sense haver de fer un gir de canell. Ha de tenir la indicació de lliure o ocupat.
- L'interruptor ha d'estar a una altura que oscil·li entre 0,80 i 1,20 metres i no hauria d'estar proveït d'un temporitzador (per problemes de desorientació momentània i perill d'ensopegar amb algun element).
- El lavabo ha de ser sense peu, per permetre l'accés frontal a una cadira de rodes, i estar a una altura compresa entre 0,70 i 0,80 metres. La vora inferior del mirall no s'ha de situar per sobre de 0,90 metres d'altura.
- El mecanisme d'accionament recomanable per a les aixetes és el de pressió, palanca o cèl·lula fotoelèctrica.
- Els accessoris sanitaris, com ara saboneres o l'assecador de mans, han d'estar col·locats a una altura que permetin ser utilitzats per totes les persones, i per de l'aixeta per evitar desplaçaments innecessaris.

- Han d'estar dotats amb barres d'ajuda a banda i banda del vàter. Almenys una d'elles ha de ser abatible amb un espai lliure lateral d'almenys 0,80 metres.
- No s'ha d'ocupar l'espai lateral ni el de gir amb papereres, contenidors per a compreses, etc.
- La ubicació de l'accessori del paper higiènic ha de permetre accedir-hi sense aixecar-se del vàter.
- La porta d'accés als lavabos, així com d'altres elements del bany (per exemple, dutxes) haurien d'estar senyalitzats amb un pictograma que es pugui reconèixer fàcilment. Per a les dutxes s'ha d'utilitzar el símbol internacional d'accessibilitat.



Símbol internacional d'accessibilitat  
(font: wikipedia)

Pel que fa a la dotació de lavabos i rentamans, cal tenir en compte el següent:

- La dotació de serveis de lavabos d'alumnes a l'edifici (sense tenir en compte els d'infantil ni els dels vestidors) ha de ser d'un mínim d'un inodor per aula.
- El nombre total d'inodors i rentamans s'ha de dividir de la manera següent: 50% per a nens i 50% per a nenes.
- A cada planta hi ha d'haver un grup de lavabos de nens, un de nenes i un lavabo per al professorat.
- Hi ha d'haver almenys un servei de lavabo adaptat per planta, que a les plantes pis podrà ser el mateix que el de professorat (mínim d'1 d'adaptat per cada 10 dels altres).
- Al costat de l'administració, cal preveure dos grups més de lavabos de professorat (un per a homes i un per a dones).
- A prop del menjador hi ha d'haver dos paquets de lavabos complets per a alumnes (un per a nens i un per a nenes).
- Tots els inodors han de ser de porcellana vitrificada, i tant els mecanismes com els accessoris han de ser de fàcil recanvi.
- També cal incorporar una presa d'aigua (aigüera) als espais següents: menjador de l'escola, aula de plàstica, aula taller, aula de tecnologia, aula de dibuix i laboratoris.

## El gimnàs

Pel que fa a les característiques dels gimnasos, cal tenir en compte el següent:

- Els gimnasos haurien d'estar dotats dels instruments, materials, aparells i espais necessaris perquè qualsevol alumne, independentment de les seves característiques, pugui desenvolupar al màxim les seves habilitats físiques. Per a això, serà també necessària la correcta senyalització dels espais i estris a través de pictogrames o fotografies, cosa que en facilitarà l'ús a les persones amb discapacitats de tipus cognitiu.

- El mobiliari i aparells es disposaran sempre alineats fora de la zona de pas perquè la persona amb problemes visuals s'hi pugui desplaçar amb seguretat i independència.
- En aquest tipus d'instal·lacions mereix una especial atenció el tipus de sòl, que hauria de ser totalment antilliscant ja que sovint s'hi accedeix sense calçat i amb els peus mullats (aigua, suor o cremes de massatge).
- També s'ha de preveure una zona que permeti una certa privacitat als vestidors; per exemple, instal·lant un lavabo accessible amb dutxa.
- Les dutxes han de disposar de desguàs a terra, seient plegable i passamans.

## Aules generals

Pel que fa a les aules generals, s'ha de tenir en compte:

- Una disposició còmoda que permeti una mobilitat adequada per l'aula, respectant els espais mínims entre els diferents elements del mobiliari. El mobiliari fix (prestatgeries, armaris) ha d'estar enganxat a la paret i arribar fins a terra perquè les persones amb discapacitat visual el detectin.
- La ubicació adequada per a l'alumnat amb sordesa, amb l'objectiu que rebi la informació dins de l'aula, bé sigui per la via auditiva, gràcies a les seves restes auditives i l'aprofitament de les pròtesis auditives, o per via visual, a través de la lectura labial o de qualsevol altre sistema de comunicació.
- La senyalització correcta dels espais i objectes de l'aula, i de les activitats que s'hi desenvoluparan, a través de pictogrames o fotografies, fet que en facilitarà l'ús a persones amb discapacitats de tipus cognitiu.
- Els elements per dur a terme activitats d'autonomia personal en l'etapa d'educació infantil s'han d'ubicar dins l'aula o a prop de l'aula per evitar recorreguts llargs.
- El tipus de mobiliari ha de permetre el canvi de distribució quan sigui necessari.
- L'accés al pupitre ha de ser còmode per a tots alumnes, independentment de les seves capacitats físiques i característiques (alumnes usuaris de cadires de rodes o croses, amb obesitat, alçada baixa o alta), per garantir que totes les persones amb problemes de mobilitat hi puguin seure i aixecar-se còmodament. Si s'escullen cadires amb braços per prendre apunts, s'ha de pensar que hi haurà alumnes esquerrans i dretans, per tant, s'ha de poder intercanviar la posició del braç-taula. Alguns pupitres i cadires amb braços no poden ser utilitzats per alumnes en cadira de rodes, per tant, a l'aula hi hauria d'haver alguna taula convencional.
- En el cas de comptar amb alumnes amb discapacitat visual, també s'ha d'avaluar la necessitat dels materials que requereixen a l'aula (pupitre gran, faristol, pissarra blanca antireflexos...).

A l'apartat "Aules TEACCH" s'exposen les característiques específiques relatives a aquestes aules.

- La il·luminació ha de ser uniforme per a totes les persones que són a l'aula. A més, ha de ser l'adequada per treballar (llegir, escriure, fer manualitats, etc.) i, sempre que sigui possible, s'ha d'utilitzar la llum solar, col·locant persianes o cortines per regular-la.
- La temperatura ha d'oscil·lar al voltant de 21 °C tot l'any, ja que, per exemple, a l'hivern, sense ser excessivament alta, permet que els alumnes no portin massa roba d'abric que dificulti el moviment (escriptura, manualitats, psicomotricitat).
- El material de classe (llibres de lectura, fitxes) s'ha de col·locar a una altura còmoda per ser utilitzat per tots els alumnes (1,20 metres aproximadament). Es podrien utilitzar, per exemple, arxius rotatoris que, en permetre el gir independent de cada disc, proporcionen una gran capacitat d'emmagatzematge a poca altura i la possibilitat d'aprofitar racons i espais petits.
- La ubicació de la pissarra en relació amb les taules o pupitres ha de permetre a tots els alumnes llegir i/o copiar amb facilitat el que s'hi escriu (de vegades, els reflexos sobre la pissarra impedeixen que alguns alumnes la vegin amb claredat des del seu lloc de treball). La pissarra ha d'estar col·locada a una altura adequada a les necessitats de tot l'alumnat que l'hagi d'utilitzar.
- Per llegir i consultar els pòsters o cartells, tant informatius com il·lustratius de diferents temes, hi ha d'haver la possibilitat d'acostar-s'hi fins a 5 centímetres i, a més, han d'estar col·locats a una altura que permeti que tot l'alumnat els pugui llegir. Els d'ús quotidià hauran d'estar adaptats a relleu per als alumnes cecs i, si escau, amb rètols en Braille.
- Dintre de l'edifici: la biblioteca, la secretaria, la consergeria i l'AMPA/AFA han de poder funcionar fora de l'horari escolar. Han d'estar preferentment a planta baixa, amb accés directe des de l'exterior i amb accés a un lavabo adaptat sense haver d'entrar a la resta del centre.

### **Característiques constructives**

Els centres escolars han de complir les característiques constructives següents:

- Tant l'accés a l'edifici com tot el centre en general han de tenir suprimides les barreres arquitectòniques.
- L'altura màxima de l'edifici són tres plantes: planta baixa més dues. En circumstàncies urbanes específiques es podrà arribar a planta baixa més quatre. És convenient la màxima concentració de l'edifici per tal d'afavorir-ne la neteja, conservació i manteniment.
- L'alçada lliure estàndard dels espais docents ha de tenir entre 2,70 i 3,15 metres. A l'àrea d'infantil s'admetran 2,50 metres. No s'admetrà cap element constructiu, ni d'instal·lacions, que limiti l'alçada lliure per sota de 2,50 metres.

- Les aules han de tenir el costat menor superior a 6 metres i la fondària convé que no sobrepassi els 7,50 metres. En els casos en què la fondària sobrepassi els 7,50 metres, s'ha de disposar d'il·luminació natural als dos paraments oposats. La superfície d'il·luminació natural de les aules ha d'estar entre el 20 % i el 25 % de la seva superfície útil. Cal aconseguir una distribució de llum homogènia a dintre de les aules.
- La superfície efectiva de ventilació natural de les aules ha de ser com a mínim del 10% de la seva superfície útil. Cap espai podrà ventilar-se únicament a través de la porta (les portes no comptabilitzen com a superfície de ventilació).
- Tots els espais han de tenir ventilació creuada natural (aules, despatxos, biblioteca, menjador, gimnàs, etc.). Cal tenir especial cura a preveure ventilacions als magatzems, locals tècnics, zones d'abocadors i zones on se situïn fotocopiadores o màquines que generin escalfor (en *racks*, per exemple). A part d'aquests requeriments, els diferents espais de l'escola han de complir amb l'exigència de qualitat de l'aire interior que marca la normativa.

## Zones de circulació

Pel que fa a les zones de circulació, cal atendre els aspectes següents:

- Hi ha d'haver almenys un itinerari accessible que comuniqui l'entrada principal a l'edifici amb la via pública i amb les zones comunes exteriors. Aquesta accessibilitat també s'ha de garantir a l'espai exterior per a usos fora de l'horari escolar.
- Als edificis s'ha de garantir també un itinerari accessible per arribar a totes les zones d'ús públic (aules, passadissos, etc.) i tota sortida d'evacuació.
- L'amplada mínima dels passadissos d'ús públic ha de ser d'1,60 metres (accés a aules i espais docents). Per a passadissos de llargada considerable, cal ampliar aquesta mida mínima. Si hi ha accés a dependències als dos costats, l'amplada mínima ha de ser de 2,20 metres. L'amplada mínima dels passadissos d'ús restringit ha de ser d'1,20 metres (accés a administració i instal·lacions).
- A banda i banda de les portes d'accés als espais, sempre hi ha d'haver l'espai lliure corresponent a un cercle d'1,50 metres de diàmetre.
- Les portes amb obertura cap a l'exterior que donin a espais de circulació d'amplada inferior a 2,50 metres no poden envair el passadís, i han de tenir un espai de protecció d'igual dimensió que la porta, sense perdre l'amplada mínima d'evacuació de l'espai de circulació.
- A les zones de circulació no hi pot haver cap graó aïllat ni dos de consecutius, excepte a zones d'ús restringit, accessos i sortides de l'edifici i accés a l'escenari. S'admet a l'accés a l'edifici un desnivell no superior a 2 centímetres.

## Rampes

Cal tenir en compte que els itineraris amb pendent més gran del 4% es consideren rampa. En general, el pendent màxim de les rampes ha de ser del 12% i els trams han de tenir una longitud màxima de 15 metres. L'amplada vindrà determinada per les exigències d'evacuació, o serà com a mínim de 0,90 metres.

Per a itineraris accessibles, el pendent màxim de les rampes ha de ser el següent:

- 10% en trams de menys de 3 metres de llargària.
- 8% en trams d'entre 3 i 6 metres de llargària.
- 6% en trams de més de 6 metres de llargària.

La longitud màxima dels trams ha de ser de 9 metres i l'amplada mínima d'1,20 metres.

La llargària mínima dels replans intermedis en tots els casos ha de ser d'1,50 metres si estan entre trams d'una rampa amb la mateixa direcció, i quan hi hagi un canvi de direcció entre trams l'amplada de la rampa no s'ha de reduir al llarg del replà. Per a rampes de circulació de vehicles que també estiguin previstes per a circulació de persones, el pendent màxim ha de ser del 16% i no hi ha limitació de la longitud del trams.

## Escales

Les escales han de tenir les característiques següents:

- L'amplada mínima de les escales d'ús públic ha de ser d'1,20 metres.
- La llargària mínima dels replans intermedis ha de ser igual que l'amplada de l'escala i mai inferior a 2 metres.
- Totes les escales, pel fet de ser d'edificis d'ús públic, han de tenir una dimensió de graó de 30 centímetres d'estesa mínima i de 16 centímetres d'alçada màxima.
- El nombre màxim de graons sense replà intermedi, per a les escales d'ús públic, és de 12.
- Cada tramada ha de tenir 3 graons com a mínim.
- No s'admeten escales amb paviment metàl·lic o similar que provoquin contaminació acústica.
- Cal protegir els espais sota escala per evitar el risc d'impacte per a alçades menors de 2 metres.
- Les escales d'ús restringit amb un ús màxim de 10 persones com a usuàries habituals poden ser d'una única tramada, tenir una amplada mínima de 0,80 metres i els graons poden ser sense contrapètja i tenir una estesa mínima de 22 centímetres i una alçada màxima de 20 centímetres.

- Les escales de servei (d'ús esporàdic i restringit a personal autoritzat, com accés a coberta, manteniment, etc.) poden tenir una amplada de 0,55 metres i els graons poden tenir una estesa mínima de 15 centímetres i una alçada màxima de 25 centímetres.
- L'alçada de la barana ha de ser de 90 centímetres.
- Per al manteniment de la coberta, si aquesta no té instal·lacions, es podran fer servir escales fixes de servei. Tindran una amplada mínima de 0,40 metres. Si l'alçada a salvar és més gran de 4 metres, han de disposar d'una protecció circumdant a partir d'aquesta alçada.
- Tant les escales d'ús restringit com les escales de servei i les escales fixes de servei no han de ser accessibles als alumnes.

Pel que fa als passamans d'escales i rampes:

- Les escales han de tenir passamans almenys en un costat, excepte si l'amplada supera 1,20 metres, que en tindran als dos costats. Si són més amples de 4 metres, disposaran de passamans intermedis.
- Les rampes d'itineraris accessibles de pendent superior o igual al 6% i desnivell més gran de 18,5 centímetres han de tenir passamans als dos costats.
- Els passamans s'han de situar a una altura d'entre 90 i 95 centímetres. Als centres d'infantil i primària caldrà un altre passamà a una altura d'entre 65 i 75 centímetres, també als dos costats.
- A les escales, el passamà es perllongarà 30 centímetres als extrems, almenys en un costat. A les rampes, es perllongarà als dos costats.
- Cal assegurar que els extrems dels passamans i barreres de protecció no constitueixin cap risc.

### **Recursos materials: materials accessibles (específics i adaptats)**

El material didàctic de qualsevol centre educatiu ha d'incloure:

- Materials didàctics, DVD subtítulats, contes, llibres, etc., en llengua de signes espanyola (o LSC a Catalunya) i en Braille, i comptar amb una videoteca subtítulada per a persones sordes.
- La diversitat pel que fa a la funcionalitat: és fonamental abordar, a través de materials adaptats, el coneixement de la diversitat per motius de discapacitat, la qual cosa fomentarà el respecte envers l'alumnat amb discapacitat dins i fora de l'aula i en facilitarà la inclusió.
- Diferents estratègies didàctiques que permetin als alumnes processar la informació i incorporar nous coneixements als ja existents. Per exemple, la utilització de puzzles per estudiar la geografia permet començar amb les

peces de la ciutat en la qual es resideix i, posteriorment, anar afegint les de la comunitat autònoma, el país, el continent... D'aquesta manera, a més de deixar clara la situació geogràfica, es poden anar incloent els aspectes culturals de les diferents regions i relacionar-los amb el clima (més o menys al nord), el tipus de sòl (muntanya, platja), etc.

- La utilització de diferents sistemes de comunicació i recursos comunicatius dins de l'aula (llenguatge oral, comunicació bimodal, paraula complementada, signes, pictogrames, gràfics, sistema Braille). Això brinda la possibilitat que tothom pugui participar facilitant la inclusió i educació per a la diversitat.
- Diferents sistemes de memorització: cada persona té diferent facilitat per memoritzar i utilitzar els diferents processos interns per fer-ho. No obstant això, és important adquirir un mètode de memorització adequat a cada procés. El material didàctic ha de preveure la memorització mitjançant diferents estratègies (grafies, imatges, relació entre el que es necessita memoritzar i la vida quotidiana, anècdotes, etc.).
- També el material didàctic d'ús comú (carpetes del centre, agendes escolars, ordinadors, pintures, regles, reproductors de vídeos, etc.) han de ser fàcils de manipular. Així, per exemple, el material de la classe hauria de comptar amb tissors per a esquerrans; les etiquetes d'identificació (nom de l'alumne, numeració dels llibres) ha de permetre utilitzar nombres o grafies grans; el color dels nombres i línies divisòries que marquen els centímetres dels regles han de ressaltar clarament, etc.

## **Aules TEACCH**

En el cas de l'alumnat amb TEA (trastorn de l'espectre autista), hi ha un mètode molt instaurat que, entre altres característiques, estableix com ha d'estar disposat l'espai dins de l'aula.

La sigla anglesa TEACCH significa "tractament i educació de nens amb autisme i problemes associats de comunicació" (*Treatment and Education of Autistic and Communication-Handicapped Children*).

La metodologia va ser creada pel doctor Eric Schopler en els anys setanta, destinada a persones amb trastorns de l'espectre autista. L'objectiu primordial que es va marcar Schopler era prevenir la institucionalització innecessària d'aquella època en centres assistencials. Per a això, ensenyava els nens amb TEA a viure i treballar a l'escola, a casa i en societat d'una manera efectiva.

El pilar fonamental és un ensenyament estructurat. Quan parlem d'ensenyament estructurat parlem des de tots els prismes i en tots els àmbits, és a dir, adaptar el temps, l'espai i el sistema de treball.

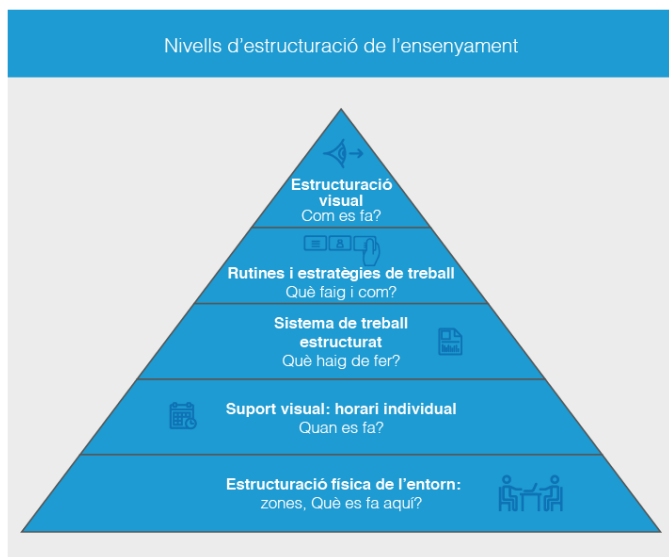
El temps s'ha d'organitzar en tasques curtes i l'espai s'ha d'organitzar a l'aula, i estructurar per zones o racons. Així mateix, en el sistema de treball s'ha d'adaptar material i organitzar el treball per nivells i àrees.



La metodologia TEACCH es focalitza a maximitzar l'adaptació de materials i estructurar l'entorn per millorar les habilitats i destreses funcionals de l'alumnat que el fa servir.

Aquesta estructuració s'aconsegueix amb estimulació visual en l'ambient. Per a això, hi ha uns nivells d'estructuració, com es mostra a la figura 1.3.

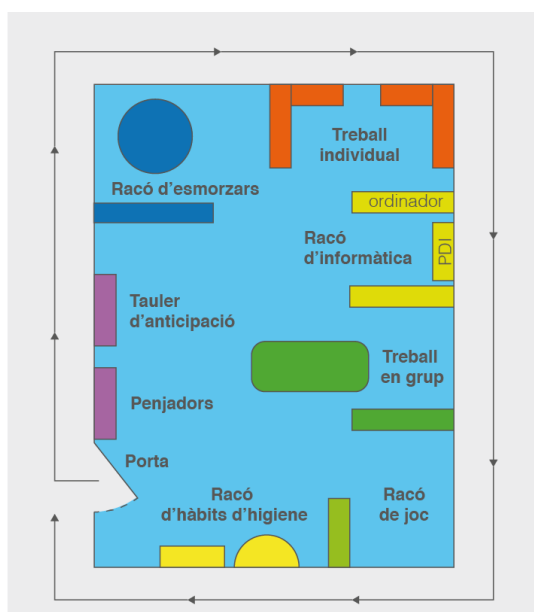
**FIGURA 1.3.** Estructura mètode TEACCH



Font: Basat en Almudena B. Negrete ([www.maestraespecialpt.com](http://www.maestraespecialpt.com))

Així, com a espai, l'aula ha d'estar organitzada per "racons", zones de treball, amb espais limitats, ben definits i etiquetats. Pot recordar a les aules d'infantil organitzades per racons. És imprescindible que no hi hagi excessiva estimulació visual a l'aula i que es defineixin bé els espais amb calaixeres, prestatgeries, catifes... (vegeu figura 1.4).

**FIGURA 1.4.** Aula mètode TEACCH



### 1.3.3 Àmbit domiciliari

Moltes vegades no ens aturem a pensar en les limitacions que pot trobar-se una persona en cadira de rodes o amb mobilitat reduïda, tant fora com dins del seu propi domicili.

Per a una persona dependent, hi pot haver multitud d'elements que s'hagin de transformar o adaptar, per facilitar-li el dia a dia dins de la llar amb el major confort possible, eliminant les barreres i limitacions amb què es puguin topar.

Un habitatge accessible és una llar sense barreres i segura on les persones grans o en situació de dependència poden mantenir la seva autonomia i dur a terme les activitats de la vida diària amb la mínima ajuda. Aquesta circumstància els permet seguir vivint a casa seva i en el seu entorn, fet que augmenta el seu benestar i qualitat de vida.

#### **Entrada o accés a l'habitatge**

Una entrada d'habitatge accessible ha d'abolir completament els esglaons o escales. En cas de viure en llocs amb graons, es pot complementar la zona amb rampes suaus i antilliscants per als dies de pluja i/o plataformes elevadores.

Les rampes, perquè tinguin criteris mínims d'accessibilitat, han de ser de pendent suau i curtes de longitud. Es recomana:

- Per a un recorregut de 6-10 metres, un pendent longitudinal màxim del 6%.
- Per a un recorregut de 3-6 metres, un pendent longitudinal màxim del 8%.
- Per a un recorregut inferior a 3 metres, un pendent longitudinal màxim del 10%.

#### **Portes i passadissos de l'habitatge**

En els habitatges accessibles, les portes i accessos han de permetre el pas d'una cadira 84 centímetres d'ample, i el sòl i els espais han de facilitar el moviment de la cadira. A més, els passadissos òptims han de tenir una amplada d'entre 0,90 i 1 metre.

Per aconseguir un espai ampli i lliure, és recomanable col·locar portes corredisses en lloc de portes tradicionals.

#### **Mobles i instal·lacions adaptats a l'habitatge**

Pel que fa als mobles i les instal·lacions, cal tenir en compte els següents aspectes:

- Els punts d'ús de les instal·lacions (punts de llum, interruptors, endolls, presa de televisió, telèfon, etc.) han d'estar en una ubicació a l'abast de la persona amb discapacitat.
- S'ha de poder fer un gir d'1,20 metres de diàmetre lliure de tot obstacle davant de la porta d'accés i davant del llit.
- Per poder accedir a la part frontal dels mobles, cal deixar-hi davant un espai lliure de 80 cm o més.
- Disposar de recursos tecnològics facilita les tasques diàries a la persona dependent (comandament a distància, telèfon sense fil, servei de teleassistència, persianes elèctriques, etc.).
- Els mobles han d'estar ben subjectes i estar a una altura adequada en cas que els hagin d'usar persones en cadira de rodes.

## **Bany**

La cambra de bany ha de tenir les característiques següents:

- Els sòls han de ser antilliscants per evitar possibles caigudes o relliscades que puguin provocar cops.
- Les banyeres han de substituir-se per plats de dutxa.
- La pica sanitària s'ha de posar a l'altura necessària.
- Les aixetes han de tenir els extensibles oportuns perquè una persona en cadira de rodes la tingui a l'abast, i hi ha d'haver miralls regulables a l'altura d'usuaris de cadira de rodes.

## **Cuina**

Les cuines dels habitatges accessibles han de tenir en compte els punts següents:

- La cuina ha de ser quadrada i espaiosa, que permeti girar amb una cadira de rodes.
- Els mobles que estiguin pensats han d'estar a una altura més baixa o disposar de mecanisme perquè la prestatgeria pugui descendir.
- L'altura de la cuina ha d'anar en relació amb la cadira de rodes, per tenir bon accés a la pica i bona visió a l'hora de preparar el menjar.
- Es pot col·locar mobiliari amb rodes, que es mogui, per facilitar el pas o poder manipular el moble mateix.

## **Dormitoris**

En els dormitoris, cal considerar els punts següents:

- Si la persona dependent té mobilitat reduïda, farem servir llits articulats. L'altura del llit s'ha d'adequar a les necessitats personals i de l'espai. Es recomana que estigui a una altura mínima entre 45 i 50 centímetres.
- Els calaixos i armaris han de tenir una altura òptima per a les persones que van en cadira de rodes, i s'han de protegir pics o elements que sobresurtin i puguin fer mal. Els calaixos han de tenir nanses en lloc de poms.
- Les finestres són molt més còmodes si són corredisses o s'obren cap enfora.

## **Saló i menjador**

El menjador i el saló han de tenir en compte les característiques següents:

- La decoració ha d'adequar-se als gustos i preferències de la persona en situació de dependència.
- El mobiliari ha d'estar adaptat a les seves necessitats. Les cadires i butaques han de ser tous i tenir l'altura adequada per a la persona, amb braços i respallers alts.
- És important que hi hagi il·luminació solar.
- La televisió és aconsellable que tingui comandament a distància.
- Disposar de telèfon sense fil permet alertar més fàcilment de possibles caigudes.

## **1.4 Condicions i criteris d'organització**

Les condicions d'habitabilitat que han de reunir els equipaments on hi ha persones en situació de dependència (en relació amb el mobiliari, la seguretat, la ventilació, etc.) poden ser diverses. Totes aquestes condicions estan recollides a les diferents normatives.

### **1.4.1 Instal·lacions**

Tots els equipaments i establiments han de disposar d'abastament d'aigua, aigua calenta i evacuació d'aigües residuals.

Quant a la instal·lació elèctrica, tots els equipaments han de disposar de la potència adequada segons la normativa vigent.

També es pot disposar d'instal·lació de gas, energia solar o altres instal·lacions que s'estableixin reglamentàriament.

### **1.4.2 Mobiliari i decoració**

Pel que fa al mobiliari i la decoració, cal tenir en compte els aspectes següents:

- El mobiliari ha de ser el necessari i cal eliminar tots els objectes que puguin resultar perillosos o accessoris. Per exemple, al domicili serà convenient eliminar catifes per evitar caigudes.
- Cal que el mobiliari sigui fix, estable i sense angles, amb les cantonades arrodonides per evitar accidents.
- El mobiliari ha d'estar en bon ús, i disposar de les mesures de subjecció necessàries.
- Els elements de decoració han d'estar adaptats a les característiques, necessitats, gustos i preferències de les persones usuàries, respectant-ne la identitat.

### **1.4.3 Il·luminació i ventilació**

Els aspectes relatius a il·luminació i ventilació són els següents:

- La il·luminació i ventilació seran sempre que sigui possible naturals i directes a l'exterior o a un pati interior que ha de reunir unes mínimes condicions.
- Els passadissos han d'estar il·luminats a la nit, o almenys els interruptors amb un pilot lluminós.
- Els lavabos sense ventilació han de disposar de sistemes de ventilació accionats a través d'un dispositiu automàtic amb o sense temporitzador.

### **1.4.4 Senyalització**





La senyalització és molt important i ha d'utilitzar-se bàsicament en:

- Les diferents dependències.

- Els espais compartits.
- Les sortides principals i les d'emergència.
- Els itineraris més habituals.
- Les zones restringides o d'ús exclusiu.

La senyalització pot ser en forma de panell, lluminosa, acústica, gestual, etc. Cal tenir en compte que cada color es correspon amb un significat (vegeu la figura ??).

**FIGURA 1.5.** Senyalització

COLOR	SIGNIFICAT	COLOR CONTRAST	IMATGE
Vermell	Prohibició Perill Material contra incendis	Blanc	
Groc	Advertència Precaució	Negre	
Blau	Obligació	Blanc	
Verd	Salvament o auxili	Blanc	

### 1.4.5 Climatització

En relació amb la climatització, cal tenir presents aquests aspectes:

- Els establiments han de disposar d'un sistema de calefacció i aire condicionat que garanteixi un benestar tèrmic en tots els espais del centre tenint en compte l'època de l'any.
- Els elements de calefacció no han de suposar un perill per als usuaris per contacte directe.
- Els elements de climatització s'han d'accionar segons la temperatura i també han de comptar amb un sistema de regulació individual.

### 1.4.6 Seguretat

Els sistemes de seguretat compleixen un paper essencial als edificis. Per aquest motiu, s'ha de comptar amb:

- Sistemes de videovigilància.
- Enllumenat d'emergència.
- Sistema de detecció d'incendis.
- Detectores de fum.
- Sistema de trucades urgents des de diferents espais (habitacions, lavabos, etc).
- Disposar als centres d'un pla d'evacuació i formar tots els treballadors sobre les mesures de prevenció i seguretat.
- Un sistema d'obertura fàcil a les portes de sortida a l'exterior.
- Endolls amb un mecanisme de seguretat que n'impedeixi la manipulació.
- Itineraris i senyalitzacions d'emergència exposats de forma visible en les diferents estances del centre.





## 2. Productes de suport per a l'autonomia personal

La Llei 13/2014, de 30 d'octubre, d'accessibilitat, té per objecte garantir a les persones amb discapacitat la **igualtat d'oportunitats** en relació amb l'**accessibilitat universal** i el **disseny per a tothom** pel que fa als entorns, processos, béns, productes i serveis, així com en relació amb els **objectes o instruments, eines i dispositius**, de manera que es facin comprensibles, utilitzables i practicables per totes les persones, en igualtat de condicions de seguretat i comoditat i de la manera més autònoma i natural possible.

### 2.1 Productes de suport

Un producte de suport es defineix en la Norma UNE-EN ISO 9999:2017 ([bit.ly/2QOefKh](http://bit.ly/2QOefKh)), adaptada a Espanya per AENOR, com qualsevol producte (incloent-hi dispositius, equips, instruments i programari) fabricat especialment o disponible al mercat, utilitzat per o per a persones amb discapacitat destinat a:

- Facilitar-ne la participació;
- Protegir, donar suport, entrenar, mesurar o substituir funcions/estructures corporals i activitats;
- Prevenir deficiències, limitacions en l'activitat o restriccions en la participació.

Segons la Llei 13/2014, de 30 d'octubre, d'accessibilitat, els mitjans de suport són les ajudes que actuen com a intermediàries entre l'entorn i les persones amb discapacitat i els permeten millorar la qualitat de vida o incrementar l'autonomia personal. Els mitjans de suport d'ús particular es consideren elements necessaris i no se'n pot restringir la utilització, excepte per motius de seguretat o de salubritat, o per les altres causes que siguin establertes per reglament.

Els mitjans de suport es classifiquen en:

- **Producte de suport:** instrument, aparell, eina, dispositiu, mecanisme o element anàleg que permet a les persones amb discapacitat dur a terme activitats que sense aquesta ajuda no podrien fer, o que només podrien fer a costa d'un gran esforç. Pel que fa a la seva utilització, podem diferenciar entre productes de suport d'ús compartit i productes de suport individual.
- **Suport personal:** persona preparada per facilitar o garantir l'ús de productes i serveis, la comunicació o la mobilitat a les persones amb discapacitat,

com ara l'interpret de la llengua de signes, el guia intèrpret o l'assistent personal.

- **Suport animal:** animal ensinistrat especialment per cobrir necessitats concretes d'una persona amb discapacitat, com els gossos d'assistència.

Els mitjans de suport són útils:

- Per a tot tipus de discapacitat (física, sensorial, intel·lectual).
- En totes les etapes de la vida (nens, adults, persones grans).
- Per a tot tipus d'activitat (mobilitat, activitats de la vida diària, comunicació, treball, lleure, esport, etc.).
- Per a tots els llocs on poden estar les persones (espai residencial, espai educatiu, domicili, transport, zones urbanes o rurals, etc.).

### 2.1.1 Classificació dels productes de suport

L'Organització Internacional d'Estandardització (ISO) va publicar l'estàndard internacional ISO 9999: 2007 "Assistive products for persons with disability - Classification and terminology", d'on es va extreure la versió oficial en espanyol en la norma UNE EN ISO 9999 (*Productes de suport per a persones amb discapacitat. Classificació i terminologia*, a [bit.ly/2qMCOgb](http://bit.ly/2qMCOgb)). Aquesta norma ha estat modificada en diverses ocasions; la seva darrera versió és del 2017 i ha estat publicada per l'Associació Espanyola de Normalització i Certificació (AENOR 2018).

Aquesta norma fa una classificació de les ajudes tècniques (productes de suport) en dotze nivells segons la seva funcionalitat:

#### 1. Productes de suport per a tractament mèdic personalitzat (ISO 04)

En medicina, tractament o teràpia, és el conjunt de mitjans de qualsevol classe (higiènics, farmacològics, quirúrgics o físics) amb la finalitat de la curació o l'alleujament (pal·liació) de les malalties o símptomes. Aquesta classe de la norma ISO 9999 (04) es refereix als productes utilitzats per cuidadors o pacients destinats a millorar, controlar o mantenir la condició mèdica d'una persona.

Queden exclosos de la classificació els productes que siguin usats exclusivament per professionals de la salut.

Alguns dels productes de suport per a tractament mèdic personalitzat són:

- Productes de suport per a la respiració
- Productes de suport per a teràpia circulatoria
- Productes de suport per a la prevenció de formació de cicatrius

- Productes de compressió per al control del cos i la conceptualització
- Productes de suport per a fototeràpia
- Productes de suport per a diàlisi
- Productes de suport per administrar medicines
- Productes de suport per a l'esterilització
- Productes, equips i materials per a proves físiques, fisiològiques i bioquímiques
- Productes, equips i materials d'avaluació cognitiva
- Productes de suport per a teràpia cognitiva
- Productes estimuladors
- Productes de suport per mantenir la integritat dels teixits
- Productes de suport per a l'entrenament de la percepció
- Productes de suport per a tracció de la columna vertebral
- Productes per a l'entrenament del moviment, la força i l'equilibri
- Productes per a la cura de ferides

## **2. Productes de suport per a l'entrenament/aprenentatge de capacitats (ISO 05)**

S'hi inclouen, per exemple, dispositius destinats a millorar les capacitats físiques, mentals i socials d'una persona. Per exemple:

- Productes de suport per a teràpia i entrenament de la comunicació
- Productes de suport per a l'entrenament en comunicació alternativa i augmentativa
- Productes de suport per a l'entrenament de la continència
- Productes de suport per a l'entrenament de les capacitats cognitives
- Productes de suport per a l'entrenament de funcions bàsiques
- Productes de suport per a l'entrenament de temes educatius
- Productes de suport per a la formació artística
- Productes de suport per a l'entrenament d'habilitats socials
- Productes de suport per a l'entrenament en el control de dispositius d'entrada i la manipulació de productes i béns
- Productes de suport per a l'entrenament en activitats de la vida diària

### 3. Ortesis i pròtesis (ISO 06)

Les ortesis són dispositius que s'apliquen externament i s'utilitzen per modificar les característiques estructurals i funcionals dels sistemes neuromuscular i esquelètic; les pròtesis són dispositius que s'apliquen externament i s'utilitzen per substituir completament o parcialment una part del cos no existent o deficient. S'hi inclouen, per exemple, les ortesis accionades pel cos i per una font d'energia externa, les pròtesis, les pròtesis estètiques i el calçat ortopèdic. Se n'exclouen les endopròtesis, les quals no formen part d'aquesta norma internacional.

### 4. Productes de suport per a la cura i la protecció personal (ISO 09)

Comprenen diferents estris de diferent complexitat segons l'activitat per a la qual estiguin destinats. S'hi inclouen, per exemple, productes de suport per vestir-se i desvestir-se, per a protecció corporal, per a higiene personal, per a la cura de traqueotomies, per a la incontinència i per a activitats sexuals.

### 5. Productes de suport per a la mobilitat personal (ISO 12)

Són aquells dispositius que ajuden a l'autonomia en la deambulació, com les cadires de rodes (vegeu figura 2.1), passamans i rampes, caminadors, bastons; també els elevadors i transferències, com les grues de transferència, les barres i/o agafadors de bany i tots aquells accessoris per accedir al vehicle o per conduir-lo.

FIGURA 2.1. Cadira de rodes



Beatrice BB (Pixabay)

### 6. Productes de suport per a activitats domèstiques (ISO 15)

Entre els productes de suport per a activitats domèstiques hi ha els productes de suport per preparar el menjar o per menjar-se'l. També s'hi inclouen, per exemple, refrigeradors i congeladors, productes de suport per rentar la vaixela o productes de suport per manipular recipients. També hi ha productes de suport per emetre alarmes, indicar, recordar i assenyalar, així com adaptadors d'adherència i subjeccions, productes de suport per a la neteja de la casa, etc.

### 7. Mobiliari i adaptacions per a habitatges i altres immobles (ISO 18)

És aquell mobiliari adaptat, tant per a la feina com per al moment de descans. S'hi inclouen lliteres per a bany, lliteres de dutxa i lliteres per a canvi de bolquers; taules regulables, taules de planxar i taules per a l'escriptura o de treball; taulers

Consulteu la guia de productes de suport a les activitats domèstiques a l'apartat "Annexos".

per a disseny i taulers per a dibuix; faristols per a llibres i aguantallibres; equips per a la il·luminació; mobiliari regulable per seure; llits que s'ajusten i que no s'ajusten a la posició del cos i llits desmuntables, i dispositius per obrir i tancar reixes, portes, finestres i cortines.

## 8. Productes de suport per a la comunicació i la informació (ISO 22)

També cal tenir en compte els productes de suport per a la comunicació i la informació que ajuden les persones a rebre, enviar, produir i/o processar informació de diferents formes, a través de dispositius de maquinari i programari (*hardware* i *software*), fent que les tecnologies digitals siguin més accessibles. Dins d'aquest grup s'hi inclouen també els ajuts per veure-hi, sentir-hi, llegir, escriure, assenyalar o fer trucades telefòniques, així com alarmes de seguretat i tecnologia de la informació, entre d'altres (AENOR 2007). Podem esmentar:

- Productes de suport per veure-hi
- Productes de suport per a l'audició
- Productes de suport per a la producció vocal
- Productes de suport per a dibuix i escriptura manuals
- Productes de suport per al càlcul
- Productes de suport per al maneig d'informació audiovisual i vídeo
- Productes de suport per a la comunicació cara a cara
- Productes de suport per telefonar (i per missatgeria telemàtica)
- Productes de suport per a alarma, indicació i senyalització
- Productes de suport per a la lectura
- Ordinadors i terminals
- Dispositius d'entrada per a ordinadors
- Dispositius de sortida per a ordinadors

## 9. Productes de suport per a la manipulació d'objectes i dispositius (ISO 24)

Són tots aquells objectes o dispositius que faciliten la manipulació i el control d'objectes i mercaderies. Es tracta de tots aquells objectes per permetre agafar un instrument o per permetre el control remot, robòtic o informàtic que permeti obrir o tancar finestres, apujar i abaixar persianes o connectar electrodomèstics.

Hi ha cada vegada més assistents de veu al mercat que permeten controlar els mecanismes de casa, com l'exemple recent d'Alexa d'Amazon, que entre altres coses permetran fer més fàcils les tasques domèstiques o de lleure a persones amb discapacitat visual o un altre tipus de diversitat funcional. D'altra banda, també poden interactuar amb aquest assistent virtual les persones que no poden parlar o no poden sentir-hi, mitjançant el "Tap to Alexa", que permet als propietaris de l'altaveu intel·ligent unir-lo a una pantalla tàctil.

Consulteu els catàlegs de productes de suport a l'apartat "Annexos".

## 10. Productes de suport per a la millora i l'avaluació de l'ambient i/o entorn (ISO 27)

En formen part els dispositius de purificació d'aigua i les ajudes per reduir els sorolls. També instruments de mesura com termòmetres, bàscules, etc.

## 11. Productes de suport per a l'ocupació i la formació laboral (ISO 28)

Són dispositius que responen principalment a les exigències del lloc de treball i dispositius destinats a la formació laboral. Inclouen, per exemple, màquines, dispositius, vehicles, eines, materials i programes informàtics, mobiliari i instal·lacions de fabricació i d'oficina, i materials per a l'avaluació i la formació laboral. Se n'exclouen els productes que s'utilitzen principalment fora de l'entorn de treball.

Materials d'oficina són tots els elements utilitzats regularment a les oficines de les empreses i altres organitzacions. Inclouen objectes petits, consumibles, d'ús diari, com ara clips, notes adhesives i grapes; també màquines petites, com perforadores, carpetes, grapadores i laminadors, a més d'estris i paper d'escriure, però també abasten equips d'alt cost com els ordinadors, impressores, màquines de fax, fotocopiadores i caixes registradores, així com mobles d'oficina, com ara cadires, taules, arxivadors, armaris i escriptoris (vegeu figura 2.2).

FIGURA 2.2. Taula adaptada



Font: Maika Herrero

## 12. Productes de suport per a l'oci (ISO 30)

Un joc és una activitat que s'utilitza com a diversió i gaudi quan s'hi participa; en moltes ocasions, fins i tot com a eina educativa. Els jocs normalment es diferencien dels treballs per l'objecte de la seva realització, però en molts casos no hi ha una diferència gaire clara. Un joc també és considerat un exercici recreatiu sotmès al concurs de regles.

Un joc accessible és aquell dissenyat o adaptat per a persones amb diversitat funcional. Es poden destacar les bicicletes adaptades, les cartes de mida especial, aparells per fer ganxet, etc.

Altres jocs accessibles o adaptats són els productes dissenyats per ajudar les persones a participar en activitats d'esplai que segueixen regles fixes. Inclouen,

per exemple, jocs de taula, jocs de cartes, trencaclousques, jocs d'ordinador, de consola, etc.

## 2.1.2 Productes de suport compartits i individuals

### Els productes de suport compartits

Els productes de suport compartits són els productes que utilitzen diversos usuaris: primer els utilitza una persona i, quan deixa d'utilitzar-los, passen a altres persones. Tant als centres residencials com als centres escolars, hi ha molts productes i utensilis que faciliten la vida quotidiana a les persones amb discapacitat funcional que solen ser d'ús compartit. Algunes vegades són assignats a una persona que els utilitzarà durant un temps, però que, en abandonar el centre, passen a una altra persona que també els pot necessitar.

A continuació es poden veure els productes de suport d'ús compartit més habituals:

- **Elements de protecció corporal:** tenen com a finalitat la protecció de la pell, prevenció d'UPP (úlceres per pressió) i elements de comoditat per a la persona usuària. Aquí trobaríem una àmplia varietat de coixins i matalassos.
- **Accessoris de subjecció:** les armilles o corretges i cinturons són aquells productes que es fan servir per tal que la persona usuària quedi subjecta al llit o a la cadira per evitar lesions o per millorar-ne la comoditat.
- **Dosificadors de medicaments:** són sistemes o dispensadors que possibiliten la dosificació de medicaments. Cada dosificador ha d'anar etiquetat amb el nom de la persona usuària. En una residència hi haurà d'haver tants dosificadors com persones usuàries requereixin tractament.
- **Productes de suport per a l'alimentació:** són un sistema de suport per a l'alimentació de la persona usuària per crear-li més autonomia i comoditat per fer la nutrició. Alguns d'aquests productes són: utensilis adaptats, com els coberts amb sistema de subjecció i agafada; gots i tasses adaptats; plats profunds; gerros amb suport antilliscant; obridors especials per a pots, etc.  
Als centres residencials aquests productes de suport es deixen al menjador i, en molts casos, són d'ús individual perquè s'ha fet una adaptació personalitzada del suport. En l'àmbit escolar també es guarden al menjador, en cas que l'alumnat es quedi a dinar al centre educatiu.
- **Productes de suport relacionats amb l'eliminació:** són dispositius o accessoris que faciliten l'evacuació intestinal i urinària de la persona usuària enllitada. A les residències, els orinals plans i les ampolles han d'anar assignats a cada usuari marcant-hi el nom i l'habitació. Altres productes són les cadires amb orinal que faciliten que la persona amb mobilitat reduïda pugui fer les seves necessitats sense esforç.

- **Productes de suport per al vestit i el calçat:** faciliten les accions de vestir-se i desvestir-se donant un major grau d'autonomia. Aquests suports poden ser: calçadors de mitges i de calçat, botonadors i estiradors de cremallera. Aquests materials poden ser d'ús individual o bé d'ús compartit, per exemple, entre els alumnes d'una mateixa classe o les persones usuàries que comparteixen l'habitació.
- **Equips de desplaçament o transferències:** inclouen una àmplia gamma de productes graduables en alçada i adaptables a les necessitats de l'usuari. Entre ells, hi ha bastons, caminadors, bipedestadors i cadires de rodes. Alguns d'aquests suports són graduables i adaptables a les necessitats de les persones. Aquest material pot ser individual o compartit. Els elevadors i transferències tenen la finalitat de mobilitzar la persona per evitar accidents o lesions, tant per a la persona mateixa com per al personal que s'encarrega de la mobilitzar-la. Els elevadors es col·loquen al seient i afavoreixen l'acció d'aixecar-se. Solen estar disponibles a la sala d'ús comú en el cas de les residències i a l'aula en el cas dels centres educatius. Les grues manuals o hidràuliques serveixen per fer transferències, com per exemple de la cadira al llit. Els centres residencials han de disposar d'aquest equipament obligatòriament segons el nombre de residents. Vegeu un exemple de cadira d'elevació grua a figura 2.3.

FIGURA 2.3. Cadira d'elevació grua



Stux (Pixabay)

- **Productes de suport per a l'oci i l'escriptura:** són molts i s'apliquen a les aficions, el joc, els esports i altres activitats d'oci. En aquest grup hi ha les bicicletes adaptades, joguines de mida especial, suports per a cartes, etc. Per a l'escriptura hi ha diversos objectes adaptats segons les necessitats, com ara suports d'escriptura, taulers per subjectar el paper, bolígrafs amb pes, passapàgines o faristols.

### Productes de suport individuals

Entre els productes de suport individuals podem trobar:

- **Els productes de suport d'higiene personal:** s'hi inclouen productes de suport com els raspalls de cabells o de dents, les esponges amb agafadors



que faciliten l'accés a totes les zones del cos perquè la persona usuària no ha de fer força per aguantar-la, les maquinetes d'afaitar elèctriques, les tovalloles amb llaços als extrems que faciliten l'eixugada sense necessitat de deixar-se anar de l'agafador, etc.

- **Els productes de suport especialitzats:** són tots aquells que només poden ser utilitzats per una única persona perquè han estat fets a mida. Calçats, pròtesis, dentadures, etc.

### 2.1.3 L'educació i els productes de suport inclusius

El **disseny universal d'aprenentatge** (DUA) és, en primer lloc, una actitud, i es refereix a la disposició a pensar en les necessitats d'aprenentatge de tot l'alumnat (no només les d'aquells estudiants considerats "especials"), assumint que la càrrega de l'adaptació ha d'estar situada primer en el currículum i no en l'aprenent. És, en segon terme, un conjunt ampli i flexible d'estratègies didàctiques orientades pels principis de flexibilitat i elecció d'alternatives, amb l'objecte d'adaptar les necessitats d'aprenentatge a la diversitat d'estudiants. És, per això, el contrari a la recerca d'una única alternativa (cosa que l'adjectiu *universal* tendeix a suscitar) que pogués servir per a tothom. Finalment, no vol dir reduir, simplificar o "rebaixar" els continguts d'aprenentatge o buscar el "mínim contingut comú" per a tothom. És, en definitiva, fer l'aprenentatge accessible per a tothom.

Hi ha tres principis primaris que guien el DUA:

- **Principi I:** proporcionar múltiples mitjans de representació (el "què?" de l'aprenentatge). Els alumnes difereixen en la manera en què perceben i comprenen la informació que se'ls presenta. Per exemple, aquells amb deficiències sensorials (per exemple, sordesa o ceguesa), dificultats d'aprenentatge (dislèxia), diferències culturals o d'idioma i d'altres, poden requerir tots ells diferents maneres d'abordar els continguts. Altres poden simplement captar millor la informació a través de mètodes visuals o auditius que a través d'un text escrit. En realitat, no hi ha un sol mitjà que sigui el millor per a tots els alumnes; proporcionar opcions en la representació és, per tant, essencial.
- **Principi II:** proporcionar múltiples mitjans d'expressió (el "com?" de l'aprenentatge). Els alumnes difereixen en la manera en què poden "navegar" enmig de l'aprenentatge i expressar el que saben. Per exemple, individus amb discapacitats motores significatives (paràlisi cerebral), aquells que tenen dificultats en les habilitats estratègiques i organitzatives (dèficits de la funció executiva, TDAH), aquells amb un idioma matern diferent de la llengua d'acollida i d'altres, abordaran les tasques de l'aprenentatge i demostraran el seu domini de manera molt diferent. Alguns seran capaços d'expressar-se correctament per escrit però no oralment, i viceversa. En

realitat, no hi ha un mitjà d'expressió òptim per a tots els estudiants; proporcionar opcions per expressar-se és, de nou, essencial.

- **Principi III:** proporcionar múltiples mitjans de compromís (el “perquè?” de l’aprenentatge). Els alumnes difereixen marcadament en la forma en què poden sentir-se implicats i motivats per aprendre. Alguns alumnes s’“enganxen” o connecten amb l’espontaneïtat i la novetat, mentre que altres desconnecten, o fins i tot s’espanten, en aprendre així. No hi ha un únic mitjà d’afavorir el compromís que sigui òptim per a tots els estudiants; proporcionar múltiples mitjans de compromís és, juntament amb els dos anteriors principis, essencial per avançar cap a la meta d’una educació més inclusiva.

### Les TIC a l’educació

Per a una gran part de les persones amb diversitat funcional, les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) són eines que els permeten la integració i participació en gairebé tots els aspectes de la vida.

En l’educació inclusiva, les TIC hi juguen un paper fonamental, fent possible que tots els estudiants puguin triar el seu mitjà preferit per accedir als continguts i per expressar el seu coneixement. Són eines que ofereixen flexibilitat i adaptació a les necessitats de cadascú, permetent que tothom pugui aprendre en qualsevol moment i lloc, a través de qualsevol dispositiu i amb el suport de qualsevol persona.

Les TIC ajuden a eliminar les barreres i permeten als estudiants beneficiar-se d’oportunitats educatives. Introduir les TIC en l’entorn educatiu no s’ha de considerar un fi en si mateix, sinó un mitjà per a la inclusió educativa.

S’ha de tenir en compte quin és l’objectiu principal d’utilitzar les TIC a l’educació de les persones amb discapacitat, que és fomentar tant la inclusió educativa com la inclusió social en el seu sentit més ampli. L’objectiu final d’incrementar l’accés a les TIC que donen suport a l’educació ha de ser augmentar, a curt i llarg termini, les oportunitats i qualitat de vida de les persones amb discapacitat.

Quan parlem de TIC no només hem de pensar en dispositius o programes informàtics; aquests són el mitjà que permet crear o gestionar els continguts digitals didàctics, ja siguin textos o continguts audiovisuals. Treballar amb aquest tipus de continguts proporciona més flexibilitat a tots els estudiants, però, a més, en el cas d’alumnes amb diversitat funcional, els facilita l’accés als continguts. Segons Rose i Meyer (2002) es podrien diferenciar quatre aspectes d’aquesta flexibilitat que són particularment beneficiosos per a la seva aplicació en els processos d’inclusió educativa (Alba Pastor & Zubillaga del Riu, 2012):

- **Versatilitat:** els mitjans digitals permeten presentar i visualitzar el contingut en diferents formats (text, imatge fixa, imatge en moviment, so, combinació de text i imatge, multimèdia, etc.).
- **Capacitat de transformació:** els mitjans digitals permeten que el mateix contingut es pugui mostrar en múltiples formes. Els ajustos poden ser dins

dels mateixos mitjans per ajustar la forma en què alguna cosa es presenta, sense canviar-ho a altre mitjà, i les transformacions d'un mitjà a un altre.

- **Possibilitat de ser marcats:** el codi principal per a la construcció de certs continguts, per exemple pàgines web, permet marcar el text, marcar-ne diferents components estructurals. Això possibilita l'organització dels continguts i activitats a desenvolupar d'acord amb les necessitats dels estudiants (seleccionar només un tipus de contingut o certes paraules, ressaltar o eliminar-ne algunes parts, canviar-ne el format, triar un disseny de pantalla amb diferents tipus de fonts, etc.).
- **Interconnexió:** els mitjans digitals ofereixen la possibilitat de relacionar un contingut amb un altre, a través d'hipervincles, traçant un mapa de recursos i suports complementaris al contingut d'aprenentatge principal (mitjançant vincles amb imatges o una altra informació), afavorint l'aprenentatge globalitzat.

També és important destacar l'aparició d'aplicacions (apps) gratuïtes per a dispositius mòbils que serveixen per treballar la cognició i la comunicació, com per exemple la memòria, l'atenció, etc.

Consulteu algunes aplicacions gratuïtes per a dispositius mòbils a l'apartat "Annexos".

## 2.1.4 Productes de suport a la llar

Convé fer un esment dels productes de suport a la llar. Així com en una residència es disposarà de molts productes de suport i es farà una avaluació i recomanació als usuaris sobre els productes més adients a les seves necessitats, quan la persona vol viure a casa seva i es troba en certa situació de dependència, cal que els espais disposin d'unes adaptacions i que es facin servir certs productes de suport per prevenir determinades situacions de risc o falta d'accessibilitat.

### El bany

El bany no és l'únic lloc en el qual ens hem de fixar a l'hora d'adaptar una casa a persones dependents, però continua sent el focus de totes les mirades: no podem obviar que un lloc en el qual l'aigua i la humitat són una constant pot resultar més perillós que un altre espai sense aquestes característiques. Precisament, l'informe de detecció d'accidents domèstics i d'oci (DADO) de l'Institut Nacional del Consum ho deixa bastant clar: un 58% dels accidents que tenen lloc a la llar ocorren, principalment, a la cuina, al dormitori i a la cambra de bany.

Al bany hem de centrar l'atenció a fer servir materials antilliscants que puguin reduir considerablement les caigudes. A més, una de les reformes que més s'executen és el canvi de banyera per dutxa. Però això no sempre és suficient. Es pot millorar, per exemple, col·locant barres o agafadors de subjecció. També és interessant que la tassa del vàter estigui adaptada a persones amb dificultats de mobilitat; això s'aconsegueix amb agafadors i elevants el vàter, que comporta que

els esforços siguin menors a l'hora de seure i aixecar-se. Si volem que l'adaptació sigui completa, no podem oblidar-nos d'eliminar qualsevol tancament interior, ja que pot ser crucial a l'hora d'atendre una urgència a l'interior del bany.

## La cuina

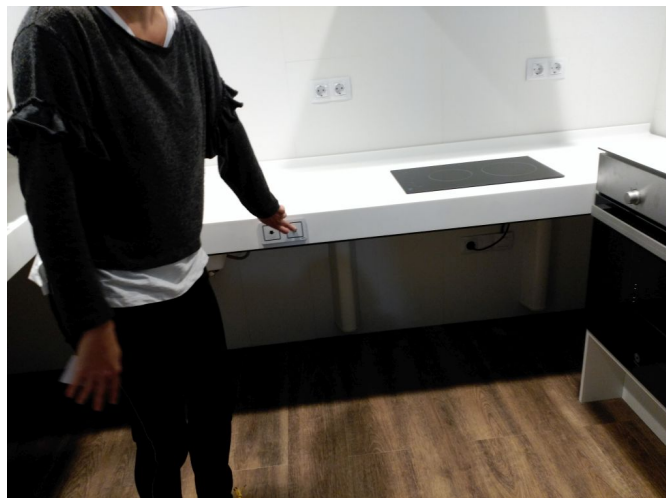
Les persones amb mobilitat reduïda s'han de poder manejar bé en qualsevol espai. Així, la cuina també requereix espais amplis, suficients per caminar amb croses, cadires de rodes o caminadors.

Tot i que la nostra cuina no sigui la més àmplia del món, hi ha determinades distribucions que poden afavorir aquest aspecte, com per exemple les distribucions en forma de L o bé una distribució lineal. A més, no s'ha de passar per alt l'alçada dels mobles, que pot ser crucial. S'han d'intentar evitar els mobles alts, al final seran més incòmodes. També convé tenir a mà les coses que més es facin servir, respectant un ordre lògic en els mobles baixos de la cuina.

Es pot canviar el gas per vitroceràmica o cuina d'inducció i s'han d'instal·lar detectors de fum a l'interior de la cuina.

A la imatge de la figura 2.4 es pot veure una cuina adaptada.

**FIGURA 2.4.** Cuina adaptada



## Dormitori

Els dormitoris es poden adaptar amb llits articulats, en el millor dels casos, o amb llits d'una alçada que no requereixi un esforç extra per part de la persona usuària.

Que les finestres i les portes dels armaris siguin corredisses o el canvi de poms per nanses en els calaixos també facilitarà el dia a dia d'una persona amb mobilitat reduïda.

Aspectes com col·locar un timbre o interruptor d'emergència que es comuniqui amb altres parts de la casa també pot ser d'ajuda.

Finalment, no s'ha d'oblidar que com més nets i menys atapeïts siguin els espais, millor.

## Aspectes importants a la resta de la llar

La resta de la casa també ha d'estar adequada amb petits detalls que faran la vida més còmoda a les persones dependents. Per exemple, les portes corredisses són ideals si hi ha a casa una persona amb mobilitat reduïda, ja que aconseguirem tenir més espai lliure del que ens deixen les portes tradicionals.

El terra de tota la casa ha de ser antilliscant i, a més, si hi ha una cadira de rodes a casa, hauríem de fixar-nos bé en el trajecte que aquesta pot fer, aconseguint espais més amplis perquè es pugui maniobrar en un moment donat. Així mateix, convé també fer una revisió del nostre mobiliari per evitar vores afilades; és molt més segur que siguin arrodonides.

Podeu consultar el catàleg de mobiliari adaptat de l'empresa Ugari a l'apartat "Annexos".

## 2.2 Centres d'autonomia personal, ajudes tècniques i productes de suport

Els centres d'autonomia personal existeixen tant a escala estatal com autonòmica i local, i tenen per objectiu promocionar, intercanviar coneixement i oferir prestacions de serveis a les persones en situació de dependència.

### 2.2.1 Centre de Referència Estatal d'Autonomia Personal i Ajudes Tècniques

El Centre de Referència Estatal d'Autonomia Personal i Ajudes Tècniques (CEAPAT) es crea mitjançant una ordre ministerial de 7 d'abril de 1989, com a centre dependent de l'Imsero. El 2006, el CEAPAT entra a formar part de la xarxa de centres de referència estatals (CRE), establerta mitjançant la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Els CRE responen a l'objectiu d'oferir serveis socials de qualitat per atendre les persones en situació de dependència i les seves famílies. Aquests centres de referència són claus per a la promoció, intercanvi de coneixement, formació de professionals i prestació de serveis d'una alta qualificació. Els CRE tenen el seu àmbit d'aplicació a tot l'Estat.

Pel seu caràcter de centre de referència, el CEAPAT ofereix els següents suports:

- Anàlisi, sistematització i difusió d'informació i coneixement.
- Foment de la investigació i el desenvolupament i innovació de mètodes i tècniques d'intervenció.
- Formació de professionals i col·laboració en l'elaboració i aplicació de normes tècniques.

Podeu consultar l'ordre ministerial a [bit.ly/2XCYHdL](http://bit.ly/2XCYHdL) i la Llei 39/2006 a [bit.ly/2QHChXf](http://bit.ly/2QHChXf).

- Suport, assessorament i assistència tècnica a institucions.
- Altres recursos del sector.

### **2.2.2 Centre per a l'Autonomia Personal Sírius**

Aquest centre, que depèn de la Generalitat de Catalunya, ofereix informació i orientació sobre solucions personalitzades, productes de suport i recursos disponibles, amb l'objectiu d'impulsar i millorar l'autonomia personal i l'accessibilitat a l'entorn, així com afavorir la integració social de les persones amb discapacitat i de la gent gran.

S'adreça a les persones amb discapacitat o dependència i als seus familiars, així com a entitats del sector, als col·lectius professionals i als estudiants que s'hi relacionin. També a les empreses implicades en els productes de suport a la discapacitat, i a totes aquelles persones, particulars o professionals, interessades en l'autonomia personal i l'accessibilitat a l'entorn.

El centre Sírius disposa d'una exposició permanent, a l'abast de les persones interessades, de productes de suport, solucions d'entorns accessibles i productes per a la comunicació i l'accés a l'ordinador.

El centre està organitzat en tres unitats o àrees d'informació temàtica:

#### **1. Unitat d'Accessibilitat:**

- Fa assessorament tècnic sobre solucions personalitzades per a la supressió de les barreres en l'accés i a l'interior dels habitatges.
- Informa sobre productes i tecnologies per a l'accessibilitat de l'entorn.
- Informa sobre la normativa d'aplicació relacionada amb l'accessibilitat.
- Organitza jornades i sessions informatives adreçades a professionals i estudiants sobre solucions i tecnologies per a la supressió de barreres i l'accessibilitat de l'entorn.

#### **2. Unitat de Productes de Suport:**

- Assessora sobre el mobiliari i l'adequació de l'entorn de la persona.
- Informa sobre productes de suport per a la mobilitat i la realització de les activitats de la vida diària.
- Fa demostracions als cuidadors sobre tècniques d'atenció a les persones amb dificultats de mobilitat i sobre l'ús dels productes de suport.
- Organitza jornades amb professionals per intercanviar experiències i donar a conèixer les novetats sobre productes de suport.
- Dona suport a la formació d'estudiants i professionals del camp de l'autonomia personal i dels serveis socials, mitjançant jornades i sessions formatives.

### 3. Unitat de Tècniques Augmentatives de Comunicació i Habilitació (UTAC). Aquesta unitat informa, assessora, valora i fa demostracions sobre:

- Sistemes augmentatius de comunicació
- Accés alternatiu a l'ordinador
- Control de l'entorn

Fa seguiment del procés d'intervenció a les persones usuàries, els familiars i els professionals.

A banda, el Departament de Benestar Social i Família convoca anualment els ajuts del Programa d'atenció social a les persones amb discapacitat (PUA), que té com a objectiu facilitar els ajuts econòmics necessaris per al desenvolupament de l'autonomia personal de les persones amb discapacitat física, psíquica o sensorial amb mesures compensatòries per tal de millorar la seva qualitat de vida i fomentar-ne la integració social.

Als annexos podeu veure informació sobre els ajuts del programa d'atenció social a les persones amb discapacitat (PUA).

#### Exemple d'un cas atès al Centre per a l'Autonomia Personal Sírius

L'Antoni té vint-i-cinc anys i ha sol·licitat suport al centre Sírius per tal d'utilitzar l'ordinador a l'escola d'adults on estudia.

Des de fa quatre anys pateix una lesió medul·lar fruit d'un accident de trànsit, presenta tetraparèsia amb forta limitació de la mobilitat. Té limitacions a la mà en la motricitat fina i en les accions coordinades per a l'escriptura. Porta una cadira de rodes elèctrica amb comandament tipus *joystick*. Durant uns mesos ha estat fent un tractament de recuperació funcional amb una fisioterapeuta i una terapeuta ocupacional.

Els professionals que l'atenen al centre Sírius són un terapeuta ocupacional i un logopeda. A partir del coneixement sobre productes de suport, l'assessoren i li proposen:

- Sistema de reconeixement de veu Dragon Naturally Speaking: converteix la veu en text escrit.
- Dispositiu BJOY RING: converteix el *joystick* de la cadira de rodes en un ratolí per a utilitzar l'ordinador, el mòbil o la tauleta.
- Polsador per a la realització del clic del ratolí.
- Cadira de rodes basculant
- Reposacaps
- Coixí antiescares
- Base rígida de seient
- Respatller

L'Antoni valora les informacions i accepta els productes que li proposen. Prèviament a la compra dels productes, pot fer proves amb diferents models de què disposa el centre per escollir aquells productes que s'avinguin més a les seves necessitats.

L'experiència exposada constitueix un clar exemple de la importància de proporcionar informació a l'usuari quant a les diferents alternatives possibles perquè, amb aquesta informació i mitjançant les proves que faci durant l'assessorament, pugui prendre la decisió que consideri més adient i que més còmode el faci sentir.

Als annexos podeu trobar un tríptic amb els serveis que ofereix el centre Sírius.

### 2.2.3 Banc del Moviment

El Banc del Moviment busca promoure els valors de la sensibilitat, la solidaritat, l'autonomia de les persones i la sostenibilitat de la ciutat, i que qualsevol persona que ho necessiti tingui accés a unes croses, una cadira de rodes, un caminador o qualsevol altre tipus de producte de suport. És una iniciativa solidària per oferir préstec temporal i solidari de productes de suport per a persones amb discapacitat motriu de totes les edats. Asendi NB, Amputats Sant Jordi, Nexe Fundació i la Cooperativa Alencop són les entitats que treballen en el projecte, conjuntament amb l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat (IMPD) de la ciutat de Barcelona.

En un principi, el préstec es fa per a un període inicial de sis mesos, tot i que en cas de necessitat es podrà prorrogar el termini. La persona usuària ha de deixar un dipòsit de preu social en el moment de rebre el material, que li serà abonat en el moment de retornar el producte. Quan el producte de suport demandat sigui per a infants, un/a terapeuta ocupacional farà la valoració, l'adaptació i el seguiment corresponents; també es farà en el cas dels adults que ho requereixin.



<https://www.youtube.com/embed/HIUhzbWEo3k?controls=1>

### 2.2.4 En els centres educatius

El centre escolar és l'espai on nens i nenes passen una gran part del temps i on, a més, duen a terme activitats, com determinats jocs i esports, que impliquen riscos afegits als habituals. La prevenció d'accidents en el centre escolar implica l'assumpció del seu paper com a entorn promotor de salut; per això, té la tasca de posar en marxa totes les mesures de protecció possibles per aconseguir un entorn segur, respectant la normativa vigent i adoptant una sèrie de recomanacions específiques. Per la seva banda, el personal docent, com a agent de salut en la prevenció d'accidents, ha de transmetre a l'alumnat els missatges oportuns a través de la seva conducta modèlica i del treball a l'aula. Per complir aquesta tasca, ha de conèixer els riscos potencials d'accident i posar en marxa les mesures preventives al seu abast, però, a més, ha d'estar adequadament informat per intervenir en cas que es produeixi un accident.

L'actuació preventiva té dues vessants:

- La protecció del medi per tal d'aconseguir la major seguretat en l'entorn.
- L'educació de l'alumnat en prevenció d'accidents per aconseguir la major autonomia possible segons les diferents edats, amb el màxim de seguretat.



## Seguretat dins dels recintes tancats

El centre escolar ha de tenir en compte les següents mesures de protecció del medi:

- No fer servir abrillantadors per a la neteja dels terres.
- Tenir cura que sempre hi hagi una bona il·luminació, sobretot en les zones de treball i de pas.
- Les escales han de tenir graons baixos (menys de 17 cm) i profunds (més de 28 cm), amb una bona il·luminació, barana forta i passamans.
- Les terrasses, terrats i balcons han de tenir baranes altes i barrots amb separació de 10 cm màxim.
- Les finestres han de tenir tancaments alts i ser inaccessibles per als petits.
- Als passadissos d'amplada menor de 2,50 m, situats en zones d'ús comú, les portes situades al lateral es disposaran de manera que l'escombrat del full de la porta no envaeixi el passadís.
- Les portes de vaivé situades entre zones de circulació han de tenir parts transparents o translúcides que permetin percebre l'aproximació de persones i que cobreixin l'altura compresa entre 0,7 m i 1,5 m com a mínim.
- Les grans superfícies de vidre que es puguin confondre amb portes o obertures estaran proveïdes, en tota la seva longitud, de senyalització situada a una altura inferior compresa entre 850 mm i 1.100 mm, i a una altura superior compresa entre 1.500 mm i 1.700 mm.
- Les portes de vidre que no disposin d'elements que permetin identificar-les, com ara bastiments o tiradors, disposaran de senyalització d'acord amb el que s'ha explicat anteriorment.
- Els mobles han de tenir cantonades romes. Cal evitar sortints, arestes i peus o bases llargs.
- Cal instal·lar un termòstat per a l'aigua calenta als lavabos. No ha de superar els 54 °C.
- Els serveis han de tenir un sistema de seguretat que impedeixi quedar tancat.
- Cal instal·lar vidres de seguretat en els llocs on es pot xocar.
- S'ha de vigilar el bon estat de les instal·lacions als lavabos: rajoles, portarotlles metàl·lics, penjadors metàl·lics.
- Cal vigilar el bon estat de les instal·lacions del gimnàs: espatlles, miralls i encoixinat en columnes.
- S'han de revisar amb deteniment les instal·lacions i aparells de gas i electricitat.
- Els productes tòxics (neteja, pintura, coles, etc.), així com els medicaments, s'emmagatzemaran fora de l'abast de nens i nenes.

- És necessari vigilar que els extintors estiguin en bon estat i en llocs coneguts per totes les persones adultes.
- Hi ha d'haver sortides d'emergència ben senyalitzades.
- Hi ha d'haver una farmaciola ben dotada i algú que s'encarregui del seu manteniment.
- És obligatori que hi hagi un pla de seguretat, d'evacuació o emergència. I cal fer periòdicament un simulacre d'evacuació.

A les escoles d'infantil, a més, es recomana prendre precaucions especials:

- Els materials que s'utilitzin en els acabats interiors han de ser adequats a l'edat dels alumnes, evitant superfícies rugoses, dures o agressives, o ressals de fàbrica.
- Les lluminàries han d'estar protegides.
- Els punts de llum i preses de corrent de les aules han d'estar a una altura d'1,50 m.
- Es recomana que la distància entre eixos de barrots no sigui més gran de 8 cm.
- Les finestres han de ser practicables només a partir d'1,10 m d'altura.
- Els vidres de les fusteries han de ser de seguretat (3+3 mm).
- Totes les portes d'ús per als nens han d'estar protegides de manera que no puguin agafar-s'hi els dits.
- Les portes s'han de dissenyar de manera que, en obrir-les, es pugui veure si hi ha un nen darrere.
- Els lavabos han de tenir la màxima visibilitat possible des de l'aula. La taula canviador ha de quedar enfrontada a l'aula de tal manera que l'educador vegi, al mateix temps que canvia el nen, el que passa a la resta de l'aula.
- La sala de bressols ha de tenir visibilitat des de l'aula i els bressols s'han de col·locar de tal manera que al nen se'l pugui agafar per un lateral.
- Els radiadors han d'estar protegits.

### **Seguretat fora dels recintes tancats**

Fora dels recintes tancats, el centre escolar ha de tenir en compte les recomanacions següents:

- Els edificis del centre han d'estar envoltats per una reixa o tanca d'1,5 m d'alçada com a mínim.

- Els patis han de tenir zones separades per a jocs ràpids i lents. Cal suprimir les pedres i instal·lar una zona de sorra dedicada al joc per a l'alumnat menor edat.
- En escoles infantils, les vorades dels sorrals dels patis han de ser romes o arrodonides. S'ha de disposar d'una zona de llosetes de cautxú que esmorteixi les caigudes.
- Els tobogans han d'arribar arran de terra, ser d'una sola peça en la part descendent i tenir baranes altes laterals.
- Els gronxadors han de tenir barrots perquè no s'hi puguin acostar altres nens quan algú es gronxa. Els seients han de ser tous.
- Cal vigilar el bon estat de les instal·lacions, tant de les zones de jocs infantils (gronxadors, tobogans...) com de les pistes esportives (porteries, cistelles, xarxes...).
- S'ha de vigilar també el bon estat de les instal·lacions generals: sòls dels patis, bancs de fusta, clavegueram, canalons...
- Cal prendre precaucions especials quan es duguin a terme activitats que comportin risc, com ara utilitzar protectors (cascs, genolleres, turmelleres o colzeres) i calçat adequat.
- En èpoques caloroses, cal protegir-se del sol amb cremes amb filtre solar i gorres. Cal procurar no exposar-se a la radiació solar en les hores centrals del dia (de 12 a 16 hores).
- S'han d'establir normes de seguretat en el transport escolar.
- Davant de les sortides del centre escolar, a la vora de la vorera hi ha d'haver una tanca que impedeixi als nens i nenes envair la calçada en sortir i patir un accident. Instal·lar-la és competència de l'ajuntament.
- Cal comprovar que els accessos externs al col·legi són segurs i tenen els senyals de trànsit o senyalitzacions oportunes (semàfors, passos zebra, senyals informatius de la presència d'escolars...).

### 2.2.5 En els centres residencials

Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'European Network for Safety Among Elderly (EUNESE), el 30% de les persones de més de 65 anys pateix una caiguda com a mínim un cop a l'any. Aquesta xifra s'eleva al 50% quan parlem de persones de més de 80 anys. El que és realment sorprenent és que la majoria d'aquestes caigudes es produeixen en residències per a gent gran o centres socio-sanitaris.

Les principals causes de caigudes en residències per a gent gran es deuen a terres mullats o humits, una alçada incorrecta del llit, il·luminació insuficient en diferents espais o paviments amb un mal manteniment, entre altres coses.

## 1. Manca d'ordre i neteja en els llocs de treball

Els **riscos** que comporta la manca d'ordre i neteja són els següents:

- Caigudes per ensopegades i relliscades a causa de la presència de cables elèctrics o de llits i lliteres en zones de pas, així com per l'existència de sòls humits o relliscosos per vessaments de líquids.
- Cops contra calaixos o armaris oberts, equips de trasllat dels residents (cadires de rodes, grues, llits ...) o amb materials apilats, tant en passadissos com al voltant dels llocs de treball.
- Caigudes d'objectes durant la manipulació o emmagatzematge.

Les **mesures preventives** que cal adoptar per evitar-los són:

- No dificultar l'accés i la visibilitat dels extintors, mànegues i altres elements de lluita contra incendis.
- Mantenir buides i lliures d'obstacles les zones de pas, els passadissos, les sortides d'emergència i les vies d'evacuació.
- Si es produeix un abocament accidental de qualsevol líquid, cal netejar-lo immediatament. A més, s'ha de senyalitzar la zona on s'ha produït el vessament perquè no es produeixin relliscades i caigudes.
- S'ha d'evitar la presència de deixalles i objectes a terra: s'han de dipositar en els recipients destinats per a això. En cas de trencament d'algun recipient o estri, cal delimitar la zona i recollir els fragments amb ajuda d'un raspall i un recollidor, mai amb les mans.
- S'han d'estacionar els equips de maneig de trasllat de pacients (cadires de rodes, grues, llits...) en els llocs establerts per a això.
- No s'han de sobrecarregar les prestatgeries ni les zones d'emmagatzematge. S'ha de procurar que els materials emmagatzemats no sobresurtin i col·locar els objectes més pesats a la zona inferior de les prestatgeries, i els d'ús freqüent en les lleixes centrals, a l'altura aproximada dels colzes. Cal tenir en compte que els apilaments de materials han de ser estables i segurs.
- En finalitzar els treballs, s'han de retirar i col·locar al seu lloc les eines i estris emprats.

## 2. Seguretat davant de riscos elèctrics

Els **riscos elèctrics** que hi pot haver són:

- Contactes elèctrics directes en fer connexions d'equips a la xarxa.
- Contactes elèctrics indirectes en accedir a parts o elements metàl·lics.
- Cremades per arc elèctric derivades de curtcircuits durant la manipulació de la instal·lació elèctrica.

- Incendis.

Les **mesures preventives** per evitar-los són:

- No fer manipulacions d'equips i instal·lacions elèctriques. La instal·lació, manteniment i reparació només la pot fer personal amb autorització i qualificació per a això. En cas d'avaría o mal funcionament d'un equip elèctric, s'ha de desconnectar, senyalitzar l'avaría i avisar la persona encarregada de reparar-la.
- S'ha d'evitar que els cables discorrin per passadissos o per qualsevol zona on puguin deteriorar-se.
- No s'han de connectar cables sense la clavilla de connexió homologada, ni sobrecarregar els endolls utilitzant lladres o regletes de manera abusiva. A més, s'han de desconnectar els equips de treball elèctrics estirant la clavilla, mai el cable.
- No s'han de manipular interruptors de llum, bases o aparells elèctrics amb les mans mullades o els peus humits. Així mateix, no s'han de passar draps mullats o pals de fregar sobre clavilles connectades i equips elèctrics en funcionament.
- S'han de mantenir els quadres elèctrics tancats amb clau.
- Davant d'una persona electrocutada, cal actuar de la manera següent: en tots els casos, procurar tallar la tensió i avisar els equips d'emergència; a continuació, en cas de tenir la capacitat pertinent, s'han de proporcionar immediatament els primers auxilis a la persona electrocutada.

### 3. Eines manuals i de potència

Els **riscos** relatius a eines manuals i de potència inclouen:

- Cops i talls durant l'ús.
- Projecció de fragments i partícules en realitzar talls o per emprar inadecuadament les eines.
- Cremades degudes a sobreescalfaments o per la utilització d'eines en mal estat.
- Fatiga i lesions musculars per l'elecció d'una eina inadequada, l'adopció de postures incorrectes de forma continuada, etc.
- Traumatismes per moviments repetitius.
- Caiguda d'eines durant la seva manipulació.

Les **mesures preventives** que cal prendre són:

- Seleccionar l'eina adequada per al treball que calgui dur a terme i usar-la únicament en les operacions per a les quals ha estat dissenyada. Cal tenir en compte que una mala elecció pot ser causa directa d'un accident, incrementar la fatiga, i fins i tot produir lesions musculoesquelètiques. S'han de consultar les instruccions de l'empresa fabricant en cas necessari.
- Cal vigilar que aquestes eines i els seus accessoris es trobin en bon estat i rebutjar les defectuoses (amb mànecs estellats, fluixos o torts...). Després d'utilitzar-les, s'han de guardar netes en el lloc previst per a això.
- Cal assegurar-se que les eines de tall estiguin ben esmolades abans del seu ús i utilitzar-les sempre en direcció contrària al cos, evitant fer estirades o sacsejades.
- S'han de seleccionar eines amb angles que permetin treballar amb la mà i el braç alineats.

La majoria dels accidents ocorreguts durant la utilització de les eines no s'haurien materialitzat si s'haguessin seguit les cinc regles bàsiques que s'indiquen a continuació:

1. Seleccionar l'eina adequada per al treball que s'hagi de fer.
2. Mantenir les eines en bon estat.
3. Utilitzar correctament les eines.
4. Dipositar-les en un lloc segur després d'utilitzar-les: guardar-les en caixes que pesin menys de 25 kg i no emmagatzemar les caixes en punts que estiguin situats per sobre de les espatlles.
5. Transportar-les adequadament.

#### **4. Equips de treball**

Els **riscos** en equips de treball són:

- Cops i talls durant l'ús i manipulació dels equips de treball.
- Projecció de partícules.
- Atrapaments amb els elements mòbils de les màquines o entre els mecanismes articulats de les escales manuals durant el seu ús.
- Caigudes durant l'ascens i descens de les escales per falta de suport estable, o per fer-lo de manera indeguda o portant pesos.
- Soroll i vibracions.
- Contactes elèctrics directes i indirectes.

En aquests casos, les **mesures preventives** que cal adoptar són:

- Quan es vagi a utilitzar una màquina o equip per primera vegada, s'ha de sol·licitar informació específica corresponent a les seves condicions de seguretat. En cas de dubte, cal consultar-ho amb la persona encarregada.
- Cal assegurar que les màquines estan en bones condicions i disposen dels elements de protecció. Si es detecta que aquests elements s'han retirat, s'han de tornar a col·locar sempre abans de posar en marxa l'equip.
- Abans d'usar-los, s'ha de comprovar que l'estat dels cables d'alimentació, interruptors o preses de corrent és correcte.
- Si ens adonem d'alguna anomalia (sobreescalfament, olor, soroll o vibració inusual), hem de desconnectar la màquina, senyalitzar la situació i comunica-ho perquè sigui solucionada.
- S'han d'utilitzar els equips de treball exclusivament per a les operacions per a les quals van ser dissenyats i no sobrepassar mai els límits d'ús establerts per l'empresa fabricant (càrrega, velocitat, pressions, tensions...).
- Cal dur a terme un manteniment segur de les màquines. Prèviament, cal assegurar que estan desconnectades i s'han aturat tots els elements mòbils. Cal recordar que no s'han de fer treballs de reparació o manteniment llevat que es tingui la capacitació requerida per a això.
- S'ha de tenir en compte que, en determinades operacions, l'exposició a soroll pot requerir la utilització de protecció individual. S'han de seguir les recomanacions relatives a l'ús de protecció auditiva.
- S'han de fer servir escales manuals o altres mitjans auxiliars per assolir o traslladar objectes a una zona situada per sobre de les espatlles, i s'ha d'evitar recolzar-se a les prestatgeries o emprar tamborets per accedir-hi. A més, cal verificar el correcte estat de l'escala i dels seus elements (falques de goma, cadena interior en escales de tisora, etc.).
- En cap cas s'han de transportar càrregues mentre es pugi o es baixi una escala, i no s'han de deixar estris o productes als esglaons.
- No s'han de fer servir les escales de tisora treballant-hi a cavall per sobre, ni passar d'un costat a l'altre de l'escala per la part superior.

## 5. Manipulació de productes químics

Els **riscos** per manipulació de productes químics són:

- Exposició permanent o accidental a productes químics com ara els lleixius, l'amoníac, els detergents o els desinfectants, entre d'altres, susceptibles de causar danys a la salut per inhalació, contacte o ingestió.
- Cremades per contacte o esquitxades dels productes químics emprats en el manteniment dels equips de treball o en la neteja, i durant la realització de les tasques pròpies del lloc.

Les **mesures preventives** que cal prendre inclouen:

- Els productes químics han d'estar identificats, per la qual cosa s'ha d'etiquetar tot recipient no original, indicant-ne el contingut. No s'han d'utilitzar mai envasos de productes alimentaris i s'han de rebutjar els que no tinguin identificació.
- Abans de procedir a la manipulació de productes químics, cal conèixer els riscos de l'ús de cada producte a través de les etiquetes.
- No s'han d'utilitzar mai productes químics en concentracions superiors a les indicades per l'empresa fabricant.
- S'ha d'evitar efectuar-ne transvasaments. En cas d'haver-los de fer, s'ha de fer en llocs ventilats, lentament, i extremant les precaucions per prevenir esquitxades. Sempre que sigui possible, s'han d'emprar mitjans auxiliars com els dosificadors.
- No s'han de barrejar productes químics, per exemple, el lleixiu amb l'amoníac. Aquesta barreja genera gasos tòxics, nocius per a la salut.
- En cas d'emprar àcids concentrats, com el sulfúric o l'aigua forta, quan es vulguin diluir en aigua, s'ha d'abocar l'àcid sobre l'aigua i no al revés, a fi d'evitar reaccions violentes i esquitxades.
- S'ha de procurar fer les tasques de neteja en ambients ventilats, especialment quan aquestes siguin de lavabos o vestidors.
- No s'han de retirar els taps amb la boca o forçant els pots, ni s'ha d'utilitzar l'olfacte per identificar productes continguts en els envasos.
- Cal protegir adequadament les ferides obertes que puguin entrar en contacte amb el producte.
- En cas de contaminació de la roba o projecció de productes a qualsevol part del cos, ens hem de rentar immediatament i substituir la roba tacada.
- S'han d'emmagatzemar els productes químics en un lloc allunyat de fonts de calor, ben ventilat i protegit enfront de condicions ambientals extremes.
- En tasques que requereixin l'ús de guants de manera permanent, és important canviar-los amb freqüència i rentar-se les mans. D'aquesta manera, s'evita que la pell es contami.
- S'han d'utilitzar els equips de protecció individual específics per a cada tasca. Aquests són, entre d'altres: la protecció respiratòria, els guants de làtex o nitril i les ulleres de protecció o pantalles facials.
- No hem de menjar ni beure mentre manipulem productes químics i ens hem de rentar les mans després de la manipular-ne. Cal recordar que l'ús de guants no eximeix d'això.

## 6. Treballs en cuines

Pel que fa als **riscos relacionats amb el gas**, cal tenir en compte que una acumulació de gas pot tenir origen en:



- L'obstrucció de les reixetes de ventilació o dels cremadors.
- L'ús indegut o l'encesa incorrecta d'escalfadors i forns de gas.
- Abocaments sobre els cremadors durant la cocció d'aliments.

Les **mesures preventives** que cal prendre en aquest sentit són:

- Revisar periòdicament l'estat dels comandaments d'obertura, evitant que es quedin a mig tancar.
- Mantenir allunyades les ampolles de gasos de les fonts de calor.
- En cuinar aliments que puguin vessar en bullir, no s'ha d'abandonar la cuina i cal vigilar els recipients.
- S'ha de verificar al final de la jornada que totes les vàlvules de pas de gas estan tancades.

Si percebem olor de gas:

- Hem de ventilar el local.
- No hem de produir flames.
- No s'han d'accionar els interruptors elèctrics, inclosos els de la campana extractora.

Els **riscos** relacionats amb els **estris de tall i equips de cuina** són:

- Talls durant l'ús de ganivets, tisores, etc.
- Atrapaments per contacte amb òrgans mòbils de les màquines (picadora, pastadora, filetejadora...).
- Microtraumatismes en treballs de tall repetitius.

Les **mesures preventives** que cal adoptar en aquest cas són:

- Seleccionar el ganivet adequat per al treball que calgui fer (desossat, filetejat, pelat, trossejat, etc.). S'ha de tenir en compte el material que cal tallar i les característiques del tall. Per exemple, per a talls gruixuts s'han de fer servir fulles gruixudes. Si els talls són fins, cal emprar fulles primes de bon tall.
- Abans de fer tasques de tall, cal assegurar-se de disposar d'espai suficient i de superfícies llises i sense estelles.
- S'ha d'utilitzar el ganivet de manera que el recorregut de tall es faci en direcció contrària al cos i només en aquelles tasques per a les quals va ser dissenyat (mai com a tornavís, obrellaunes o per picar gel).

- Aquests estris s'han de revisar periòdicament, i s'han de rebutjar els que es troben en mal estat (fulles deteriorades o oscades, mànecs estellats, esberlats, folgances excessives a la zona del cargol d'unió...).
- S'ha de comprovar que les màquines que farem servir mantenen els mitjans de protecció i són utilitzats en els finals de peces.
- No s'han de deixar les eines de tall sota de papers de rebuig, draps o en la pila de fregar. Així mateix, quan s'hagin de traslladar, cal evitar fer-ho a les butxaques o entre les estovalles. Cal emprar fundes o estoigs.
- No s'han de netejar mai els ganivets o tisores amb el davantal o una altra peça de roba prima. S'ha de fer amb una tovallola o drap, mantenint sempre el tall girat cap a fora de la mà que els neteja.
- En acabar les tasques amb els estris, s'han de col·locar en el lloc establert per a això.
- Cal emprar sempre l'empenyedador de les picadores i els resguards a les talladores.
- S'han d'utilitzar ulleres de protecció en les activitats de desossat i en la preparació i tall amb destrals, a fi d'evitar l'entrada de cossos estranys als ulls.

També cal tenir presents els **riscos relacionats amb cremades**:

- Contacte amb flames o superfícies calentes.
- Esquitxades d'oli o altres líquids a alta temperatura.

Les **mesures preventives** per evitar-los són:

- Habilitar zones específiques per dipositar els recipients calents. No s'han de deixar plats o objectes a altes temperatures en zones no previstes a aquest efecte; algú pot patir cremades.
- S'ha d'evitar deixar caure els aliments per fregir sobre l'oli calent. S'han de dipositar al cistell i després submergir-los a poc a poc.
- S'han d'utilitzar guants tèrmics si s'ha d'obrir la porta d'un forn o moure un recipient calent, així com un davantal que aïlli tèrmicament. En cas d'esquitxades, ens protegirà.

## 2.2.6 En el domicili

Les situacions més freqüents de risc d'accident a la llar són degudes o bé a elements propis de l'entorn, o bé a activitats concretes que, per les condicions físiques de la gent gran, suposen un risc afegit.

A més de les mesures preventives, és important que les persones grans mantinguin una bona forma física, incorporant en la seva vida quotidiana la pràctica d'activitat i exercici físic adaptats a la seva edat i sexe. Aquest és un objectiu prioritari de salut, tant per a la prevenció d'accidents com per aconseguir un **envelliment actiu**, concepte divulgat per l'OMS, que persegueix garantir, en la mesura del possible, les quatre exigències més valorades per la gent gran: autonomia, independència, qualitat de vida i esperança de vida sana o lliure de discapacitats.

Les **lesions produïdes per caigudes, cops i talls** són els accidents més freqüents a la llar. A la taula 2.1 s'indiquen els llocs on solen produir-se i les recomanacions per intentar evitar-los.

**TAULA 2.1.** Prevenció de lesions per caigudes, cops i talls

Lloc	Recomanacions
<b>Escales</b>	<p>Utilitzar el passamans o la barana sempre que es pugin o baixin escales.</p> <p>Encendre sempre el llum.</p> <p>Procurar que l'escala i els replans estiguin sempre lliures d'objectes amb els quals es pugui ensopegar.</p> <p>Procurar utilitzar sabates còmodes, ben ajustades i amb sola de goma.</p> <p>En cas d'haver de transportar bosses amb pes, si es pot, demanar ajuda per mantenir almenys una mà lliure.</p> <p>Els graons tindran bandes protectores antilliscants a les vores.</p>
<b>Terra</b>	<p>Instal·lar preferentment terres antilliscants.</p> <p>Mantenir lliures els terres de les habitacions i els passadissos d'objectes amb els quals es pugui ensopegar (testos, cables, adorns).</p> <p>Anar amb compte amb les catifes, sobretot les petites, perquè freqüentment són origen d'entrebancs. Han de ser antilliscants o estar fixades a terra.</p> <p>El terra no ha d'estar excessivament polit i encerat, ja que pot relliscar. Cal vigilar amb els productes de neteja (abrillantadors, ceres).</p> <p>No s'ha de caminar mai calçat només amb mitjons o mitges.</p>
<b>Bany</b>	<p>Resulta més funcional el plat de dutxa que les banyeres.</p> <p>Col·locar agafadors, apropiats per a aquest ús, que ajudin a la incorporació del vàter i a entrar i sortir de la dutxa o banyera.</p> <p>Resulta molt útil instal·lar banquetes de polièster amb ventoses de goma antilliscants.</p> <p>Instal·lar material antilliscant (catifa o líquid adherent) dins de la banyera o dutxa. A la sortida, posar-hi una catifa antilliscant.</p> <p>Evitar que es formi vapor al bany amb una bona ventilació, ja que un excés de vapor pot causar marejos.</p> <p>Si s'ha d'utilitzar un aparell elèctric dins el bany, s'ha de fer portant un calçat amb sola de goma i s'ha d'evitar que l'ambient estigui molt humit.</p> <p>Evitar dutxar-se amb l'estufa elèctrica encesa. Cal escalfar el bany prèviament.</p>
<b>Dormitori</b>	<p>No aixecar-se del llit brusquement: cal romandre assegut uns moments abans de la incorporació.</p> <p>Procurar que l'espai d'accés al llit sigui prou ampli per entrar-hi i sortir-ne sense risc.</p> <p>Evitar les catifes.</p> <p>És útil una llum tènue per a la nit.</p>
<b>Cuina</b>	<p>Procurar no utilitzar ganivets massa esmolats.</p> <p>Tallar els aliments sobre una taula de cuina.</p> <p>Obrir les llaunes en direcció contrària a les mans.</p>

Les instal·lacions de gas i/o elèctriques destinades a la preparació d'aliments, l'ús d'aigua calenta, els aparells de calefacció i l'ús d'algun altre aparell elèctric, així com l'hàbit de fumar, són l'origen de **cremades i incendis**. A la taula 2.2 es recullen les mesures que cal prendre per evitar cremades i prevenir incendis.

**TAULA 2.2.** Prevenció de cremades i incendis

Origen	Recomanacions
<b>Fogons i plaques de cuina</b>	<p>Col·locar sempre els mànecs d'olles o paelles de manera que no sobresurtin de la vora de la cuina.</p> <p>Utilitzar sempre que es pugui els fogons situats lluny de la vora de la cuina.</p> <p>Tenir especial cura quan es manipuli oli o altres líquids bullents.</p> <p>Prendre precaucions quan s'hagin de transvasar líquids calents d'un recipient a un altre.</p> <p>No utilitzar davantals i draps de cuina d'un material acrílic.</p> <p>No cuinar amb mànigues amples.</p> <p>No utilitzar dissolvents com l'alcohol per netejar la cuina.</p> <p>Comprovar sempre que les claus de pas del gas estiguin tancades quan no s'utilitzin i quan se surti de casa.</p> <p>Vigilar que l'extractor de fums estigui sempre net.</p>
<b>Forns</b>	<p>Quan es vulgui encendre un forn de gas, s'ha d'obrir primer la porta del forn i després la clau del gas. No es pot fer mai a l'inrevés.</p> <p>Utilitzar sempre les manyoples per obrir el forn quan estigui calent.</p> <p>Anar amb compte amb la temperatura dels líquids que s'escalfen al microones, ja que solen estar més calents que el recipient que els conté.</p>
<b>Estufes de flama viva</b>	<p>Separar l'estufa a més d'un metre de la persona i també de qualsevol material de fàcil combustió, com paper, catifes, cortines, sofàs, faldilles de taula llitera, etc.</p> <p>Evitar situar-la en un corrent d'aire, per evitar incendis.</p> <p>Procurar mantenir-la en un lloc fix.</p> <p>Ventilar de tant en tant l'habitació.</p>
<b>Bosses d'aigua calenta i mantes elèctriques</b>	<p>S'ha de tenir especial cura amb les bosses d'aigua calenta. S'ha de comprovar sempre que la temperatura és adequada i que la bossa està ben tancada. S'ha de protegir amb una tovallola o tela perquè no toqui la pell directament.</p> <p>No s'han d'utilitzar mai ampelles de vidre amb aigua calenta al llit.</p> <p>No és recomanable dormir amb manta elèctrica, sobretot si es tenen dificultats per retenir l'orina, pel greu risc que es produeixi un curtcircuit.</p> <p>Si s'utilitza una manta elèctrica, s'ha d'anar amb compte que el cable estigui en bon ús i no estigui enrotllat.</p>
<b>Aparells i instal·lacions elèctrics</b>	<p>No sobrecarregar l'electricitat a la llar utilitzant alhora diversos aparells que consumeixin molta energia (per exemple, rentadora, rentaplats, planxa i torradora).</p> <p>No connectar diversos aparells al mateix endoll.</p> <p>No desconnectar mai un aparell elèctric estirant-ne el cable.</p> <p>Desconnectar sempre els aparells elèctrics després d'haver-los utilitzat.</p> <p>No es pot tapar el llum de la tauleta de nit amb papers o un altre material.</p> <p>S'ha de procurar que la pantalla dels llums no toqui la bombeta.</p> <p>No passar cables elèctrics per sota de les portes.</p> <p>No manipular mai aparells elèctrics o cables i endolls amb les mans mullades.</p>

TAULA 2.2 (continuació)

Origen	Recomanacions
	No netejar ni mullar els aparells elèctrics si estan endollats.
	No endollar mai res sense clavilles. S'ha de revisar l'estat dels cables elèctrics.
<b>Banys i dutxes</b>	Regular i comprovar la temperatura de l'aigua abans de la dutxa o el bany.
	No intentar obrir primer l'aixeta de l'aigua freda i barrejar després amb l'aigua calenta fins a aconseguir la temperatura desitjada.
<b>Hàbit de fumar</b>	No fumar mai al llit.
	Si s'està assegut al sofà i es nota somnolència, s'ha de deixar de fumar.
	Utilitzar cendrers profunds i amb aigua.
	Comprovar que les burilles dels cigars estan ben apagades abans de dipositar-les a les escombraries.
	Anar amb compte de no deixar oblidat un cigar encès.

Les instal·lacions que funcionen amb gas (escalfadors de gas, cuines i estufes) consumeixen part de l'oxigen de l'aire i poden produir emanacions de gasos tòxics, que sovint no fan olor. Per prevenir **intoxicacions de gas**, s'ha de tenir en compte el següent:

- Comprovar diverses vegades al dia que la clau del gas estigui tancada. Comprovar-ho, sobretot, abans d'anar a dormir.
- Comprovar que les reixetes de seguretat de les instal·lacions de gas no estiguin obstruïdes.
- Seguir les recomanacions dels empleats del gas quan revisin la instal·lació.
- Sempre que no s'utilitzi la cuina, l'escalfador o l'estufa de gas, assegurar-se que la clau de pas està tancada. No sortir de casa sense comprovar-ho.
- No omplir del tot les olles, ja que els líquids poden vessar i apagar la flama del gas.
- Procurar que no passin corrents d'aire per la cuina, es pot apagar la flama del gas.
- Si es pot, s'ha d'evitar l'ús de brasers de carbó, perquè produeixen gasos tòxics.

A la llar, els **productes emmagatzemats que poden causar intoxicacions** són, fonamentalment, els medicaments i els productes de neteja. Per prevenir aquest tipus d'accidents, es recomana que es tinguin en compte les normes de seguretat i precaucions de la taula 2.3.

TAULA 2.3. Recomanacions sobre productes emmagatzemats

Producte	Recomanacions i precaucions
<b>Medicaments</b>	Conservar els medicaments a la seva capsula o envàs original i amb el seu prospecte.  Triar un lloc adequat per emmagatzemar els medicaments, respectant les condicions de conservació indicades (temperatura, humitat).

TAULA 2.3 (continuació)

Producte	Recomanacions i precaucions
	Evitar l'emmagatzematge de medicaments i tenir en compte la seva data de caducitat.
	Conservar la pauta d'administració prescrita pel metge. Si es necessita, anotar a l'envàs la dosi diària.
	En cas de consumir diversos medicaments, es recomana l'ús de dispensadors (pastillers) diaris o setmanals, per evitar oblots o confusions.
	En cas que hi hagi més d'una persona a casa que prengui la mateixa medicació, s'han d'extremar les precaucions per evitar confusions.
	No s'ha de fer automedicació. Constitueix un greu risc per a la salut.
	Consultar al metge o farmacèutic els dubtes relacionats amb el tractament que s'està seguint.
<b>Productes de neteja</b>	Emmagatzemar els productes de neteja en un lloc apropiat i segur. Aquest lloc ha d'estar sempre separat dels llocs reservats als aliments.
	Conservar-ne sempre l'etiquetatge.
	No canviar aquests productes del seu envàs original per evitar riscos.
	Respectar les indicacions de seguretat que apareixen a l'etiqueta de cada producte.

En ocasions, el consum d'aliments en mal estat pot donar lloc a una **intoxicació alimentària**. Per prevenir-ho, s'han de seguir les recomanacions següents:

- Vigilar que la nevera funcioni correctament. S'ha de revisar amb freqüència i se n'han de retirar els aliments caducats.
- Llegir les etiquetes dels aliments envasats i assegurar-se que es guarden en el lloc adequat.
- Respectar les dates de caducitat.
- Si es produeix un tall de llum durant algunes hores, llençar els productes descongelats que no es puguin consumir immediatament.
- No consumir un aliment si la llauna que el conté presenta bonys i en obrir-la surt gas o fa pudor. Davant el menor dubte, s'ha de llençar.

També cal tenir en compte els **ennuegaments i lesions per cos estrany**. Amb força freqüència, la gent gran presenta problemes en la dentadura. Això pot donar lloc a ennuegaments. També són freqüents les lesions a l'oïda per cos estrany. Per prevenir-ho, cal seguir les indicacions següents:

- Mastegar bé els aliments, menjar a poc a poc.
- En cas d'utilitzar pròtesis dentals, seguir les instruccions d'ús de l'odontòleg.
- No es poden posar objectes a les orelles. Cal anar amb compte si s'utilitzen bastonets de cotó per netejar-les.
- No adormir-se amb objectes a la boca (per exemple, caramels).

- Si la persona s'ennuega fàcilment, cal modificar la textura dels aliments utilitzant espessidors o gelatines.

Per evitar els **danys produïts per temperatures extremes** (hipotèrmia i hipertèrmia), s'ha de mantenir la casa a una temperatura adequada (entre 18°C i 22°C), amb un bon aïllament que impedeixi temperatures més baixes o més altes a les habituals. No s'ha d'abusar de la calefacció o l'aire condicionat.

La **hipotèrmia** és un greu quadre clínic a causa del descens de la temperatura corporal per sota de 35°C. Pot ocórrer en persones que, després d'una caiguda al seu domicili, romanen durant hores a terra sense rebre ajuda. Per prevenir-ho, s'han de tenir en compte les recomanacions següents:

- Si es viu sol, s'ha de procurar tenir sempre a prop un telèfon per si s'ha d'avisar algun veí o familiar en cas de caiguda.
- Consultar amb els serveis socials de l'ajuntament les ajudes a persones grans que viuen soles.
- Es recomana utilitzar dispositius de teleassistència o detectors de canvis posturals bruscos.

D'altra banda, hi ha la **hipertèrmia o cop de calor**. L'excés de calor pot produir efectes perjudicials per a la salut de la gent gran. Per evitar-lo, s'han de seguir aquests consells:

- Beure força aigua i amb freqüència (almenys dos litres diaris), encara que no es tingui set. S'ha de calcular un got d'aigua més per cada grau de temperatura que superi els 37 °C.
- Augmentar el consum de fruites d'estiu (síndria, meló...) i verdures (gaspatxos, amanides fredes...).
- Vigilar que el frigorífic refredi bé.
- Les habitacions de la casa han de tenir persianes o tendals a les finestres o balcons.
- Refrescar-se amb draps humits freqüentment durant el dia.
- Estar-se durant el màxim temps possible a l'habitació més fresca de la casa.
- No sortir al carrer en les hores més caloroses del dia. En aquestes hores s'ha d'evitar l'exercici físic i l'esport.
- Utilitzar roba i calçat adequat que transpiri amb facilitat.

Altres recomanacions tenen a veure amb les condicions de l'habitatge, la il·luminació i les reparacions domèstiques, com es mostra a la taula [2.4](#).

**TAULA 2.4.** Altres recomanacions sobre domicilis

<b>Aspectes</b>	<b>Recomanacions</b>
<b>Condicions de l'habitatge</b>	<p>Procurar adaptar l'habitatge a les necessitats de cada persona, si hi ha alguna discapacitat física.</p> <p>L'espai on s'habita ha d'estar lliure de mobles, objectes i decoracions que puguin provocar caigudes.</p> <p>S'ha de reparar el terra en mal estat.</p> <p>Procurar que els objectes d'ús freqüent estiguin a mà.</p> <p>Evitar l'emmagatzematge d'objectes a la llar, per raons d'higiene i seguretat.</p>
<b>Il·luminació</b>	<p>Mantenir la casa prou il·luminada, especialment els passadissos i les escales.</p> <p>Posar un interruptor de llum a prop del llit i encendre'l sempre abans d'aixecar-se.</p> <p>Instal·lar un llum de posició en el trajecte del llit al lavabo.</p> <p>Revisar la instal·lació elèctrica. Procurar que els interruptors i endolls estiguin situats en llocs de fàcil accés.</p> <p>Fer servir la llum adequada, millor si és natural, per a les activitats dins de la llar, així s'evitarà la fatiga i els accidents.</p>
<b>Reparacions domèstiques</b>	<p>No enfil·lar-se a cadires o tamborets. Si s'ha d'accedir a un lloc alt, utilitzar una escala segura i comprovar que està fermament recolzada. Procurar no fer-la servir si s'està sol a casa.</p> <p>No canviar les bombetes sense tancar abans l'interruptor de la llum.</p>