

Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions

Novembre 2010



**Generalitat
de Catalunya**

© 2010 Generalitat de Catalunya

Departament de Salut

Trav. de les Corts, 131-159

Edifici Ave Maria

08028 Barcelona

www.gencat.cat/salut

Edició: Generalitat de Catalunya

Coordinació editorial: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut

Assessorament i correcció lingüística: Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

Primera edició: Barcelona, novembre de 2010

Sumari

1. Introducció: justificació de la necessitat del Pla integral	5
2. Missió i valors	8
2.1. Missió.....	8
2.2. Valors que emmarquen la missió	8
3. Anàlisi de situació	9
3.1. Entorn de salut.....	9
3.2. Entorn educatiu.....	14
3.3. Entorn d'acció social	17
3.3.1. Creació de nous serveis i noves accions.....	17
3.3.2. Increment d'activitat i despesa	18
3.3.3. Promoció de l'Autonomia Personal i l'Atenció a les persones en situació de dependència	23
3.3.4. Accions transversals	24
3.4. Entorn laboral.....	28
3.4.1. Model de taules territorials per a la inserció laboral de persones amb discapacitat o trastorn mental.....	28
3.4.2. Definició i desenvolupament del model d'inserció laboral en salut mental ..	28
3.4.3. Impuls del treball amb suport.....	29
3.4.4. Programes d'orientació i suport a la inserció laboral.....	30
3.5. Entorn de justícia	31
3.5.1. Centres penitenciaris d'adults.....	34
3.5.2. Justícia juvenil.....	35
3.5.3. Mesures de seguretat.....	36
4. Anàlisi estratègica (DAFO).....	39
4.1. Anàlisi DAFO	40
4.1.1. Entorn: amenaces i oportunitats	40
4.1.2. Intern: debilitats i fortaleeses.....	42

5. Claus estratègiques del Pla Integral.....	43
6. Línies estratègiques.....	47
Línia estratègica 1. Promoció de la salut mental i impuls de les accions necessàries per al desplegament del programa de lluita contra l'estigma.....	48
Línia estratègica 2. Promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, social i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat	52
Línia estratègica 3. Promoció de la participació ciutadana i social de les persones afectades i promoció dels seus drets en els entorns assistencials	58
Línia estratègica 4. Promoció i millora dels programes de suport a les famílies de les persones amb trastorn mental.....	62
Línia estratègica 5. Promoció de les accions necessàries per a la consecució activa de la inclusió comunitària de les persones adultes amb TM greu i addiccions	66
Línia estratègica 6. Promoció de les accions necessàries per a la inserció laboral de les persones en edat laboral amb TM greu	72
Línia estratègica 7. Millora de l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en l'àmbit judicial, per a les persones en situació de privació penal de llibertat i mesures de seguretat...	76
Línia estratègica 8. Millora i promoció de l'atenció integral de les persones grans en el seu entorn habitual i residencial substitutori de l'habitatge.....	80
Línia estratègica 9. Lideratge i gestió del canvi. Planificació i organització del Pla Integral. Pla de Qualitat i Millora Contínua; necessitats formatives; foment de la recerca i Pla de comunicació.	82
7. Bibliografia.....	87
8. Comissió interdepartamental	89
9. Professionals que hi han participat	91

1. Introducció: justificació de la necessitat del Pla integral

L'OMS¹ descriu la salut mental com un estat de benestar complet, en què l'individu és capaç de desenvolupar plenament les seves capacitats, superar les tensions de la vida, treballar de manera productiva i profitosa i contribuir amb les seves aportacions a la comunitat.

La complexitat i la multidimensionalitat d'aquest concepte positiu de la salut mental implica considerar no només els conceptes de salut o trastorn mental, sinó també la capacitat funcional, la qualitat de vida i el benestar emocional. La salut mental està estretament relacionada amb la salut general i els seus determinants, i també amb aspectes demogràfics, socials, econòmics i el mateix sistema assistencial; a més, hi té molta influència la presència de factors de risc i de protecció socials, ambientals i econòmics.

Els trastorns mentals són malalties de prevalença elevada. La magnitud i l'impacte dels trastorns mentals en termes de dependència i discapacitat, els costos econòmics i sanitaris i la càrrega social són molt grans. Segons l'OMS, la càrrega social associada als trastorns mentals esdevé actualment la segona causa dels anys de vida ajustats per invalidesa, però la tendència creixent fa preveure que per l'any 2030 en seran la primera. D'altra banda, els trastorns mentals comporten, a Europa, uns costos estimats entorn del 3-4% del PIB, imputats majoritàriament a la discapacitat associada, a la pèrdua de productivitat i a costos judicials i penals.

Per aquests motius, la Unió Europea ha declarat la salut mental com una prioritat (Hèlsinki, 2005) i assenyalava que cal enfocar els greus problemes de salut mental des de les polítiques públiques, promovent un plantejament que s'amplia al conjunt de la població per tal de prevenir les malalties i afrontar els problemes relacionats amb la discapacitat, com ara l'estigma i l'exclusió social que pateixen moltes d'aquestes persones.

La prevalença elevada es relaciona també amb les ràpides transformacions socials que es van produint, i especialment amb factors com ara l'atur, la pobresa, les migracions, la manca de suport familiar i social, la solitud, les ruptures de les xarxes socials i les tensions econòmiques, polítiques, ètniques.

Les situacions de canvi o crisi vital són moments conflictius que poden augmentar la maduració personal o, al contrari, facilitar l'aparició de trastorns mentals, cosa que es pot manifestar en qualsevol cycle vital de les persones. En cada etapa de la vida, els condicionants són completament diferents i cal adaptar les intervencions als entorns de vida i les activitats relacionades. Així doncs, en els nens i joves en edat escolar, cal preveure necessàriament les influències i les repercussions en l'educació i la socialització; en l'edat adulta, hi predominen els condicionants i les repercussions en l'esfera laboral, i en la gent gran, els aspectes de salut general i el suport afectiu i social.

Pel que fa al gènere, s'han trobat diferències significatives en els patrons i els símptomes relacionats amb la salut mental entre homes i dones, que varien segons l'edat. L'OMS² ha definit que el gènere determina de manera fonamental la salut mental i els trastorns.

D'altra banda, els trastorns mentals tenen una gradació en la gravetat, des dels lleus fins als més greus, que requereixen respostes i intervencions diferents. Hi ha evidències científiques envers el fet que el pronòstic està molt directament relacionat amb la detecció i les intervencions precoces.

Les persones amb trastorn mental (TM) i addiccions continuen patint l'exclusió social, l'estigmatització, la discriminació i la manca de respecte dels seus drets fonamentals. El Llibre Verd de la Salut Mental a Europa (2005) posa l'accent en les greus conseqüències del fenomen de l'estigmatització, no només quant a la discriminació que pot generar en l'accés a serveis com ara l'habitatge o el treball, sinó també perquè pot dificultar el reconeixement del trastorn i la cerca d'ajuda per part dels afectats. L'objectiu d'aconseguir la integració de les persones amb TM ha estat també recollit en el Pla d'acció de la UE (Hèlsinki, 2005), en el Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya (2006) i en l'Estratègia de Salut Mental del Sistema Nacional de Salut (2007)³.

El nostre país s'ha dotat d'un model social i de les organitzacions basat, majoritàriament, en la diferenciació de les funcions i l'especialització de competències. Aquesta diferenciació té com a objectiu aconseguir una certa delimitació de la complexitat que permeti una millor gestió dels problemes, però també genera institucions amb cultures diferenciades i visions a vegades contraposades que impedeixen veure la globalitat d'un únic sistema social en què transcorre la vida de les persones.

És per aquest motiu que cal elaborar un Pla Estratègic d'intervenció integral per a la millora de la prevenció i l'atenció a la salut mental del nostre país.

La integració és, doncs, un objectiu de millora permanent i, a la vegada, un model de referència per al procés general de canvi. Integració entre les xarxes especialitzades, integració en l'entorn de l'atenció primària —lloc i escenari privilegiat per a les intervencions en salut mental i addiccions—, integració en les modalitats d'intervenció dins la mateixa xarxa especialitzada, integració progressiva amb els serveis socials, sanitaris, educatius, laborals i d'altres. La xarxa comunitària és el sistema on es produeixen els fenòmens de patiment i trastorn.

El Pla integral d'atenció es constitueix com un instrument que ha de facilitar el desenvolupament de les línies d'actuació futures del Govern de la Generalitat per millorar la salut mental dels col·lectius que requereixen un esforç complementari intersectorial i interdepartamental.

El Pla Integral d'atenció ha de tenir present que calen accions en l'àmbit de la prevenció, la detecció precoç, el tractament, la rehabilitació i la reinserció social i laboral, així com en el de suport social i educatiu i a les famílies, per poder potenciar la cooperació interdepartamental i intersectorial, i desenvolupar polítiques que garanteixin la col·laboració i el compromís de les diferents entitats implicades per donar respostes integrals.

L'any 2004 es va crear el Comitè Tècnic per a l'elaboració del Pla Integral d'atenció Integral que estava integrat per representants de nou departaments de la Generalitat de Catalunya (Presidència, Salut, Acció Social i Ciutadania, Treball, Medi Ambient i Habitatge, Governació i Administracions Públiques, Educació, Justícia, i Interior, Relacions Institucionals i Participació), entitats proveïdores, associacions de professionals, la Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals, l'Associació de Malalts Mentals,

l'Associació Catalana de Municipis i Comarques, i la Federació de Municipis de Catalunya. Algunes de les accions que va proposar aquest comitè van ser les següents:

- Reforçar la xarxa comunitària, tant en la prevenció com en l'externalització de la llarga estada, i avaluar la tasca dels centres de salut mental d'adults (CSMA) en aquest sentit.
- Crear un nou recurs de caràcter sociosanitari que doni resposta a les necessitats de cada llar i disposi del suport psiquiàtric i sanitari necessari.
- Fer una gestió de recursos socials d'habitatge, integrada amb la de les unitats d'hospitalització perllongada, de manera que es donin suport mutu i de manera automàtica i professionalitzada.
- Generar suficiència de recursos sanitaris i socials alternatius.

El Pla Integral que ara presentem s'ha elaborat amb el consens de tots els agents implicats: els departaments de la Generalitat de Catalunya que efectuen accions adreçades a la població diana; professionals; les associacions d'entitats proveïdores; les associacions i federatives de familiars i d'usuaris. Es planteja, doncs, com un pla que recull el conjunt d'accions que cal desplegar des del Govern de la Generalitat de Catalunya, amb caràcter integral, els propers anys, amb una avaluació anual del seu nivell de consecució. Cal destacar, a més, el fet que les accions que recull en relació amb les addiccions són complementàries a les de la Comissió Interdepartamental sobre Drogues. Així mateix, s'hi han inclòs alguns dels aspectes relacionats amb la població amb discapacitat intel·lectual per la seva gran repercussió en la planificació, la gestió i l'organització integral, pel fet d'estar present en aquest col·lectiu un percentatge tan elevat de trastorns mentals i de conducta que justifica aquesta consideració.

Aquest Pla s'haurà de desenvolupar amb la participació i la implicació dels membres del Comitè Tècnic on hi ha representats els diferents departaments de la Generalitat, la Federació de Municipis de Catalunya, l'Associació Catalana de Municipis i Comarques, els usuaris, els professionals i les entitats proveïdores.

2. Missió i valors

2.1. Missió

La missió del Pla Integral d'atenció a les persones amb Trastorn Mental i Addiccions és contribuir a la millora de la salut mental de la població i a la disminució de les desigualtats socials de les persones amb trastorn mental i addiccions identificant les seves necessitats integrals, millorant l'atenció que reben, incrementant les seves oportunitats d'integració i possibilitant l'acció interdepartamental planificada dels serveis sanitaris, socials educatius, d'integració laboral i de justícia.

Amb aquesta finalitat, el Pla Integral d'atenció a les persones amb Trastorn Mental i Addiccions reconeix la significació i la transcendència dels grups d'interès següents:

- Els directament afectats pel trastorn, que volen recuperar un paper protagonista en el projecte de les seves vides.
 - Els familiars, que esperen més solidaritat i suport.
 - Els professionals d'atenció a les persones, que aspiren a ser més eficaços a través del treball en xarxa i de la integració de les seves intervencions.
 - Les organitzacions, que cerquen una millor qualitat i eficiència de la xarxa de serveis d'utilització pública.
 - Les institucions de govern i els diferents departaments implicats, interessats a aconseguir que els seus esforços signifiquin canvis reals en la vida de les persones.
 - La societat que fa disminuir les desigualtats al seu si i té l'oportunitat de ser més justa i més pròspera.

2.2. Valors que emmarquen la missió

Des de la consideració de la persona afectada per un trastorn mental o una addicció com a subjecte de ple dret, en defensa de l'exercici de la seva ciutadania i la seva plena integració en la societat, el Pla Integral declara com a valors que emmarquen la seva missió:

- La dignificació de l'atenció a les persones que pateixen trastorns mentals i drogodependències i el compromís amb la societat.
 - L'atenció integral i coordinada, que impliqui el treball en xarxa i intersectorial dels equips multidisciplinaris.
 - L'equitat en l'accés i en els serveis.
 - L'ètica professional i de les organitzacions.
 - La millora de la qualitat de les intervencions, dels professionals competents, que consideren els ciutadans com a veritable centre de la seva feina.
 - La gestió eficient dels recursos, l'avaluació de les accions i la sostenibilitat del sistema.
 - La recerca i la innovació constants.
 - L'atenció comunitària i de proximitat.

3. Anàlisi de situació

La prevalença de trastorns mentals entre la població catalana és lleugerament més elevada que la mitjana de l'Estat espanyol, amb un perfil similar al de la població europea⁴. A Catalunya es disposa de diferents estudis sobre salut mental representatius de la població general: l'estudi internacional ESEMeD/SAMCAT (2002) i l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA, 2002, 2006).

D'acord amb l'estudi ESEMeD⁵, el 23,7% de la població més gran de 17 anys patirà algun trastorn mental al llarg de la vida, amb diferències rellevants segons el gènere: les dones tenen més probabilitat que els homes (el 27% i el 20%, respectivament). La prevalença anual és del 14% en les dones i del 7% en els homes.

L'ESCA⁶ descriu molt detalladament l'estat de salut percebuda de la població catalana. A Catalunya, l'any 2006, la prevalença de trastorns mentals va ser del 17,1% en la població de 15 i més anys, amb un percentatge més elevat en les dones (19,2%) que en els homes (14,8%), i pel que fa a la població infantil i juvenil⁷ (de 4 a 14 anys) les dades mostren una prevalença del 6,8%, en què el percentatge dels nens és lleugerament superior al de les nenes.

D'altra banda, per primera vegada es disposa a Catalunya de dades sobre l'impacte i els costos de la depressió⁸. Individualment, la depressió té importants repercussions sobre la qualitat de vida de les persones, i afecta la salut i la vida personal, social i laboral de les persones que en pateixen. El cost sanitari de la malaltia representa el 29% dels costos totals. Els costos de la depressió en la societat catalana, entorn del 0,4% del PIB l'any 2006, són majoritàriament causats per la pèrdua de productivitat.

Tot i que les accions que s'exposen a continuació no han estat desenvolupades en clau de Pla Integral, se n'observa un increment molt elevat, que correspon al gran interès que els diferents departaments han tingut en el darrer període 2005-2009. També s'han iniciat accions molt importants de caràcter transversal i, per aquest motiu, l'anàlisi de situació que es mostra tot seguit preveu en cada entorn les accions que donen resposta a aquesta transversalitat.

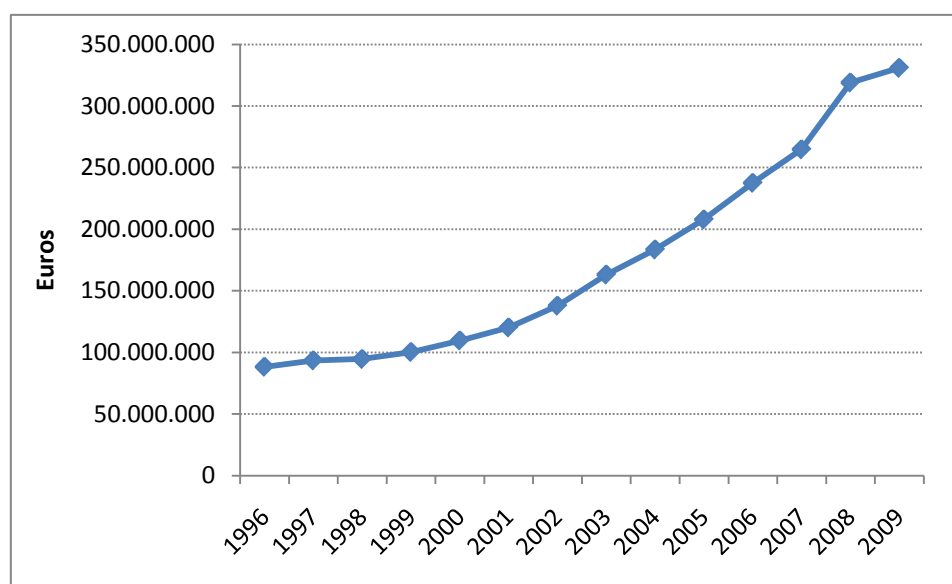
3.1. Entorn de salut

El Pla Director de Salut Mental i Addiccions (PDSMiA) ha identificat que a Catalunya, per comparació a Europa, hi ha més població que consulta l'atenció primària de salut (APS) per problemes de salut mental, més derivacions a l'especialista, més prevalença atesa a la xarxa especialitzada de patologies de baixa complexitat i menys atenció psicològica, tant a l'APS com a l'especialitzada.

Segons l'anàlisi econòmica realitzada des de la Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA), el cost total de l'atenció sanitària als trastorns mentals de la població catalana representa el 10,8% del total de la despesa sanitària.

El pressupost directe de compra de serveis de salut mental s'ha incrementat en un 103% des de l'any 2003^a. La proporció del pressupost destinat a recursos comunitaris es va equilibrant, progressivament. El cost dels recursos destinats als llits de llarga estada, pendents de reconversió, determinen una bona part del pressupost de salut mental. *En aquest pressupost no hi ha inclosa la compra de Psiquiatria dels hospitals d'aguts, els centres dependents de l'Institut Català de la Salut, ni el d'Addiccions.*

Gràfic 1. Evolució del pressupost de compra de serveis de salut mental, 1996-2009



Font: Divisió de Compra de Serveis Assistencials. Servei Català de la Salut.

3.1.1. Prevalença atesa en l'APS

L'estudi DASMÀP⁹(2006), realitzat a l'atenció primària de salut, mostra que la prevalença anual dels trastorns mentals entre els usuaris de l'atenció primària de Catalunya és del 29,5%. La gran majoria de problemes de salut mental són atesos exclusivament a l'entorn de l'atenció primària (més del 70%).

3.1.2. Prevalença atesa en l'atenció especialitzada

L'any 2008, els centres de salut mental van atendre un 3% de la població catalana. Els nois adolescents (5,3%) i les dones d'entre 50 i 59 anys (4,8%) són, any rere any, els grups de població més prevalents.

La demanda d'atenció als centres especialitzats en salut mental mostra una clara i constant tendència a l'augment.

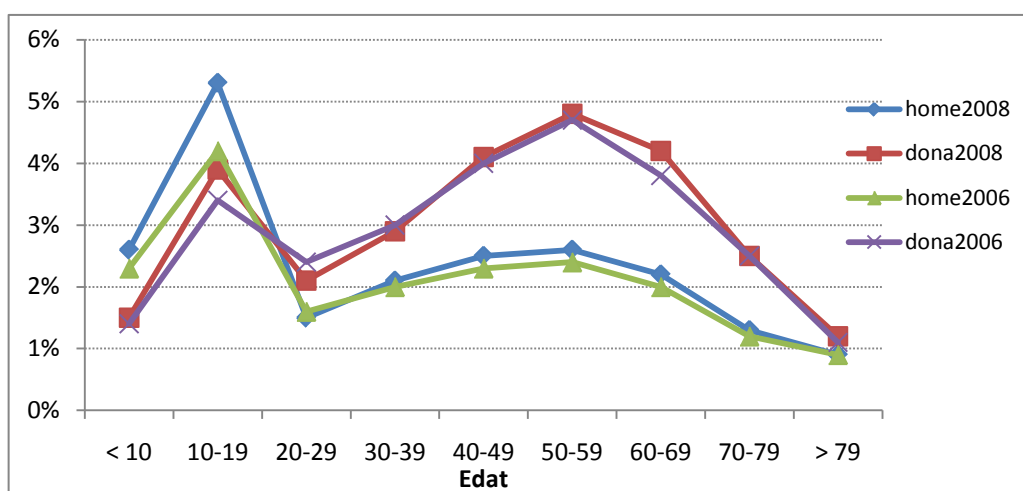
^a En aquest pressupost no hi ha inclosa la compra de Psiquiatria dels hospitals d'aguts, els centres dependents de l'Institut Català de la Salut, ni el d'Addiccions.

En el període 2003-2008 l'increment correspon a:

- Un 21,26% en el cas dels pacients atesos als centres de salut mental.
- Un 45,77% en les visites ambulatories.
- Un 3,63% pel que fa a les altes hospitalàries.

Una anàlisi comparativa més acurada de la utilització dels centres de salut mental entre els anys 2006 i 2008 mostra que el perfil de taxes poblacionals ateses als CSM es manté molt estable al llarg del temps. En destaca l'increment de la demanda dels adolescents i el decrement del grup de la petita infància (menors de 6 anys).

Gràfic 2. Comparativa 2006-2008 en la demanda atesa als Centres de Salut Mental



Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades . Servei Català de la Salut.

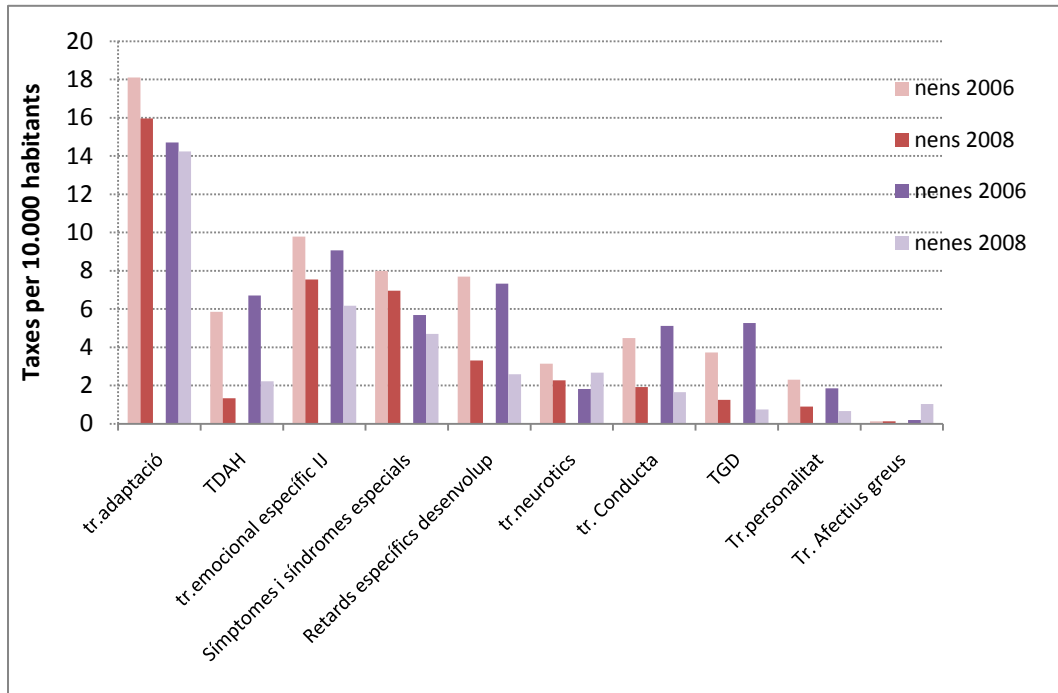
Es constata en els últims anys una complexitat (gravetat) més elevada dels casos atesos als centres de salut mental.

- En el període 2003-2008, els adults amb TMS atesos van augmentar un 35%.
- En el mateix període, el nombre de nens i adolescents amb trastorns mentals greus (TMG) atesos es va multiplicar per 4 (380%).

L'increment en l'atenció als TMG en la població menor de 18 anys és un objectiu prioritari del Pla director de salut mental i addiccions. L'escassa penetració dels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) en la petita infància (0,7% de nens i 0,5% de nenes), que afecta especialment la detecció i atenció avançada dels trastorns autistes (trastorns generalitzats del desenvolupament, TGD) i dels trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), es produeix en paral·lel a l'important increment que han experimentat els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)^b.

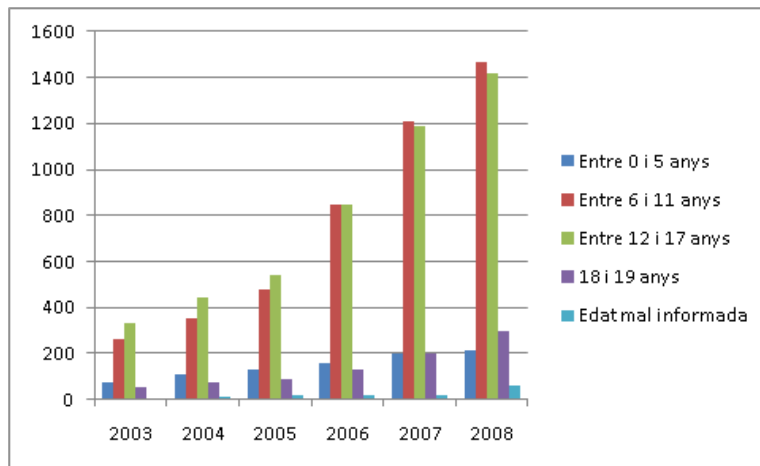
^b Vegeu l'apartat d'entorn social, increment d'activitat dels CDIAP.

Gràfic 3. Comparativa CMBD-CSMIJ 2006-2008; demanda atesa, nens i nenes de 0 a 5 anys; taxes per a 10.000 habitants menors de 6 anys



Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades . Servei Català de la Salut.

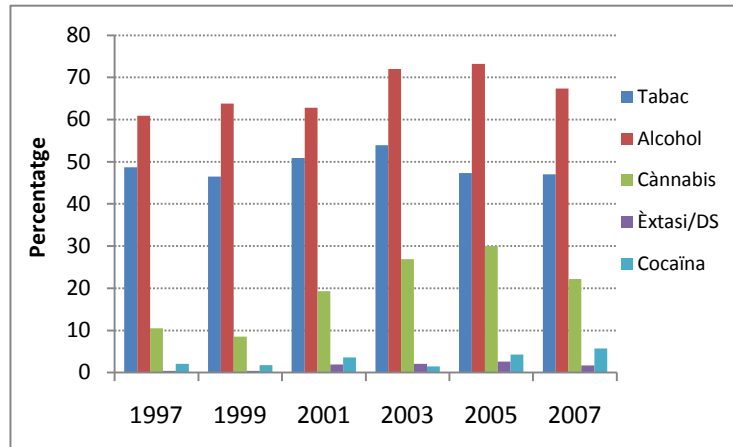
Gràfic 4. Evolució de la població de 0 a 18 anys atesa als CSMIJ amb diagnòstic principal tributari de TMG



Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades . Servei Català de la Salut

L'evolució de la prevalença de consum de drogues en la població jove mostra també un increment de consum de cocaïna en l'etapa de 15-29 anys.

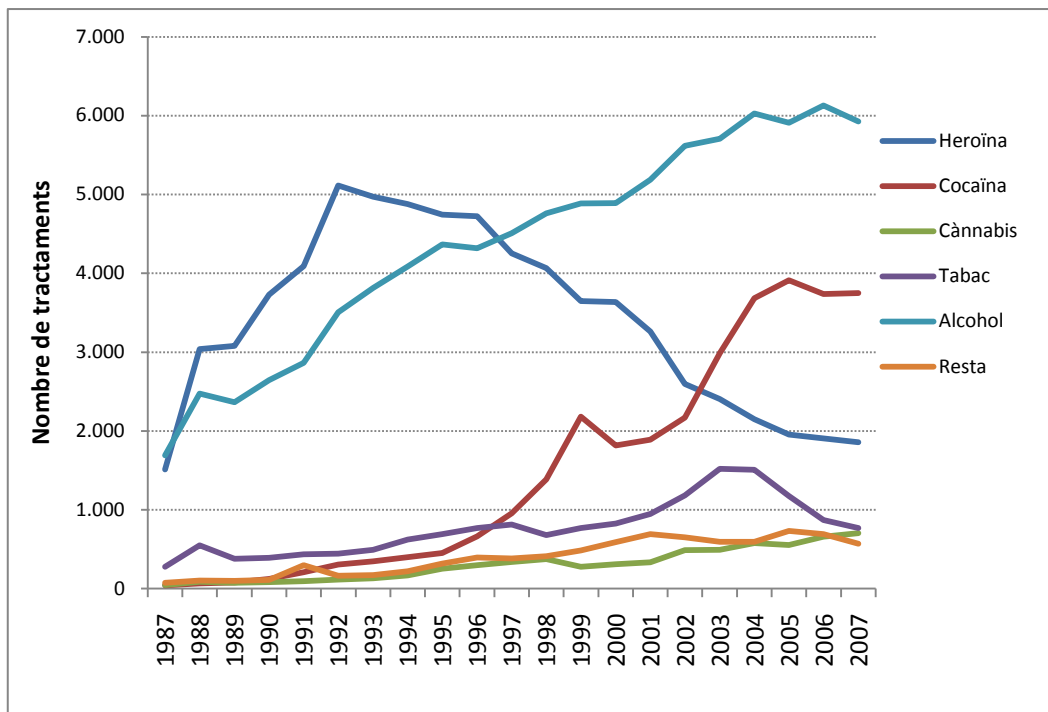
Gràfic 5. Consum de drogues en els darrers 30 dies en població de 15 a 29 anys a Catalunya



Font: Enquestes domiciliàries (2007). Subdirecció General de Drogodependències i PNSD

Respecte de la demanda atesa a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències, s'observa la tendència a l'increment d'inicis de tractament per problemes relacionats amb l'alcohol i la cocaïna.

Gràfic 6. Inicis de tractament segons la droga principal, 1987-2007.



Font: Sistema d'informació sobre drogodependència

3.1.3. Recursos especialitzats d'atenció a la salut mental a Catalunya

Catalunya disposa actualment d'una xarxa d'atenció a la salut mental, amb diferents recursos hospitalaris i comunitaris. El nou model definit pel Pla Director de Salut Mental i Addiccions ha comportat un increment pressupostari important, especialment en recursos comunitaris (centres de salut mental, hospitals de dia i centres de rehabilitació comunitària).

Quadre 1. Recursos especialitzats en salut mental, 2003-2009

	2003	2009	Diferencial
Centres de salut mental d'adults	68	73	7,35%
Centres de salut mental infantil i juvenil	41	49	19,51%
Llits d'aguts	809	895	10,63%
Llits de subaguts	443	570	28,67%
Llits de llarga estada	2.945	2.496	-15,25%
Places d'hospital de dia d'adults	321	645	100,93%
Places d'hospital de dia d'adolescents	245	449	83,27%
Places de centre de dia	1.895	2.032	7,23%
Centres d'atenció i seguiment	60	65	8,33%
Llits de desintoxicació	64	64	0,00%
Llits de patologia dual	45	110	144,44%
Unitat de psiquiatria penitenciària	67	107	59,70%
Places UAPE	70	70	0,00%
Places UHEDI	30	42	40,00%
Centres SESM-DI	2	4	100,00%

Font: Pla director de salut mental i addiccions, Departament de Salut

3.2. Entorn educatiu

El procés educatiu és un element essencial en el desenvolupament de les persones. Alguns alumnes, durant el seu desenvolupament, presenten conductes que requereixen una intervenció coordinada de professionals de diferents àmbits i una atenció integral que tingui en compte la prevenció i detecció precoç, així com l'atenció especialitzada tant des de la vessant psicoterapèutica com psicoeducativa.

Accions transversals

Desenvolupament del Programa "Salut i escola"

La finalitat del programa és millorar la salut dels adolescents mitjançant accions de promoció de la salut, de prevenció de les situacions de risc i d'atenció precoç pels problemes relacionats amb la salut mental, la salut alimentària, la salut afectiva-sexual, el consum de drogues, alcohol i tabac, en col·laboració amb els centres educatius i els serveis de salut comunitària presents al territori.

Els objectius són els següents: millorar la coordinació; apropar els serveis de salut als centres docents i als adolescents; facilitar la promoció d'actituds i hàbits saludables; reduir els comportaments de risc, i fer-ne detecció precoç.

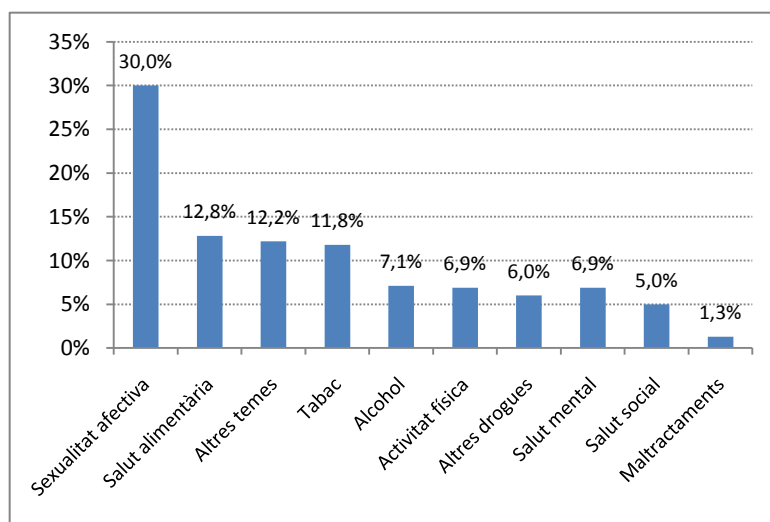
Les dades més rellevants són les que s'exposen en el quadre 2 i el gràfic 7.

Quadre 2. Dades bàsiques del Programa Salut i escola

Nombre de centres educatius de secundària en què s'ha implantat	869 (112.716 alumnes)
Nombre de centres de salut d'atenció primària en salut	326
Nombre de professionals d'infermeria	650
Nombre de consultes	25.757
Casos derivats a CSMIJ	3%

Font: Departament d'Educació i Departament de Salut

Gràfic 7. Consulta oberta. Temes tractats en les consultes en % (curs 07/08)^c



Font: Enquesta oberta del Programa Salut i Escola. Departament de Salut i Departament d'Educació

^c Nota: Les consultes sobre temes de salut mental correspondrien bàsicament a possibles trastorns mentals. Cal dir que el concepte salut mental és més ampli i que, per tant, altres temes de consulta, com els que formen part de l'àmbit de la salut afectiva-sexual, la salut alimentària, els problemes socials i la violència, també estan relacionats amb la salut mental.

Desenvolupament del conveni de col·laboració entre el Departament de Salut i el d'Educació l'any 2003 amb l'objectiu de donar una resposta adequada a les necessitats específiques, educatives i sanitàries dels infants i joves escolaritzats

Aquest conveni preveu, d'una banda, l'atenció psiquiàtrica i psicològica dels alumnes amb trastorns mentals, i per altra banda, el suport i l'orientació als mestres i professors dels centres d'educació especial (CEE), i el treball amb les famílies. Aquest suport es dona des del centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) de referència.

Quadre 3. Serveis d'educació especial per Regió Sanitària

REGIÓ SANITÀRIA	ENTITAT PROVEÏDORA /CSMIJ	CENTRE D'EDUCACIÓ ESPECIAL	Número nens escolaritzats
RS Camp de Tarragona	Institut Pere Mata / CSMU Reus	CEE Pont i Gol	no és centre
	Institut Pere Mata / CSMU Reus	CEE Alba	61
RS Girona	IAS / CSMIJ Girona	CEE Font de l'Abella	126
	IAS / CSMIJ Girona	CEE Mare de Déu dels Angels del Baix Empordà	63
	IAS / CSMIJ Girona	CEE Mare de Déu del Mont de Vilafant i CEE Ventjoi	164
RS Central	Altaia / CSMU Manresa	CEE Flama	7
	CH Vic / CSMU Osona	Centres d'Educació Especial i Unitats d'escolarització compartida de Vic	90
RS Barcelona	Sagrat Cor / CSMU Martorell	CEE Mare de Déu del Pontarró	78
	Fund.Orienta / CSMU El Prat	CEE Can Rigol	73
	Fund.Orienta / CSMU Gavà	CEE Palmer	24
	Fund.Orienta / CSMU L'Hospitalet	CEE Estel - Can Bori	104
	CH Parc Taulí / CSMU Sabadell	CEE Francesc de Bellprat	96
	CH Parc Taulí / CSMU Cerdanyola-Ripollet	CEE Geroni Moragas	72
	Sant Joan de Déu / CSMU Cornellà	Fundació Cassià Just	no és centre
	Sant Joan de Déu / CSMU Alt Penedès	CEE El Margalló	16
	Mútua de Terrassa / CSMU Terrassa	CEE Fàtima	71
	Ajuntament de Rubí / CSMU Rubí	CEE Can Oriol	44
		TOTAL	

Font: Pla director de salut mental i addiccions, Departament de Salut

D'altra banda, el conveni preveu l'atenció educativa de la població infantil i juvenil atesa als hospitals de dia de salut mental amb la dotació de docents per part del Departament d'Educació.

Quadre 4. Serveis d'atenció educativa per Regió Sanitària

Regió Sanitària	Hospitals de dia infantils i juvenils	Número de places
Barcelona	17	364
Camp de Tarragona	1	20
Catalunya Central	2	20
Girona	1	25
Lleida	1	15
Alt Pirineu- Aran	0	0
Terres de l'Ebre	0	0
Total	22	444

Font: Pla director de salut mental i addiccions, Departament de Salut

Així mateix, el Departament d'Educació va dur a terme els programes i estudis següents:

- Creació, amb caràcter experimental, dels Serveis Educatius Específics per a alumnat amb trastorns generalitzats del desenvolupament i de la conducta (SEETDiC).
- Activitats de formació als serveis educatius de zona generals i específics. Formació telemàtica (nous cursos 2008-2009 i 2009-2010: L'alumnat amb alteracions greus de conducta en els centres educatius: com acompanyar-lo, i Estratègies per a la inclusió de l'alumnat amb trastorns de l'espectre autista).
- Dotació d'Unitats de Suport a l'Educació Especial (USEE) a centres educatius ordinaris, per a l'escolarització inclusiva de l'alumnat amb diferents discapacitats.
- Suport dels centres d'educació especial als centres educatius ordinaris.

3.3. Entorn d'acció social

Pel que fa a aquest entorn, aquests darrers anys han estat de gran rellevància, atès que hi ha hagut un gran avenç pel que fa a la garantia de drets de les persones, i més especialment per a aquelles que a causa de la seva problemàtica poden patir exclusió social.

Un dels grans avenços va ser l'aprovació de la nova llei de serveis socials, la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, així com la publicació de la cartera de serveis, aprovada mitjançant el Decret 151/2008, de 29 de juliol, i la segona cartera, sense oblidar 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, que incorporava un important sistema de protecció i garantia social. Les prestacions destinades a la promoció de l'autonomia de persones amb dependència a la Cartera de Serveis Socials del Sistema Català han de prioritzar els serveis que permetin a les persones amb dependència gaudir de la major autonomia personal possible, incloent-hi les prestacions tecnològiques, l'assistent personal i l'atenció domiciliària, i també els programes de desenvolupament comunitari.

3.3.1. Creació de nous serveis i noves accions

La Llei 12/2007 i, a conseqüència d'aquesta llei, l'aprovació de la cartera de serveis va aportar, entre altres aspectes, el reconeixement, amb rang de decret, de diversos serveis que, impulsats pel Departament, pretenien donar resposta a les necessitats socials de les persones amb malaltia mental, però que mancaven del corresponent desplegament normatiu, com ara:

- Servei Prelaboral i Cub Social per a persones amb trastorn mental.
- Centres de dia, comunitats terapèutiques i pisos amb suport (llar residència i llar amb suport per a persones amb drogodependències).
- Residència Assistida per a persones amb trastorn mental.

Així mateix, es van formular nous serveis per donar resposta a necessitats emergents:

- Servei de promoció de l'autonomia personal per a persones amb dependència ateses en centres de llarga estada sociosanitària.

D'altra banda, un fet també rellevant va ser l'aprovació i publicació de la Planificació territorial 2008-2012, que recull l'oferta de recursos existents i la necessitat de creixement en tot el territori català, a partir de l'anàlisi de necessitats detectades i de l'objectiu d'assolir progressivament l'equitat territorial.

Finalment, es va portar a terme l'impuls de les taules tècniques de salut mental i addiccions, i la creació de grups de treball específics amb els objectius següents, entre d'altres:

- Revisió del model d'Habitatge.
- Revisió del model de Club Social.
- Revisió del model de Servei Prelaboral.
- Revisió del model de comunitat terapèutica per a persones amb dependència a substàncies.

Paral·lelament, amb el principi de promoció del nivell òptim de qualitat en l'atenció a la persona, l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), mitjançant els diversos plans de qualitat, va adaptar l'organització a les noves exigències i necessitats dels ciutadans de la societat catalana, amb la qual cosa va implantar processos de qualitat en l'àmbit dels serveis socials introduint-hi aspectes com l'avaluació externa i la millora contínua, així com sistemes d'opinió i participació dels usuaris i familiars com a element central per al debat, per a la millora i l'adequació dels serveis a les seves necessitats i expectatives.

3.3.2. Increment d'activitat i despesa

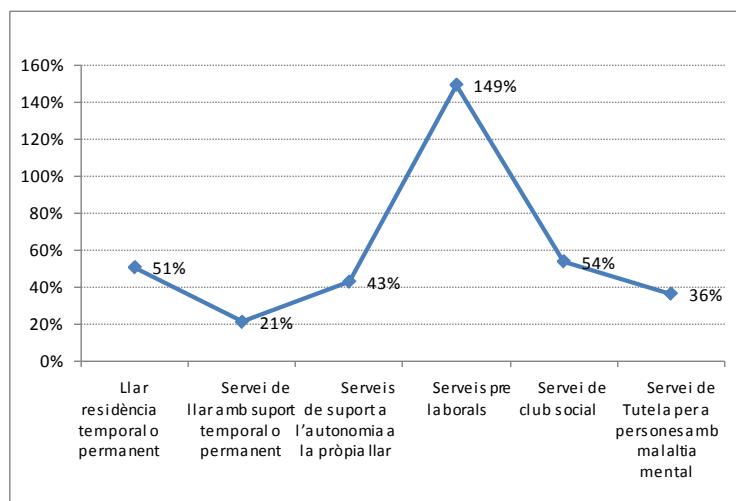
3.3.2.1. Serveis de cartera dels Serveis Socials

Quadre 5. Increment de places

Increment de places						
ANYS	Llar residència temporal o permanent	Servei de llar amb suport temporal o permanent	Serveis de suport a l'autonomia a la pròpia llar	Serveis prelaborals	Servei de club social	Servei de tutela per a persones amb trastorn mental
2006	551	232	14	359	26	11
2007	604	248	15	599	27	12
2008	712	258	17	751	32	16
2009	860	281	20	895	40	15
TOTAL	56%	21%	43%	149%	54%	36%

Font: ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Gràfic 8. Representació gràfica del increment de places 2006-2009



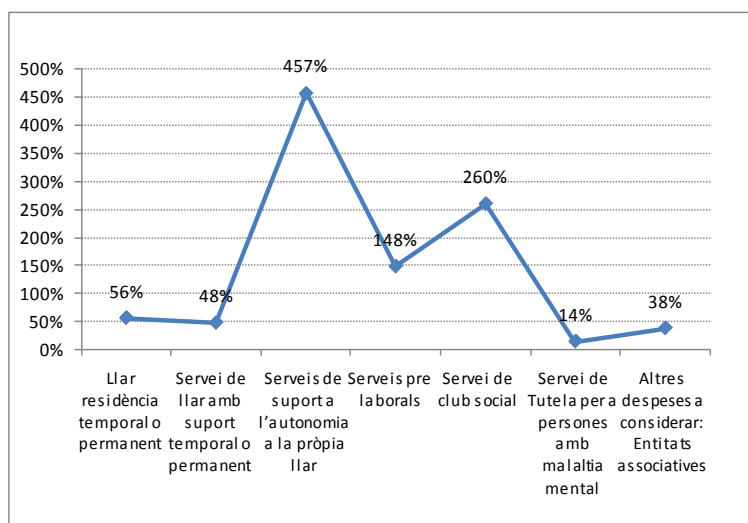
Font: ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Quadre 6: Increment pressupostari

ANYS	Llar residència temporal	Servei de llar amb suport Temporal o permanent	Serveis de suport a l'autonomia a la pròpia llar	Serveis Pre-Laborals	Servei de club social	Servei de Tutela per a persones amb trastorn mental	Altres despeses a considerar: Entitats associatives
2006	8.589.740,47	1.327.019,92	212.183,75	2.075.171,28	940.237	2.871.639,22	809.559,19
2007	10.459.935,22	1.634.473,74	340.865,23	3.711.957,88	1.983.978,82	2.331.624,09	772.427,68
2008	11.919.005,24	1.762.422,58	537.255,54	4.851.880,94	3.138.361,44	3.030.034,61	879.100,51
2009	13.425.721,35	1.958.711,88	1.182.250,62	5.152.644,91	3.385.739,15	3.285.483,68	1.116.771,16
TOTALS	56%	48%	457%	148%	260%	14%	38%

Font: ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Gràfic 9: Representació gràfica del resum del increment pressupostari 2006-2009



Font: ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Llar residència temporal o permanent

El creixement d'oferta de places entre els anys 2006 i 2009 va ser de 256 places, cosa que representa un increment percentual del 49%. L'any 2009 es va iniciar el procés de concertació per tal d'avançar en la garantia de la continuïtat assistencial i millorar el sistema de compra de serveis.

D'altra banda, l'increment pressupostari fou de 4.835.980,88 euros, una xifra que expressada en percentatge és un 56,30%.

Servei de llar amb suport temporal o permanent

El creixement d'oferta de places entre els anys 2006 i 2009 va ser de 49 places, cosa que representa un increment percentual del 30,82%.

D'altra banda, l'increment pressupostari fou de 631.691,96 €, és a dir, un percentatge d'increment del 47,60%.

Serveis de suport a l'autonomia a la pròpia llar

El creixement d'aquests serveis va ser del 43% en els darrers quatre anys, pel que fa al nombre de persones ateses, i del 457% del pressupost, com a conseqüència de l'increment d'activitat i de millora de les tarifes.

Serveis prelaborals

El creixement d'oferta de serveis entre els anys 2006 i 2009 va ser de 19, amb un total de 895 places l'any 2009, fet que significa un increment de 536 places (149,30%).

D'altra banda, l'increment pressupostari fou de 3.077.473,63 euros, és a dir, un percentatge d'increment del 148,30%.

Servei de Club Social

El creixement d'oferta de nombre de serveis entre els anys 2006 i 2009 va ser de 14, la qual cosa representa un increment percentual del 53,85%.

D'altra banda, l'increment pressupostari fou de 2.445.502 euros, és a dir, un percentatge d'increment del 260%.

Servei de tutela per a persones amb trastorn mental

El creixement d'oferta de nombre de serveis entre els anys 2006 i 2009 va ser de 4, la qual cosa representa un increment percentual del 36,36%.

L'increment pressupostari, en el mateix període, fou de 413.844,46 €, que es tradueix en un percentatge d'increment del 14,41%.

3.3.2.2. Altres serveis

Serveis de suport a l'atenció primària i especialitzada

L'any 2009 hi havia 70 serveis registrats que, mitjançant les entitats associatives, donaven suport a l'atenció primària i especialitzada, amb un pressupost d'1.116.771,16 euros, la

qual cosa representa un increment respecte al 2006 de 307.211,97 euros i un percentatge del 37,94%.

CDIAP: serveis d'atenció precoç

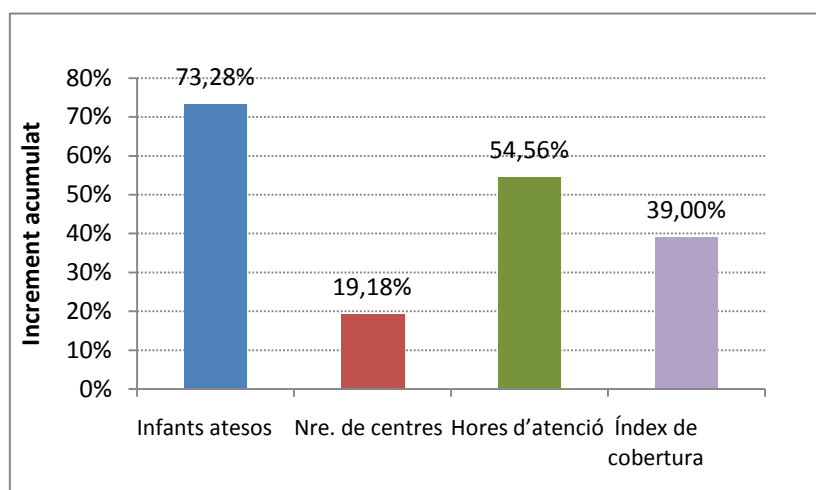
El document de Programació territorial 2008-2012, de recursos d'atenció social especialitzada i domiciliària a Catalunya, de l'ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania, proposa un creixement d'hores d'atenció precoç, en tot el territori català, que té per objecte arribar a atendre el 7,5% de la població infantil de 0 a 5 anys, una població que s'estima que té o pot tenir alguna discapacitat que requereix prevenció o tractament precoç. El volum d'hores que s'estimen necessàries per atendre aquesta població, amb un objectiu de cobertura del 75%, és d'1.354.973.

Quadre 7. Creixement assistencial als infants i índex de cobertura

	2005	2006	2007	2008	2009	Increment acumulat
Infants atesos	16.463	19.006	21.953	24.883	28.527	73,28%
Nre. de centres	73	77	80	84	87	19,18%
Hores d'atenció	707.920	828.170	931.133	1.024.039	1.094.199	54,56%
Índex de cobertura	66,24%	74,04%	79,25%	83,92%	92,08%	39,00%

Font: ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Gràfic 10. Creixement assistencial als infants i índex de cobertura



Font: ICASS, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Serveis d'atenció a persones amb discapacitat intel·lectual

Pel que fa als serveis d'atenció a persones amb discapacitat, es va incrementar la cartera de serveis, atès que es van crear 102 places de residència per a nens, menors de 18 anys, amb greus trastorns de conducta durant el període 2005-2009, tenint en compte que es considera un recurs minoritari, ja que els nens i nenes han de poder viure amb els pares sempre que sigui possible. Així mateix, es van crear places de residència per a persones amb discapacitat psíquica amb greus trastorns de conducta i psicosi o autisme, en edat adulta; l'any 2008 es va arribar fins a les 435 places, i n'hi ha 230 més en desplegament.

Atenció als menors tutelats per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA)

En aquest àmbit els esforços s'han centrat en:

- El desenvolupament de recursos i places residencials.
- El programa de prevenció del consum de drogues als centres de protecció de la DGAIA.
- El servei especialitzat en l'atenció a menors víctimes d'abusos sexuals dependents de la DGAIA.
- El servei especialitzat de suport a les famílies.

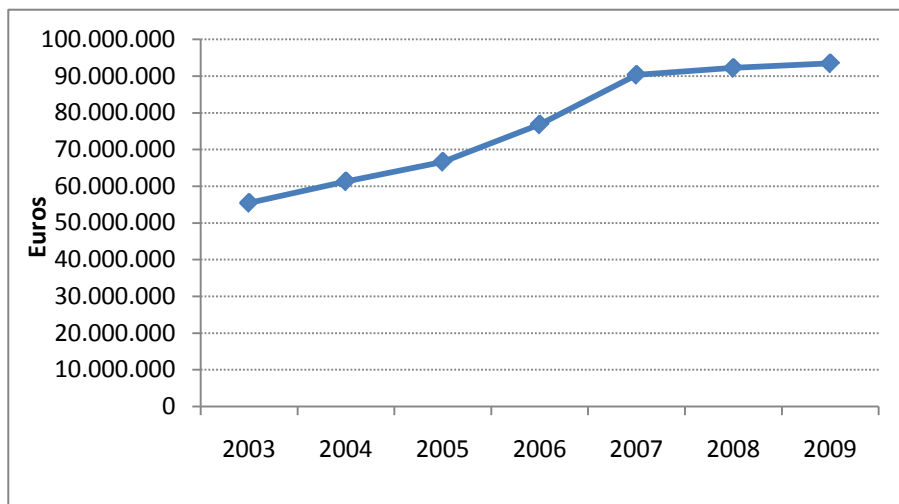
Quadre 8. Evolució de les places residencials de la DGAIA 2003-2009

Any	Places (*)	Pressupost executat
2003	1.914	55.477.782,36
2004	2.027	61.333.611,45
2005	2.037	66.671.144,15
2006	2.163	76.843.537,41
2007	2.176	90.382.828,54
2008	2.427	92.262.288,00
2009	2.553	93.498.148,00

(*) Inclou places pròpies i concertades de protecció, places concertades per a infants discapacitats i places concertades terapèutiques.

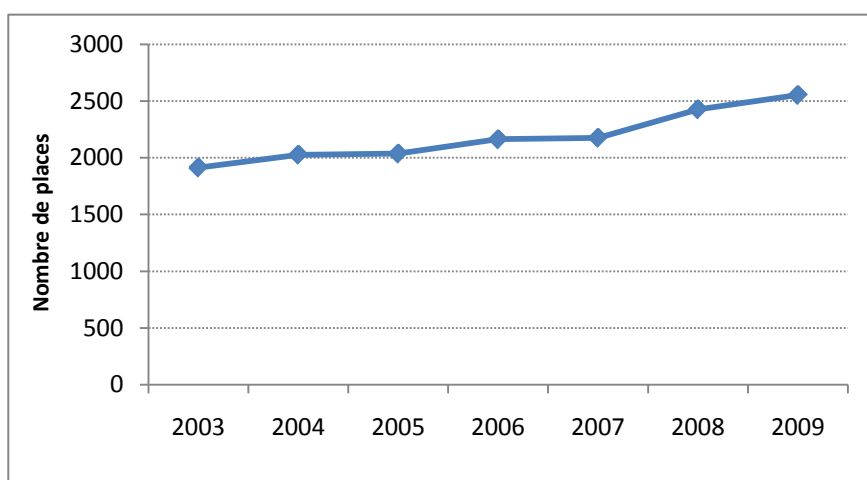
Font: DGAIA, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Gràfic 11. Evolució del pressupost executat per la DGAIA 2003-2009



Font: DGAIA, Departament d'Acció Social i Ciutadania

Gràfic 12. Evolució de les places residencials de la DGAIA 2003-2009



Font: DGAIA, Departament d'Acció Social i Ciutadania

3.3.3. Promoció de l'Autonomia Personal i l'Atenció a les persones en situació de dependència

El desenvolupament de la Llei de la dependència presenta, a 28 de setembre de 2010, unes dades de 7.882 sol·licituds per a realitzar una valoració del nivell i grau de necessitat d'atenció en la dependència en l'àmbit de la salut mental, de les quals 6.976 han estat valorades amb els resultats que es mostren al quadre 9.

Quadre 8. Valoracions del nivell i grau de necessitat d'atenció a la dependència

	Valoracions	%
Grau III-2	1.633	23,4%
Grau III-1	1.405	20,1%
Grau II-2	936	13,4%
Grau II-1	1.318	18,9%
Grau I-2	642	9,1%
Grau I-1	634	9,1%
Sense Grau	408	5,8%

Font: PRODEP, Departament d'Acció Social i Ciutadania

3.3.4. Accions transversals

En els darrers anys s'han anat desplegant diferents projectes interdepartamentals entre el Departament d'Acció Social i Ciutadania, i el Departament de Salut.

3.3.4.1. Atenció integral a la petita infància

Experiències pilot d'unitats funcionals en el territori (CDIAP-CSMIJ) —Baix Empordà, Sabadell, l'Hospitalet de Llobregat, i el districte de Sant Andreu i la part dreta de l'Eixample— que tenen com a objectiu efectuar la prevenció i el tractament de la psicopatologia del nadó i l'infant demostren que l'atenció integral a la petita infància s'ha de fer des de l'abordatge assistencial de la patologia maternoinfantil, incloent-hi els nens de 0 a 6 anys i els seus pares. Cal implicar els diversos recursos que atenen la població infantil, com ara pediatres, serveis d'atenció precoç, centres de salut mental, unitats de referència psiquiàtrica infantil (URPI), centres especials per a l'atenció a nens psicòtics i autistes, i també cal incloure-hi els diversos recursos que atenen la maternitat, com els serveis de ginecologia i obstetrícia, la planificació familiar i els serveis de psiquiatria d'adults, per tal d'afavorir la complementarietat i l'optimització dels recursos i evitar les duplicitats de serveis.

Amb aquesta finalitat, un psiquiatre o una psiquiatra es trasllada a aquests CDIAP per contribuir en el procés d'acollida, avaluació i realització del pla integral d'intervenció.

3.3.4.2. Pla integral d'atenció a l'autisme

Actualment s'elabora el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns d'espectre autista, en què s'estableix la connexió d'una xarxa d'unitats funcionals, on la pediatria d'atenció primària té un paper rellevant, tant pel que fa a la detecció o sospita com al seguiment, atès que és la porta d'entrada al sistema. El Pla integral aborda des de la detecció fins al diagnòstic i la intervenció, i incorpora tant la població infantil com l'adult.

3.3.4.3. Atenció integral, sanitària i social a les persones amb discapacitat intel·lectual i amb capacitat intel·lectual límit

Les persones amb capacitat intel·lectual límit o discapacitat intel·lectual (DI) presenten importants dificultats educatives i socials i, sovint, també problemes de salut en general i de salut mental o de conducta, com a conseqüència de la seva fragilitat. Per aquest motiu, els departaments d'agrupacions culturals i socials (ACiS) i de salut, amb la col·laboració de professionals experts, despleguen el model d'atenció integral a les necessitats de les persones amb intel·ligència límit, que és un referent a escala internacional.

La complexitat d'aquest programa, per la gran quantitat de serveis que hi intervenen, és molt gran, però els resultats són molt positius gràcies a la coordinació interdepartamental.

Els serveis que hi intervenen es mostren en els quadres 9 i 10

Quadre 9 . Xarxa assistencial per a menors de 18 anys, en la qual intervé la Comissió Territorial Interdepartamental de Coordinació (CTIC)

Entorn de salut	ABS, pediatria i hospitals generals
Entorn de salut mental	CSMIJ, URPI i UCA
Entorn social	EAIA, CDIAP, CRAE i UBASP
Entorn educatiu	EAP, CEE i SEETDiC

Quadre 10. Xarxa assistencial per a majors de 18 anys

Entorn de salut	ABS, metges de família i hospitals generals
Entorn de salut mental	CSMA, aguts, subaguts, rehabilitació i UHEDI
Entorn social	Serveis prelaborals, residències, llar residències i pisos amb suport, PSALL
Entorn laboral	CET, inserció laboral
Entorn de justícia	Comissió d'Assistència Social Penitenciària (mesures alternatives)
Entorn educatiu	Programes de qualificació professional inicial (majors de 16 anys)

La implantació dels serveis especialitzats de salut mental per a persones amb DI o capacitat intel·lectual límit ja arriba gairebé al 50% del territori:

- 4 SESM-DI (Serveis Especialitzats de Salut Mental per a les persones amb Discapacitat Intel·lectual) localitzats a Barcelona, Girona, Tarragona i Costa de Ponent.
- 70 places d'hospitalització d'UHEDI (recurs mixt Salut-Acció Social) distribuïdes entre Girona, Reus i Sant Boi.

L'increment de places durant el període 2006-2009 va ser de 7 places, però cal tenir en compte que es tracta d'un servei que es va crear com a recurs transitori, de rotació dels usuaris, la permanència dels quals només s'havia d'ajustar al temps necessari per a la recuperació de l'estabilitat psíquica.

3.3.4.4. Atenció integral, sanitària i social a les persones incapacitades amb greus problemàtiques de trastorns mentals o de conducta

La unitat d'atenció psiquiàtrica especialitzada (UAPE) per a persones amb greu discapacitat i alt risc és un programa específic de les unitats d'hospitalització perllongada per a pacients amb alta dependència psiquiàtrica (ADP). S'adreça a persones preferentment incapacitades legalment que, a causa de la seva malaltia o personalitat trastornada, no accepten la funció de protecció i tutela o que impliquen, per la seva conducta, un alt risc de responsabilitat per al seu tutor.

- **Elaboració del Protocol per a l'aplicació de criteris de cribatge abans d'iniciar un procés d'incapacitació**

La Comissió Mixta de Tuteles, integrada pels departaments de Salut i d'Acció Social i Ciutadania, com a conseqüència de l'increment progressiu d'incapacitacions, va impulsar el consens dels criteris compartits entre els professionals i agents que intervenen en l'inici del procés, per valorar la idoneïtat de promoure la incapacitació i garantir que s'hagin esgotat tots els mecanismes previs a la incapacitació. A aquest efecte, l'any 2008 es va elaborar per consens el Protocol per a l'aplicació de criteris de cribatge abans d'iniciar un procés d'incapacitació, que, amb l'objectiu de vetllar per la protecció, l'exercici i la defensa dels drets de les persones més vulnerables de la nostra societat, estableix els criteris clínics i psicosocials per garantir la idoneïtat de la proposta d'incapacitació, coordinant l'acció del conjunt de professionals que intervenen en el procés. Es van fer nombrosos cursos a tot el territori sobre la utilització de la guia, que també va ser publicada.

- **Elaboració del Protocol de gestió de les unitats d'atenció psiquiàtrica especialitzada (UAPE)**

El protocol defineix els diferents moments del procés: la demanda judicial i la designació d'entitat tutelar, la fitxa de sol·licitud per a l'ingrés i el procés de sol·licitud de la plaça de la UAPE, l'execució d'ingrés, el seguiment, la coordinació de la UAPE i les entitats tutelars, i l'alta de la UAPE. Aquest protocol es va fer amb la finalitat d'homogeneïtzar l'assistència a les diferents unitats.

Quadre 11. Desenvolupament del protocol UAPE (2006-2009)

Any	Nombre de places totals	Despesa de l'ICASS	Despesa del Departament de Salut
2006	105	2.403.920,05	4.380.726,35
2007	109	2.588.605,84	4.520.371,70
2008	112	2.834.231,98	4.911.323,20
2009	112	2.871.834,99	5.009.435,20

Font: Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut

3.3.4.5. Atenció integral als menors tutelats per la DGAIA

L'any 1998 es va signar un conveni de col·laboració entre la DGAIA i el Catsalut amb l'objectiu de donar suport i assessorament en matèria de salut mental als professionals

dels centres educatius de la DGAIA, prioritzar l'atenció als infants i adolescents amb trastorns mentals sota la dependència de la DGAIA i desenvolupar activitats formatives.

En l'actualitat, es treballa entre el departament de Salut i la DGAIA el model d'atenció en salut mental als menors que estan sota la tutela de la DGAIA. Aquest model implica un replantejament tant del suport dels equips dels CRAE com de l'atenció especialitzada, però també del model social i educatiu i de la millora de la formació dels professionals que treballen en centres de la DGAIA.

Segons les dades disponibles, cal destacar el següent:

- Es dona suport a 78 residències de diferents tipus amb una població de 1.672 nens i adolescents.
- El 2009 van ser tractats 887 nens i adolescents, la qual cosa representa el 53% de la població total.

3.3.4.6. Avaluació de les necessitats de tractament psiquiàtric i psicològic en usuaris que resideixen als dispositius residencials de l'ICASS

Aquest estudi, que va finançar el Departament de Salut, tenia per objecte conèixer les càrregues d'intervenció de tipus psiquiàtric i psicològic que necessiten les persones ateses als centres residencials per persones amb discapacitat, persones grans i persones amb trastorn mental i addiccions. aquests recursos. Els resultats posen de manifest, amb caràcter global, el següent:

Pel que fa al col·lectiu de **persones amb trastorn mental**, l'estudi defineix tres grups de pacients en relació amb el seu funcionament global i capacitat de vida autònoma:

- Persones amb trastorn mental autònomes (mitjana amb l'escala HoNOS: 5,2), que serien tributàries de mobilitat cap a dispositius menys assistits, tipus llars amb suport. Correspon a un 46% de la mostra.
- Persones amb trastorn mental semiautònomes (mitjana amb l'escala HoNOS: 10,2), amb necessitats de suport en les activitats de la vida diària i que requereixen de manera estable un dispositiu residencial més o menys assistit. Correspon a un 34% de la mostra.
- Persones amb trastorn mental dependents (mitjana amb l'escala HoNOS: 17,2), que presenten deteriorament cognitiu i comorbiditat somàtica associada; necessiten suport continu i són tributàries de dispositius d'hospitalització sanitaris o socio-sanitaris. Correspon al 10% de la mostra.

En relació amb les **persones amb discapacitat intel·lectual**, s'ha detectat que en els dos grups definits, quant al grau d'autonomia, hi ha algun diagnòstic de TM, en un 28,6% en el grup que té necessitats de suport i en un 19% en el grup d'aquells que tenen dependència. Així mateix, prenen psicofàrmacs el 74,6% del primer grup i el 84,8% del segon grup.

Pel que fa a les **persones grans**, els resultats posen de manifest que l'anàlisi de necessitats dels usuaris de les residències assistides, per als tres grups autònoms, dependents i grans dependents, presenten necessitats comunes, com ara la de poder realitzar un correcte diagnòstic psiquiàtric i la de fer un control farmacològic precís. Una

altra necessitat fonamental és la de garantir la valoració de les funcions cognitives al llarg del temps i fer prevenció del deteriorament cognitiu.

3.4. Entorn laboral

L'Estratègia d'inserció laboral de persones amb discapacitat a Catalunya 2008-2009 va ser aprovada en un ampli procés participatiu i de consens i col·laboració dels agents socials i entitats representatives de persones amb discapacitat, i es va començar a desenvolupar a la fi del 2007. La seva durada prevista inclou el període 2008-2010. Es basa en premisses de la Unió Europea i en els valors de l'autonomia personal, la igualtat i la diversitat reconeguts a l'Estatut.

Una de les prioritats de l'Estratègia és aconseguir atreure i mantenir al mercat de treball tantes persones amb discapacitat com es pugui, com a via essencial per a la seva autonomia social i perquè puguin posar en joc totes les seves potencialitats. En aquest sentit, s'incorporen necessitats diferencials del col·lectiu de persones amb malaltia mental respecte del de persones amb discapacitats, i no sempre es considera necessari el reconeixement legal de discapacitat per a l'obtenció dels ajuts i serveis en l'entorn laboral.

La inserció laboral de les persones amb trastorns mentals figura com un dels eixos que cal considerar i prioritzar en cadascun dels projectes de l'Estratègia, si bé determinats projectes hi tenen una incidència especial. Els projectes més rellevants per al col·lectiu desenvolupats en el període previst han estat els que s'expliquen a continuació.

3.4.1. Model de taules territorials per a la inserció laboral de persones amb discapacitat o trastorn mental

L'any 2008 es van iniciar tres experiències pilot que van desenvolupar en l'àmbit territorial un espai participat pels diferents agents que intervenen en la inserció laboral de les persones amb discapacitat o trastorn mental a fi de coordinar el conjunt de recursos i serveis, definir protocols i criteris d'actuació. Les taules incorporaven tots els agents rellevants del territori.

Els resultats de les proves pilot van permetre definir una proposta de model de taules territorials per a la inserció laboral de les persones amb discapacitat o trastorn mental. A més, s'hi van incloure models específics per a la inserció de persones amb trastorn mental.

3.4.2. Definició i desenvolupament del model d'inserció laboral en salut mental

Va representar l'elaboració conjunta d'un model de qualitat en la inserció laboral de persones amb trastorn mental greu a Catalunya i el desenvolupament d'un model específic com a resposta a les necessitats del col·lectiu. La coordinació fou compartida per les diferents organitzacions amb incidència en el sector de la inserció laboral impulsores del projecte (Ammfeina, Fecaffam, Fòrum Salut Mental, Coordinadora de Tallers, Sinergrup), i la direcció científica va ser compartida entre la UAB, Spora Consultoria Psicosocial, l'Institut de Govern i Polítiques Públiques i la Fundació Pere Tarrés.

Els resultats han estat els següents:

- Proposta de model d'inserció laboral conceptual i de processos per a les persones amb trastorn mental greu consensuat pels agents del sector.
- Mapa i anàlisi de serveis i recursos:
 - Anàlisi: a) De l'actual disponibilitat i ús, així com de les necessitats de recursos i dispositius, b) de recursos que intervenen en el procés d'inserció laboral de les persones amb TMG i c) del desplegament territorial d'aquests serveis i actuacions existents.
 - Elaboració d'un mapa recursos que ofereixi la cobertura adient a les necessitats en els àmbits de l'ocupació i el treball de les persones amb trastorns mentals greus.
 - Establiment de les bases per planificar els recursos en el territori i per a l'aplicació del model conceptual i la seva implementació.
 - Disseny d'un instrument de mesura dels efectes del treball en les persones amb TMG (IMET), tant en les principals àrees de vida de la persona —a partir de la seva autovaloració— com en les variables econòmiques associades —mitjançant mesures objectives.

3.4.3. Impuls del treball amb suport

Millora dels programes de subvencions

El departament de Treball va impulsar el treball com a estratègia bàsica per aconseguir incrementar la inserció al mercat ordinari.

Hi ha hagut una millora substancial del finançament, amb un increment d'un 220% entre el 2007, amb un pressupost de 811.808,07 euros, i el 2010, amb un pressupost de 2.600.000,00 euros.

L'increment de la cobertura a Catalunya quant a persones participants ha estat del 173%.

Protocol marc: elaboració i difusió

Es va elaborar i homologar un model de treball amb suport a Catalunya, a manera de protocol marc, per al suport a la inserció laboral i al manteniment dels llocs de treball a l'empresa ordinària.

Quadre 12. Indicadors de treball amb suport 2008-2009

Indicadors de treball amb suport 2008-2009 (Ordre TRE/267/2008)					
Nre. de persones participants per tipologia de discapacitat	Sensorial	Intel·lectual	Física	Trastorn mental	Total
Dones	46	294	78	130	548
Homes	62	356	104	205	727
Total	108	650	182	335	1.275

Font: Direcció General d'Igualtat d'Oportunitats en el treball, Departament de Treball

3.4.4. Programes d'orientació i suport a la inserció laboral

Els programes d'orientació i suport a la inserció laboral al mercat ordinari de persones amb trastorns mentals, en el període 2008-2010, s'han portat a terme en diferents convocatòries que s'han unificat l'any 2010.

2008-2009: programes innovadors per la igualtat oportunitats. Ordre TRE/337/2008

Línia d'acció A.2.1. Programes d'itineraris integrats d'inserció sociolaboral adreçats a persones amb discapacitat.

49 projectes aprovats. 1.715 persones beneficiàries previstes. Total: 4.365.814 €.

2009: serveis de suport a la inserció laboral de persones amb discapacitat. Ordre TRE/290/2009 i Ordre TRE/527/2009

Entitats i ens locals. Total: 2.354.953 €.

2010: xarxa d'orientació per a l'ocupació. Ordre TRE 560/2009

Programa B.3. Persones amb discapacitat o trastorn mental. Unifica les convocatòries anteriors. Total: 5.167.568 €.

3.4.5. Traspàs dels Centres Especials de Treball (CET) i Pla de suport per a la promoció i la consolidació dels CET

En el període 2008-2010 s'ha consolidat el traspàs dels CET al Departament de Treball, cosa que històricament requereix una reconversió important i profunda, i s'ha produït el canvi de servei social a empresa social en un moment econòmic crític que fa que el pla de reconversió hagi esdevingut urgent i amb mesures de curt termini.

A partir del traspàs dels CET, s'ha desenvolupat un ampli pla de suport que preveu les accions següents:

- Publicació de les ordres reguladores i elaboració de propostes de modificació legislativa.
- Constitució de grups de treball conjunts amb el sector.

- Anàlisi de la situació actual dels CET.
- Posada en marxa d'un servei d'assessorament i suport als CET: per a la reorientació de sistemes de gestió, la millora de la productivitat, l'elaboració de plans de màrqueting o l'elaboració de plans estratègics.
- Finançament: convenis de col·laboració per línies de finançament entre el Departament de Treball i l'Institut Català de Finances (ICF) i Triodos Bank.
- Impuls de la reserva pressupostària i incorporació de clàusules socials, amb l'objectiu d'incrementar la compra de productes i serveis per part de l'Administració pública.
 - Destinació de 9,1 milions d'euros de la contractació de l'any 2010 a fomentar la integració en el món laboral de persones amb risc d'exclusió social o persones amb discapacitat o trastorn mental.
 - Quantia mínima d'1,5 milions d'euros per a contractes reservats a centres especials de treball (acord de govern sobre mesures en matèria de contractació pública, de desembre del 2009).
- Programa de formació directiva per a CET: edicions 2009 i 2010.
- Elaboració, publicació i difusió del catàleg de productes i serveis dels CET de Catalunya.
- Creació d'un fons per a la reconversió o la reorientació dels CET.

També es va elaborar una mesura de xoc i extraordinària: l'increment de la subvenció del salari mínim fins al 70% de l'SMI durant els darrers sis mesos del 2009, als treballadors dels CET discapacitats psíquics i persones amb malalties mentals, amb més del 33% de discapacitat.

Aquest pla de suport va fer que en termes de sector no es perdessin llocs de treball el 2009 i que fins i tot hi hagués un lleuger increment, si bé alguns CET van posar fi a la seva activitat.

L'any 2009, del total de 207 centres especials de treball, un 10% dels centres es podien considerar centres especialitzats en trastorn mental, i aproximadament un 50% incorporaven en algun grau en la seva plantilla persones amb malaltia mental. En una part significativa es tracta de centres que van incorporar aquest col·lectiu en els darrers anys, en alguns casos amb projectes específics adreçats a donar formació a directius i personal tècnic per atendre les necessitats específiques d'aquest col·lectiu.

3.5. Entorn de justícia

Com és conegut, Catalunya és l'única comunitat autònoma de l'Estat que té plenes competències en l'àmbit de l'execució penal d'adults. Alhora, exerceix, com la resta de comunitats autònomes, les competències pròpies de l'execució penal en l'àmbit de la jurisdicció penal de menors.

L'any 1991, el Departament de Justícia va signar amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social un conveni de col·laboració amb l'objectiu d'establir, sota una concepció global i integrada dins del sistema sanitari, els mecanismes de coordinació adients per tal de garantir una adequada assistència sanitària als interns dels centres penitenciaris de Catalunya. Amb aquest conveni, el Departament de Sanitat i Seguretat Social, per mitjà dels seus centres propis o concertats de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya, es comprometia a assegurar l'atenció medicosanitària als interns dels centres penitenciaris de Catalunya.

L'any 1999 es va signar un conveni entre el Departament de Justícia, la Fundació Malalts Mentals de Catalunya i l'Associació Septimània, en col·laboració amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social. En virtut d'aquest conveni, les persones ingressades als centres penitenciaris disposarien d'una intervenció que tendiria a preparar la seva vinculació a la xarxa pública de salut mental quan fossin excarcerades. Aquest dispositiu assistencial va permetre la desinstitucionalització i la normalització de persones internes i també de les que ja estan en llibertat però que encara són dependents de l'Administració penitenciària.

L'any 2001 es va signar el conveni entre el Departament de Justícia, el Departament de Sanitat i Seguretat Social i l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu que donava forma al pla de necessitats en l'àmbit de la psiquiatria penitenciària, redactat per la comissió d'experts en salut mental arran de la proposta dels departaments de Sanitat i Seguretat Social i Justícia.

L'any 2005 es va signar un acord de col·laboració entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programa d'atenció en salut mental i conductes addictives en el marc de les actuacions de justícia juvenil a Catalunya.

La població sotmesa a mesures penals es distribueix en tres grans grups principals:

- Les persones adultes internes en centres penitenciaris, sentenciades o preventives (en diferents tipologies o règims).
- Els menors que han comès delictes, subjectes a mesures en medi obert o tancat.
- Les persones que han comès un delictes de diversa gravetat i que han estat declarades inimputables per causa de discapacitat, trastorn mental o addicció.

En diferents graus, la tendència en els darrers anys i també la previsió de futur és cap a l'increment significatiu dels tres grups. Amb data de 15 de setembre de 2010, hi ha 10.804 persones en el primer grup (adults interns), amb una previsió de superar les 12.000 al final del 2012. En el cas dels joves infractors, hi ha 2.201 adolescents i joves subjectes a alguna forma d'intervenció pròpia de l'execució penal de menors. Pel que fa a les mesures penals d'internament, actualment hi ha 233 persones en aquesta situació.

Les necessitats d'atenció especialitzada en l'àmbit penal són molt superiors a la de la població general. S'han realitzat diversos estudis en el medi penitenciari¹⁰ en els quals es detecten les següents necessitats, per cada 1.000 interns:

- 422 interns presenten trastorns mentals de diferent intensitat i gravetat en el darrer mes que poden requerir atenció sanitària, al nivell primari o a l'especialitzat (hospitalització penitenciària, o bé atenció ambulatoria al mòdul residencial, comptant amb el suport de l'equip de psiquiatria), o ambdues modalitats.

- 350 tenen algun risc de suïcidi significatiu.
- 800 tenen trets caracterials significatius de trastorn de personalitat (no patologia mental).
- 178 són consumidors actuals de drogues.

No disposem d'estudis tan precisos en el cas dels menors i joves infractors, però totes les dades fan pensar en una prevalença de problemes mentals i addictius similar a la dels adults, amb forts agreujants determinats per la precocitat dels delictes, l'extracció social i cultural (la meitat dels nois internats són estrangers) i factors de risc tant biològics com biogràfics de gran importància.

L'experiència interdepartamental en relació amb aquestes tres poblacions és altíssima. A més dels departaments de Salut i d'Acció Social i Ciutadania, en tots els casos s'ha de sumar la implicació del sistema judicial, del Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació i d'altres, així com de diverses i nombroses entitats del tercer sector.

L'assistència sanitària pel que fa a l'àmbit d'execució penal ha anat evolucionant des del primer conveni signat l'any 1991 i al llarg dels convenis i acords posteriors. Cal remarcar per la seva importància la posada en marxa l'any 1999 del centre de dia Pinel (finançat per Salut i amb el suport de subvenció del Departament de Justícia) i la Unitat Polivalent de Quatre Camins l'any 2001 (finançada inicialment per Justícia). El 2003 es va inaugurar la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya; el 2006, la Unitat Terapèutica d'Els Til·lers, i el 2009 va tenir lloc l'obertura parcial de la Unitat de Rehabilitació Intensiva del Centre Penitenciari Brians 2. Totes aquestes unitats van ser finançades pel Departament de Salut. En gairebé tots els centres esmentats, a més del personal sanitari proporcionat per l'entitat proveïdora de Salut, hi ha professionals penitenciaris adscrits o col·laboradors, així com compromisos del Departament de Justícia en els serveis de suport, manteniment, seguretat i altres serveis generals.

En tots els centres penitenciaris es garanteix l'atenció psiquiàtrica ambulatoria mitjançant concert del Departament de Salut amb alguna entitat proveïdora sanitària del territori. L'atenció a les persones amb dependència a substàncies no segueix un model únic a tots els centres, però es fa des de l'atenció primària, els professionals penitenciaris (tractament i rehabilitació), els centres propis de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) o bé mitjançant convenis amb entitats externes.

En tots els centres educatius d'internament de joves i menors s'ofereix atenció ambulatoria i suport als professionals per part d'entitats de la xarxa pública de salut mental i addiccions. A Barcelona ciutat hi ha, a més, un programa terapèutic d'atenció als menors en règim obert (Equip d'Atenció al Menor, EAM).

Des del 1995 es disposa d'un protocol d'actuació conjunt entre la Subdirecció General de Reparació i Execució Penal a la Comunitat i el sistema de salut mental, relatiu als procediments en l'atenció i el seguiment sanitaris i judicials de les persones amb mesures de seguretat, actualment en fase de revisió.

L'any 2006 es va publicar el Decret 399/2006, de 24 d'octubre, pel qual s'assignaven al Departament de Salut les funcions en matèria de salut i sanitàries de les persones privades

de llibertat i de menors i joves internats en centres de justícia juvenil, i s'integraven en el sistema sanitari públic els serveis sanitaris penitenciaris i de justícia juvenil.

A fi de coordinar l'exercici de les competències del Departament de Salut, del Servei Català de la Salut, de l'Institut Català de la Salut i del Departament de Justícia, i d'adoptar les accions conjuntes en aquest àmbit, es va crear la Comissió Interdepartamental de coordinació de programes i actuacions en l'àmbit dels serveis penitenciaris i de justícia juvenil.

D'altra banda, el mateix any 2006 es va aprovar, per mitjà del Decret 329/2006, de 5 de setembre, el nou reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya, en el qual ja es tenia present que l'assistència sanitària penitenciària es realitzaria preferentment mitjançant la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública dependent del departament competent en matèria de salut.

3.5.1. Centres penitenciaris d'adults

L'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions es configura en tres nivells:

- Atenció ambulatoria: suport a l'APS, seguiment especialitzat dels pacients a mòdul i als interns en les infermeries.
- Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya, amb urgències de 24 hores i atenció d'aguts, subaguts i rehabilitació intensiva del Centre Penitenciari Brians 2.
- Unitats d'infermeria psiquiàtrica, en règim residencial. La Unitat Polivalent de Quatre Camins i la Unitat de Rehabilitació Intensiva del Centre Penitenciari Brians 2 disposen d'una major dotació de professionals especialistes en salut mental, així com d'estructures que permeten un treball específic (sales, tallers, etc).

Quadre 13. Recursos d'hospitalització i residencials (adults)

Centre	Tipologia	Llits
CP Homes Barcelona	Infermeria (residencial)	40
CP Joves	Infermeria (residencial)	17
CP Lledoners	Infermeria (residencial)	16
CP Quatre Camins	Unitat Polivalent d'SM	40
CP Brians 1	Infermeria (residencial)	28
CP Brians 1	Urgències / hospitalització psiquiàtrica	67
CP Brians 2	Hospitalització rehabilitadora	22

Font: Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari, Departament de Justícia

Quadre 14. Resum d'activitat 2008 i ràtios assistencials

Resum d'activitat 2008	Valors	Ràtio
Activitat ambulatoria general (visites psiquiàtriques i interconsultes) a CP Quatre Camins, Brians 1 i Brians 2	6.457	1,47 visites × intern i any
Urgències/any (UHPP, Catalunya)	195	19,1 × 1.000
Altes/any (Catalunya)	586	58,6 × 1.000
Ocupació mitjana	91%	

Font: Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari, Departament de Justícia

Quant a l'atenció a les persones amb problemes derivats del consum de substàncies, hi ha dos centres d'atenció i seguiment de les drogodependències a Brians 1 i Brians 2. Aquests recursos formen part de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD).

Els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències de Brians 1 i Brians 2 realitzen intervencions assistencials especialitzades en aquest àmbit (prescripció i dispensació de metadona, grups terapèutics i seguiments individualitzats). A la resta de centres penitenciaris, els equips sanitaris d'atenció primària són els encarregats de l'administració i el seguiment del programa de manteniment amb metadona.

D'altra banda, a tots els centres penitenciaris hi ha professionals de rehabilitació del Departament de Justícia que realitzen intervenció psicosocial amb grups terapèutics i seguiment individualitzat. Es disposa de quatre departaments d'atenció especialitzada per a drogodependències, als centres penitenciaris de Quatre Camins, Brians 2 i Ponent per a homes i a Brians 1 per a dones. En aquestes unitats es proporciona una atenció residencial i de llarga estada de persones amb problemes de dependència a substàncies, i s'hi aplica un programa integral intensiu d'abordatge de les drogodependències, en un règim de vida aïllat de la resta d'interns.

A més, els centres de Brians 1 i Quatre Camins disposen d'una comunitat terapèutica (DAE) per a l'atenció residencial i de llarga estada de persones amb problemes de dependència a substàncies. Durant l'any 2009 es van atendre un total de 2.938 interns diferents en algun tipus de programa grupal o individual de tractament de les drogodependències, des dels professionals de rehabilitació. A més, 1.843 interns es van incorporar al programa de tractament amb metadona (PMM) i 48 interns van ser usuaris del programa d'intercanvi de xeringues (PIX).

3.5.2. Justícia juvenil

El sistema d'atenció passa per un primer nivell d'atenció ambulatoria a tots els centres educatius de justícia juvenil, a càrrec dels CSMIJ del territori i l'activitat de l'EAM ja esmentada a la ciutat de Barcelona.

El segon nivell està integrat en la xarxa pública hospitalària, especialment d'aguts, tant infantil-juvenil com d'adults, així com en alguns casos a través de les unitats de crisi per a adolescents. A més, es disposa de la Unitat Terapèutica d'Els Til·lers (12 places), gestionada per una entitat proveïdora d'SM i que funciona segons un model de comunitat terapèutica.

Quadre 15. Activitat ambulatòria a la demarcació de Barcelona (2009)

	Intervencions	Pacients atesos
EAM	3.720	316
CE Els Til·lers	671	48
CE L'Alzina	477	60
CE Can Lluçà	666	60

Font: Departament de Justícia i Departament de Salut

Quadre 16. Activitat de la Unitat Terapèutica d'Els Til·lers (2009)

Pacients atesos	35
Altes	28

Font: Departament de Justícia i Departament de Salut

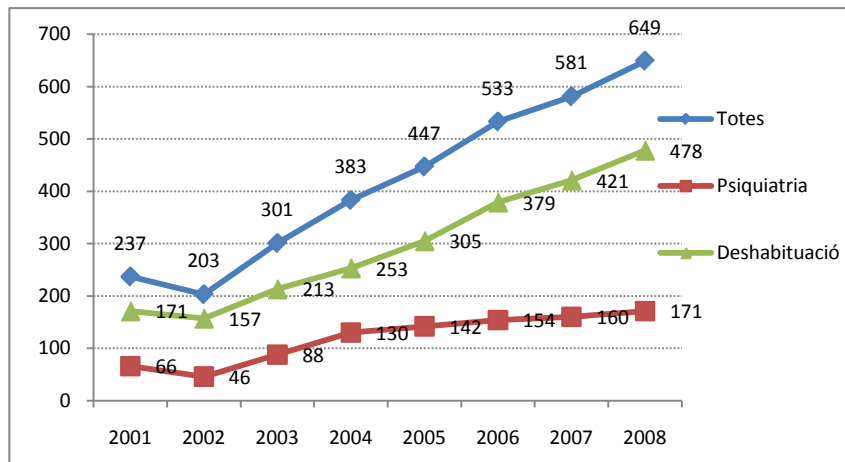
Els diagnòstics més prevalents atesos a la UT són els trastorns de personalitat, el retard mental, l'abús/dependència de substàncies i l'esquizofrènia. En la majoria de casos té lloc una forta comorbiditat de trastorn mental (TM), trastorn per l'ús de substàncies (TUS) i, a vegades, retard mental (RM).

3.5.3. Mesures de seguretat

L'evolució del nombre de sentències de mesures de seguretat (MS) avança paral·lela a l'increment de sentències de mesures penals alternatives (MPA). El primer semestre del 2008 aquesta xifra va ser de 4.743, mentre que el mateix període del 2009 fou de 7.908 demandes d'MPA, amb un increment, per tant, del 66,73%.

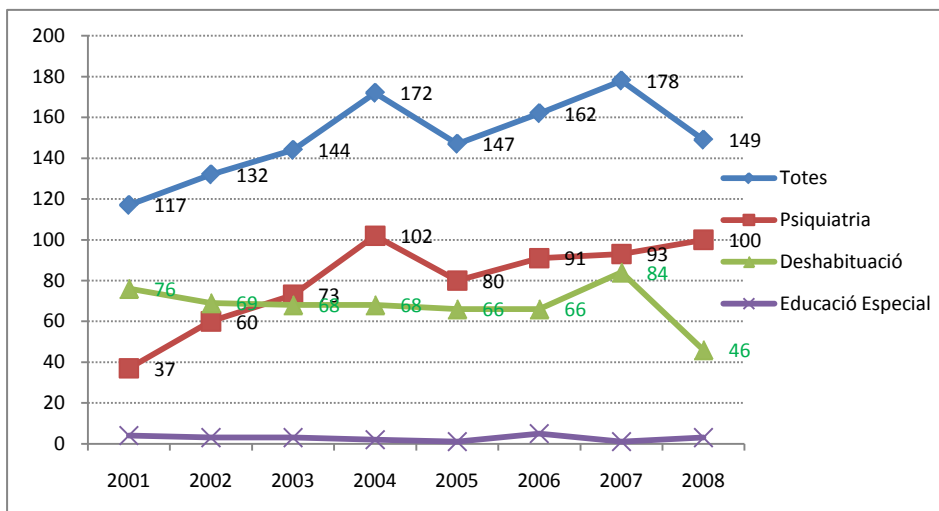
L'evolució de les MS d'internament psiquiàtric a Catalunya es mostra en els gràfics següents.

Gràfic 13. Evolució de les demandes judicials d'MS (tractament ambulatori)



Font: Departament de Justícia i Departament de Salut

Gràfic 14. Evolució de les demandes judicials d'MS (internament)



Font: Departament de Justícia i Departament de Salut

En l'actualitat, a Catalunya hi ha 261 persones que compleixen una mesura o obligació d'internament, de les quals només 105 estan ingressades en una unitat d'hospitalització convencional.

En un estudi realitzat el 14 de gener de 2010 pel Departament de Justícia es considerava que només 15 de 82 casos d'MS en CP eren allà per criteri explícit del jutge d'una major

seguretat. En aquella data, les MS ocupaven un 36,5% dels llits totals de psiquiatria (225), comptant-hi les infermeries psiquiàtriques i la UHPP.

La durada mitjana de les MS pot superar els set anys, cosa que contradiu les directrius generals del Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiA), que suggereix la inconveniència de perllongar l'hospitalització més enllà dels dos anys en els casos més greus.

El context legal que regula l'aplicació de les mesures de seguretat planteja la flexibilitat com a principi general d'actuació. És a dir, el que es pretén és que la modalitat de tractament, d'ingrés o ambulatori, sigui la que en cada moment correspongui a l'evolució del pacient en relació amb la seva patologia. D'acord amb això, cal promoure la transició del règim d'ingrés al tractament ambulatori, de manera que no es donin situacions d'internament que responen més a paràmetres de prevenció especial que no pas a necessitats d'intervenció.

Un element clau per assolir aquesta fita és la transformació dels diagnòstics i dels pronòstics basats en el concepte indeterminat de perillositat en paràmetres d'avaluació de riscos i necessitats.

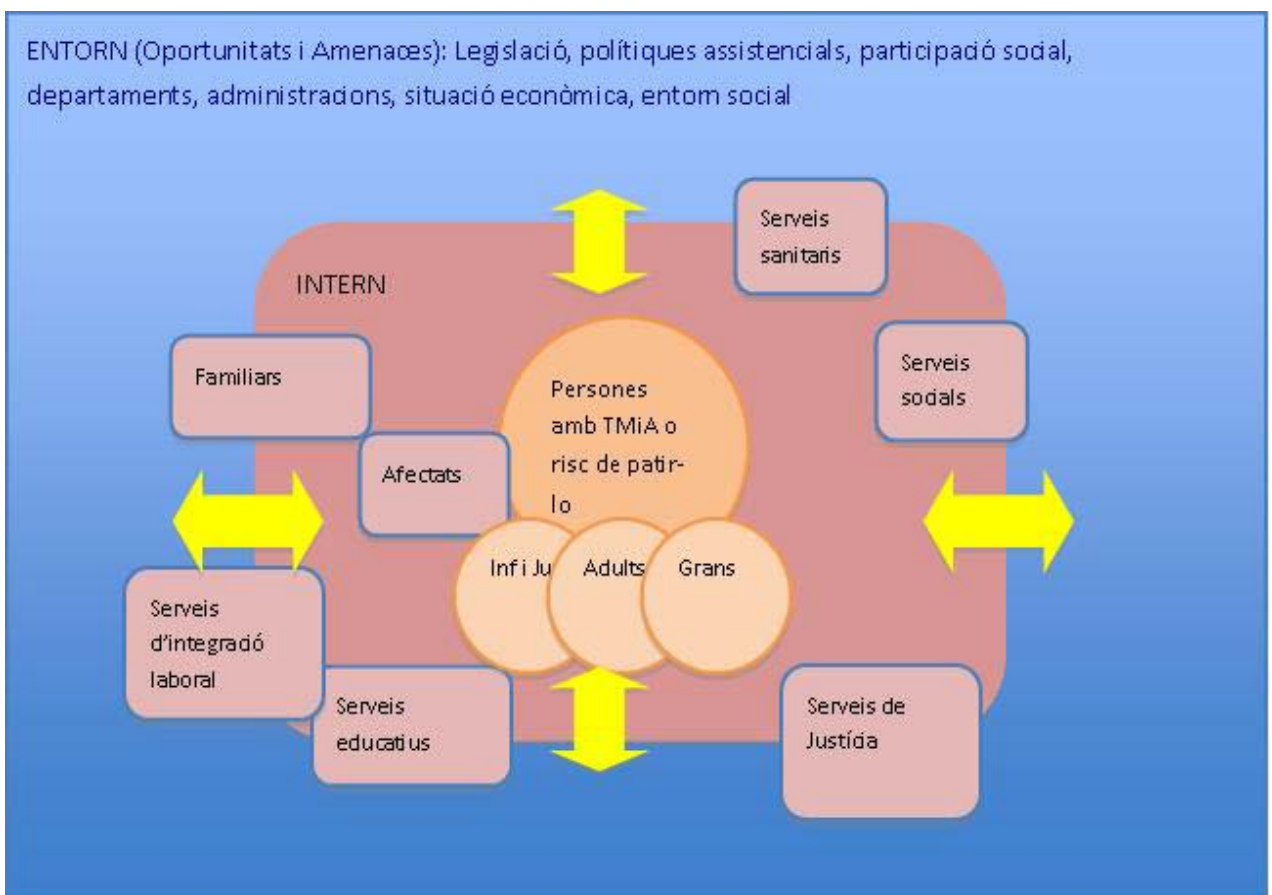
En aquest procés és imprescindible el manteniment del diàleg i l'acostament inicial entre les instàncies judicials i els dispositius assistencials.

4. Anàlisi estratègica (DAFO)

S'ha realitzat una primera anàlisi amb metodologia DAFO a partir del següent:

- Una definició de l'organització interna composta per la població amb trastorn mental o risc de patir-ne (afectats i familiars), juntament amb els grups de serveis involucrats (serveis sanitaris, socials, educatius, d'integració laboral i de justícia).
- Una definició de l'entorn que té en compte els elements conceptuals, de polítiques estratègiques públiques i legislatives en el marc de la Unió Europea, Espanya i Catalunya, així com l'escenari econòmic i social actual (figura 12).

Gràfic 15. Esquema general (entorn-intern) de l'anàlisi



4.1. Anàlisi DAFO

4.1.1. Entorn: amenaces i oportunitats

Amenaces	Oportunitats
<p>La complexitat dels afers públics genera visions bàsicament verticals sobre les necessitats. Es planifiquen i es desenvolupen serveis de manera vertical i no transversal.</p> <p>Hi ha diferents criteris i ritmes en la definició de les carteres de serveis dels diferents departaments de la Generalitat de Catalunya, així com en el seu desplegament.</p> <p>Hi ha diferents criteris de la participació en el copagament entre els diferents departaments de la Generalitat de Catalunya i les administracions locals.</p> <p>L'actual escenari de crisi econòmica limita el desenvolupament dels canvis en el model d'atenció i pot contribuir a incrementar la crisi del model de l'estat del benestar.</p> <p>Crisi dels valors socials i la funció educativa (família, escola, comunitat...).</p> <p>Els valors socials tendeixen a l'individualisme i al consum, poden incrementar l'exclusió social i la discriminació envers les persones més vulnerables.</p> <p>Tendència a l'increment de la freqüència de les malalties mentals i les addiccions en la població general.</p> <p>Tendència a psiquiatritzar els problemes complexos de la vida quotidiana.</p> <p>Estigma social molt intens envers les persones amb trastorns mentals.</p> <p>Increment de factors de risc i determinants socials associats a la malaltia de trastorn mental i al consum de substàncies. Increment dels col·lectius necessitats d'atenció especial (gent gran que viu sola, gent en atur, famílies monoparentals en situacions de risc, població penitenciària immigrant, joves vulnerables...).</p> <p>Dificultats en el disseny i l'aplicació del barem</p>	<p>Visió de salut pública i transversal en les polítiques europees de salut mental (Pla d'acció de salut mental d'Hèlsinki, any 2005, llibre verd de la salut mental de la Comissió Europea, IMPHA, etc.).</p> <p>El Pacte d'entesa reconeix la necessitat de desenvolupar el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.</p> <p>Increment de la sensibilitat i del compromís. Departaments de la Generalitat de Catalunya implicats en l'atenció a les persones amb problemes de salut mental.</p> <p>Aprovació de canvis normatius que consideren una visió més integral i la inclusió del col·lectiu de persones amb malaltia mental (Llei de serveis socials; Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència; creació de la Direcció General d'Igualtats d'Oportunitats, del Pla director de salut mental i addiccions, de la Subdirecció General de Reparació i Execució Penal a la Comunitat; reforma del reglament d'institucions penitenciàries i traspàs de serveis per a la salut, Llei d'infància, Llei de salut pública).</p> <p>Fortalesa de la societat civil catalana (tercer sector, entitats proveïdores de serveis, moviment associatiu, etc.).</p> <p>En l'àmbit sanitari s'ha prioritzat l'atenció als problemes de salut mental i addiccions en la mateixa línia que els problemes cardiovasculars o l'oncologia.</p> <p>Impuls de les polítiques assistencials per a la població de persones amb malaltia mental, amb una planificació que ha incrementat l'oferta de recursos socials i assistencials en tot el territori català.</p>

<p>de la Llei d'autonomia personal i atenció a la dependència en les persones amb malaltia mental.</p> <p>El reconeixement de la condició legal de discapacitat per a les persones amb malaltia mental a vegades resulta limitador, com per exemple pel que fa a l'accés als serveis de la xarxa pública de serveis del Departament d'Acció Social i Ciutadania.</p> <p>Manca de polítiques definides d'intervenció en la població més gran de 65 anys amb patologia mental activa. L'existència de criteris planificadors amb diferents distribucions territorials, entre els departaments de la Generalitat de Catalunya, dificulta el treball en xarxa.</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4.1.2. Intern: debilitats i forteses

Debilitats	Fortaleses
<p>Els projectes departamentals donen respostes parcials i excessivament reactives a problemes determinats.</p> <p>No hi ha coneixement suficient ni compartit del conjunt de recursos ni de la seva distribució territorial.</p> <p>La planificació i l'execució d'aquests serveis no s'ha fet d'una manera integral, compartida, ni amb visió territorial.</p> <p>Coexistència d'alguns serveis que responen més a raons històriques que a necessitats reals actuals (MILLE).</p> <p>Hi ha buits assistencials i duplicitats en el conjunt del sistema.</p> <p>Escassa optimització dels recursos professionals i econòmics.</p> <p>Disfuncions i contradiccions de les competències entre el Departament de Salut i el Departament d'Acció Social i Ciutadania, en alguns serveis i recursos (llarga estada psiquiàtrica, llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, psicogeriatria, etc.).</p> <p>Diferents models de concertació i gestió dels serveis (subvencions, convenis, concerts, etc.) i repercussió dels diferents convenis col·lectius.</p> <p>Dificultats internes dels mateixos col·lectius d'afectats i en l'entorn dels serveis per a la participació activa d'aquests col·lectius.</p> <p>Atenció domiciliària social i suport a l'habitatge per a persones amb TM poc desenvolupat.</p> <p>Poc reconeixement i suport insuficient a les famílies.</p> <p>Escassa funció directiva orientada al treball transversal i integral dels professionals, manca de formació i buits formatius en àrees especialitzades.</p> <p>Les diferents orientacions teòriques i assistencials determinen una gran variabilitat i una equitat territorial deficient.</p> <p>Dificultats ètiques i legals per compartir informació entre les diferents agències.</p> <p>Existència d'un sistema d'informació i participació pobre.</p>	<p>S'han desenvolupat projectes interdepartamentals per a temes específics.</p> <p>Reconeixement de la població amb TM en els serveis o estratègies dels diferents departaments (Justícia, Treball, Acció Social i Ciutadania, etc.).</p> <p>Molts departaments fan esforços per adaptar els seus serveis a les persones amb comportaments disfuncionals (USEE, residències per DI amb trastorns de conducta, salut mental i justícia, integració salut mental i drogues en l'àmbit sanitari, etc.).</p> <p>Moltes entitats proveïdores treballen des d'un enfocament transversal i interdepartamental.</p> <p>Creixent desenvolupament del moviment associatiu de familiars i usuaris.</p> <p>Participació de les associacions d'afectats en òrgans o consells de participació dels diferents departaments o administracions (Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions; taules tècniques d'SM; comissió del model d'inserció laboral; Institut Municipal de Persones amb Discapacitat, etc.).</p> <p>Hi ha hagut un creixement important de recursos per a l'atenció a les persones amb problemes de salut mental des dels diferents departaments.</p> <p>Creixent interès dels professionals per l'atenció amb caràcter transversal i integral.</p> <p>Creixent interès, també, per la rehabilitació comunitària i la integració social de les persones amb malaltia de trastorn mental i addiccions. Promoció d'aquests objectius.</p>

5. Claus estratègiques del Pla Integral

Com a resultat d'aquesta primera descripció, podríem exposar alguns eixos estratègics que marcaran l'elaboració del Pla Integral:

1. Tant des de les estratègies europees com des dels instruments de planificació espanyol i català, s'ha subratllat la necessitat d'abordar el repte que representa la millora de la salut mental de la població des d'una òptica transversal i de salut pública. L'objectiu estratègic final d'aquest repte és una societat composta per persones més sanes, més pròsperes i amb més competències per afrontar les seves vides, on els grups més vulnerables i afectats per la "loteria de la vida", utilitzant l'expressió de John Rawls, trobin, en equitat, les condicions per desenvolupar-se en igualtat d'oportunitats i en el reconeixement de la seva diferència.

Clau estratègica

El Pla integral és la concreció d'una estratègia política que entén la salut mental com un repte transversal que no només busca produir millores en les condicions de vida de les persones amb TM, sinó també en el conjunt de la societat.

2. És el conjunt de la societat, i no només l'Administració o la generació de serveis, qui realment pot afrontar aquest repte amb garanties.

Claus estratègiques

1. Cal que les intervencions sobre la salut mental i les poblacions afectades incorporin estratègies transversals de promoció de la salut i prevenció dels trastorns, per mirar d'influir en els determinants socials del procés salut-malaltia tenint en compte, també, la perspectiva de gènere.
2. De les variables més significatives que influeixen en aquest procés cal destacar l'evolució de l'imaginari social respecte de les malalties mentals, i en concret les actituds de por i rebuig que encara estigmatitzen les persones afectades i les seves famílies.
3. Tot i les enormes dificultats de la tasca que s'ha d'acomplir, i des de la seva posició, el Pla integral no hauria de renunciar a realitzar directament una política de comunicació activa adreçada a la població general i a grups d'influència rellevants (com ara els mitjans de comunicació) sobre valors socials positius i la funció educativa, entre altres qüestions, tot estimulant que d'altres (com ara entitats del tercer sector, proveïdors, escoles, etc.) també ho fessin.

3. La participació i el compromís dels ciutadans ha de ser alhora un important generador de recursos comunitaris i un instrument de canvi. Les persones amb trastorns i els familiars han de ser realment reconeguts com a agents i protagonistes en tots els nivells del sistema.

Claus estratègiques

El Pla Integral ha de representar un progrés significatiu en la participació dels afectats en primera persona en tots els nivells. Cal generar condicions que millorin l'apoderament i les competències dels afectats, així com les facilitats dels serveis per fer-hi possible la participació.

Les famílies han de poder ser també reconegudes en les seves necessitats d'atenció com a usuàries i, si s'escau, com a cuidadores que cooperen en la recuperació.

4. En l'escenari de crisi econòmica estructural en què som, apareix més clarament el risc de la crisi o fins i tot el retrocés de l'estat del benestar. En qualsevol cas és probable que es generin noves contradiccions que facin minvar els recursos públics i incrementar les desigualtats i les tendències d'exclusió. El repartiment del valor treball ja en resulta clarament afectat.

Claus estratègiques

El Pla Integral representa una opció d'equitat i reequilibri justament a favor dels més vulnerables, aporta valor afegit per a la seva igualtat i inclusió social.

El valor del treball és un bé especialment transcendent per a la integració de les persones en situació d'exclusió social.

Tot i l'escenari econòmic, seran necessaris nous recursos. La integració de serveis ha de ser també una oportunitat per a l'eficiència, ja des de la planificació. Caldrà un desenvolupament gradual, amb criteris de prioritat, sostingut i sostenible, que no desaprofiti les oportunitats de reconversió o reactualització que siguin necessàries.

5. Les persones afectades per un trastorn mental han de poder viure i desenvolupar-se en entorns normalitzats. L'habitatge és un dels recursos que més i millor pot garantir la seva inserció en el teixit comunitari.

Claus estratègiques

El Pla integral ha de permetre la plena inclusió comunitària de les persones amb trastorn mental a través del desenvolupament d'una gamma variada de dispositius residencials i de suport a l'habitatge que donin una resposta integrada, tant sanitària com social, a les necessitats diverses dels usuaris.

6. Les necessitats d'atenció integral afecten de manera diferent diversos grups de població de totes les edats. La distribució de competències de l'Administració pública fa que grups sencers de persones vulnerables (per tant, amb factors de risc de TM i A significatius o amb TM i A establerts) es trobin obligatòriament sota la seva àrea d'acció. El Pla integral ha d'identificar aquests grups i plantejar-se quines han de ser les intervencions més apropiades.

Claus estratègiques

El Pla integral ha de tenir en compte de manera específica els grups diana següents:

- La primera infància amb factors de risc significatius per al seu desenvolupament i la seva SM, tant en l'àmbit familiar com en el dels serveis de protecció a la infància.
- Els nens i adolescents en edat escolar, tant en l'àmbit educatiu com en el laboral en situació judicial o en el de serveis de protecció a l'adolescència i juvenil.
- Els adults amb trastorn mental greu amb necessitats sanitàries i socials específiques.
- Les persones amb TM i Addiccions en l'àmbit laboral, prestant una atenció específica a la perspectiva del gènere.
- Les persones sotmeses a una situació penal, tant si es tracta d'interns dels centres penitenciaris com de persones amb mesures de seguretat per causa de la malaltia mental.
- Les persones grans, en les quals els factors de risc biològics, emocionals i socials) s'incrementen.
- Els adults amb trastorn mental greu amb necessitats sanitàries i socials específiques, prestant una atenció específica a la perspectiva del gènere.

7. Els progressos significatius que s'han fet en el reconeixement de les poblacions afectades per TM i A per part de diferents departaments de la Generalitat de Catalunya no han anat encara prou acompanyats de la voluntat necessària per planificar i gestionar els serveis de manera compartida. Aquesta situació no ha obstaculitzat la formació de taules de cooperació quan ha calgut, ni el desenvolupament de projectes interdepartamentals de gran transcendència.

Claus estratègiques

El Pla Integral ha de ser un instrument de suport que ajudi el Govern de la Generalitat de Catalunya no només a impulsar lleis que protegeixin les persones amb trastorn mental i addiccions per a la seva inclusió social i defensa dels seus drets, sinó també a analitzar l'impacte que les diverses normatives sectorials puguin tenir sobre la salut mental.

El Pla s'hauria de dotar d'elements organitzatius bàsics, que permetessin la planificació i l'avaluació integrada dels serveis involucrats en les poblacions diana.

8. La distribució territorial en la qual s'organitza cada departament és diversa, cosa que dificulta el treball en xarxa. D'altra banda, la manca de direcció efectiva de les estratègies d'integració en el territori fa que el resultat final sigui també molt desigual en el conjunt del país, en funció de les condicions locals i de les aptituds de les persones que hi intervenen.

Claus estratègiques

S'hauria de consensuar un model d'accés i de gestió territorial del Pla Integral.

Tots els territoris haurien de disposar d'un registre o cens dels recursos i serveis existents i d'un pla d'acció realista, d'acord amb un model general consensuat.

9. Constatem la tendència positiva de moltes entitats públiques o concertades, dels diferents àmbits, d'entendre la seva tasca des d'una òptica transversal i de cooperació. Així mateix, hi ha prou experiència arreu de Catalunya en tota mena de col·laboracions bilaterals. Tanmateix, també s'identifiquen limitacions en la formació dels professionals i directius per al treball en xarxa, així com una excessiva variabilitat en les intervencions i els models d'atenció.

Claus estratègiques

Cal un pla de comunicació permanent amb les entitats i proveïdors.

S'han d'estudiar les necessitats formatives dels professionals de les diferents agències en relació amb el Pla Integral i cal establir un pla de formació adaptat a la situació dels diferents departaments.

6. Línies estratègiques

Línia estratègica 1	Promoció de la salut mental i impuls de les accions necessàries per al desplegament del programa de lluita contra l'estigma
Línia estratègica 2	Promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, social i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat
Línia estratègica 3	Promoció de la participació ciutadana i social de les persones afectades i promoció dels seus drets en els entorns assistencials
Línia estratègica 4	Promoció i millora dels programes de suport a les famílies curadores de les persones amb trastorn mental
Línia estratègica 5	Promoció de les accions necessàries per a la consecució activa de la inclusió comunitària de les persones adultes amb TM greu i addiccions
Línia estratègica 6	Promoció de les accions necessàries per a la inserció laboral de les persones adultes amb TM greu
Línia estratègica 7	Millora de l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en l'àmbit judicial, per a les persones en situació de privació penal de llibertat i mesures de seguretat
Línia estratègica 8	Millora i promoció de l'atenció integral de les persones grans en el seu entorn habitual i residencial substitutori de l'habitatge
Línia estratègica 9	Lideratge i gestió del canvi. Planificació i organització del Pla integral. Pla de qualitat i millora contínua, necessitats formatives, foment de la recerca i pla de comunicació
Línia estratègica 10	Planificació operativa i impuls de les accions necessàries per a la consecució de la integració en la gestió territorial dels recursos socials, sanitaris i educatius. Elaboració d'un únic mapa i establiment de l'accés integrat i territorialitzat

Línia estratègica 1. Promoció de la salut mental i impuls de les accions necessàries per al desplegament del programa de lluita contra l'estigma

La salut mental és un valor per si mateix, contribueix a la salut general, al benestar individual i col·lectiu i a la qualitat de vida. També té un important paper en la societat i en l'economia, perquè fa que hi hagi un millor funcionament social i incrementa la productivitat i el capital social.

Des del punt de vista europeu, aquesta és una dimensió essencial, d'acord amb la Declaració de Lisboa sobre l'estratègia de desenvolupament sostenible, la Declaració d'Hèlsinki (Pla d'acció europeu per la salut mental) i el projecte del *Llibre verd de la salut mental a Europa*.

Els resultats de l'experiència assistencial centrada exclusivament en la provisió de serveis d'atenció demostra que per aconseguir millors nivells de salut mental positiva no n'hi ha prou de tractar els trastorns mentals, sinó que són necessàries polítiques, estratègies i intervencions dirigides de forma específica a millorar-la. Per això és necessari canviar l'èmfasi que parteix de l'òptica tradicional, centrada en els trastorns mentals, per una nova perspectiva que prengui en consideració la promoció de la salut mental.

Les proves que demostren l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions de promoció i prevenció són cada cop més segons l'OMS. Malgrat això, la promoció de la salut mental no ha estat assumida com una tasca sistemàtica des dels serveis de salut mental, a causa, entre altres raons, del fet que no és una competència exclusiva dels serveis de salut, sinó que és una tasca intersectorial i multidisciplinària que necessita la implicació de diferents departaments de la Generalitat i administracions locals. Això comporta una complexitat important de lideratge, gestió i organització.

D'acord amb la declaració de la publicació *Mental Health Promotion and Mental Disorders Prevention. A Policy for Europe*, els estats membres han de disposar d'un pla d'acció per a la promoció de la salut mental i la prevenció de trastorns mentals, amb 10 àrees d'intervenció:

- Donar suport als pares i mares en el període de criança i en les edats inicials de la vida.
- Promoure la salut mental a les escoles.
- Promoure la salut mental en el treball.
- Promoure l'envelliment saludable.
- Atendre grups de risc amb trastorns mentals.
- Prevenir la depressió i el suïcidi.
- Prevenir la violència i l'ús de substàncies tòxiques.
- Implicar l'atenció primària i especialitzada en accions de promoció i prevenció.
- Reduir al màxim possible les situacions de desavantatge social i econòmic i prevenir l'estigma.

- Incrementar les activitats d'enllaç i cooperació amb altres sectors.

D'altra banda, les persones amb trastorns de salut mental continuen patint l'exclusió social, l'estigmatització, la discriminació i la manca de respecte envers els seus drets fonamentals amb una intensitat molt gran. Hi ha evidència contrastada en diverses investigacions que l'estigma que pateixen les persones amb TM és molt intens i que fa que augmentin de manera molt significativa les dificultats d'integració social i laboral.

La Unió Europea, al *Llibre verd de la salut mental a Europa* (2005), diu: "Aquestes persones topen amb la por i els prejudicis dels altres, sovint basats en una concepció distorsionada del que són els trastorns mentals. L'estigmatització, a més d'augmentar el patiment personal i l'exclusió social, pot impedir l'accés a l'habitatge i el treball, i fins i tot pot fer que la persona afectada no busqui ajuda per por que se l'etiqueti". El mateix llibre verd col·loca entre els seus quatre objectius principals el de fomentar la integració de les persones amb trastorns mentals i assenyala l'estigmatització com un factor clau d'aquesta integració. La Declaració d'Hèlsinki de l'OMS també va definir la lluita contra l'estigma associat al trastorn mental com un dels cinc punts bàsics del seu programa per a Europa.

Punts forts

- Creixent preocupació de la societat civil i de les administracions públiques per la problemàtica que genera la pèrdua de la salut mental.
- Hi ha un abundant context normatiu de la Unió Europea que ha permès posar en marxa diverses iniciatives per unir els esforços de tots els països en una mateixa direcció. Destaca la proposta Mental Health Promotion and Mental Disorders Prevention. A Policy for Europe, en la qual es defineix una prioritat clara: cada estat membre europeu ha de disposar d'un pla d'acció per a la promoció de la salut mental i la prevenció de trastorns mentals.
- La Unió Europea ha declarat la salut mental com un dels cinc objectius prioritaris (Declaració d'Hèlsinki, 2005).
- Catalunya va coordinar el projecte europeu IMHPA (Implementing Mental Health Promotion Action). Aquesta xarxa tenia com a objectiu desenvolupar i difondre estratègies basades en proves per a la promoció de la salut mental i la prevenció de trastorns mentals a Europa, i facilitar-ne la integració en les polítiques i programes nacionals.
- Aprovació del Pla de salut pública.
- Publicació del Pla d'acció per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya 2010-2013.
- En l'àmbit de l'Estat espanyol i el Sistema Nacional de Salut, la primera línia estratègica del Pla d'Estratègia en Salut Mental, 2010-2013 defineix el Pla de lluita contra l'estigma.
- L'Estratègia de salut mental del Sistema Nacional de Salut i el Pla Director de Salut Mental i addiccions inclouen com a línies estratègiques la promoció de la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals.
- A Catalunya, el Pla Director de Salut Mental i Addiccions defineix la lluita contra l'estigma com una prioritat.

- Hi ha un compromís institucional de les administracions públiques catalanes per actuar conjuntament i donar suport a un Pla de Lluita contra l'Estigma.
- Reforma de la salut pública i aprovació de la Llei de salut pública per part del Parlament de Catalunya.
- A Catalunya, des del Departament de Salut, es van desenvolupant diferents projectes:
 - Programa pilot de prevenció de la depressió en APS.
 - Guies de bones pràctiques per a professionals sanitaris.
 - Programa de promoció de la salut mental basat en competències socioemocionals.

Punts febles

- Dificultat dels governs per prioritzar les polítiques de promoció i prevenció perquè els resultats són a mitjà i llarg termini.
- Conjuntura actual de crisi, que afavoreix l'aparició de problemes vinculats a la malaltia mental, alhora que dificulta l'increment i el desplegament de programes preventius i d'intervenció precoç.
- El creixent aïllament com a valor social predominant.
- Increment del consum de substàncies tòxiques.
- Tendència cada cop més accentuada a "etiquetar" els problemes conductuals com a trastorns greus i a buscar solucions en l'entorn de la intervenció psiquiàtrica.
- Difusió esbiaixada i estigmatitzadora per part dels mitjans de comunicació en la informació de delictes comesos per persones amb trastorns mentals.
- Insuficient coordinació, coresponsabilitat i sinergia entre els diferents departaments implicats.

Objectiu general 1. Promoure la salut mental entre la població general

- Objectiu específic 1. Desplegar els programes de promoció de la salut mental que es coordinen des de Catalunya a escala internacional i nacional.
- Objectiu específic 2. Dissenyar mesures específiques de prevenció i promoció de la salut mental, adreçades a les dones.
- Objectiu específic 3. Potenciar els factors de protecció de la salut mental de la població en les diferents etapes del cicle vital.

Objectiu general 2. Definir i impulsar campanyes de lluita contra la discriminació i l'estigma de les persones amb trastorn mental a diferents nivells de la societat

- Objectiu específic 1. Difondre la situació d'estigmatització i les necessitats de les persones amb trastorn mental. Generar sensibilització pública entorn d'aquesta problemàtica.
- Objectiu específic 2. Promoure l'acceptació social de les persones amb trastorn mental en tots els àmbits, així com la valoració del paper de les famílies i el suport a aquestes famílies.
- Objectiu específic 3. Incrementar el grau de coneixement sobre la malaltia mental, mites i creences errònies, els factors protectors i les conseqüències, entre les persones afectades, la població general, i professionals i agents implicats.
- Objectiu específic 4. Garantir una comunicació precisa integradora, respectuosa i no discriminatòria entre les accions de comunicació dels departaments implicats en el Pla integral.

Objectiu general 3. Aconseguir la implicació de les institucions: departaments de la Generalitat, Administració local, associacions de familiars i d'usuaris, proveïdors i professionals

- Objectiu específic 1. Definir una estratègia de direcció política de l'estratègia de lluita contra l'estigma amb la participació de les administracions públiques.
- Objectiu específic 2. Definir una estratègia per desenvolupar l'operativa de l'estratègia i de les accions de la lluita contra l'estigma, amb la participació de les organitzacions d'usuaris, les organitzacions de familiars i les organitzacions proveïdores de serveis.
- Objectiu específic 3. Definir les accions que s'han de desplegar durant el període 2010-2014 i dissenyar la imatge de marca de la campanya de lluita contra l'estigma.

Objectiu general 4. Elaborar programes de prevenció i intervenció, en el procés salut-trastorn, en relació amb les patologies emergents

- Objectiu específic 1. Elaborar una guia de comportaments saludables i de prevenció del possible patiment de trastorn mental, per a la població adulta, que tingui en compte la perspectiva de gènere.
- Objectiu específic 2. Elaborar una guia de comportaments saludables i de prevenció del possible patiment de trastorn mental, per a la població jove i adolescent.
- Objectiu específic 3. Dissenyar un programa de detecció de les conductes addictives, en la població adolescent i jove.
- Objectiu específic 4. Elaborar una guia de comportaments saludables en relació amb el binomi salut mental-addiccions, com a prevenció del trastorn mental.

Línia estratègica 2. Promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, social i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat

2.1. Població de 0-5 anys

Diversos estudis internacionals accepten i confirmen que és una franja d'edat d'alt risc per al desenvolupament de trastorns vinculats a la salut mental, ja que és l'etapa de maduració del cervell i del desenvolupament de la conducta emocional i de les competències comunicatives i socials. A més, el desenvolupament i la qualitat de les competències parentals estan involucrades en els processos de desenvolupament de l'infant en aquesta etapa. Per aquest motiu, les intervencions prioritàries en aquesta etapa s'han d'orientar a promoure, d'una banda, la prevenció primària en la població general i la població de risc; de l'altra, la prevenció secundària (detecció i intervenció precoç), i finalment l'atenció especialitzada a la població amb trastorns mentals. Així mateix, cal que les intervencions es duguin a terme des d'una visió integral, *des dels i en els* entorns naturals de l'infant (família, escola bressol) i amb els diferents serveis de les xarxes sanitàries, educatives i socials. En el desplegament del model d'atenció a la petita infància s'identifiquen punts forts i punts febles.

Punts forts

- Desenvolupament del programa d'activitats preventives a l'edat pediàtrica (protocol del nen sa) i del protocol específic de salut mental.
- Existència d'un nombre important de recursos i serveis d'atenció en aquesta franja de població (equips de pediatria, unitats de neonatologia infantil, centres de desenvolupament i atenció precoç, centres de salut mental infantil i juvenil, equips d'assessorament psicopedagògic, etc.).
- Desenvolupament d'algunes experiències territorials d'integració funcional dels CSMIJ i CDIAP amb protocols conjunts de detecció precoç, intervenció i compartició professionals.
- Desenvolupament territorial de la CTIC per a la coordinació dels diferents equipaments d'atenció a la infància i l'adolescència amb discapacitat o risc de patir-ne.
- Desenvolupament del programa d'atenció a la població infantil i juvenil amb trastorns mentals greus.
- Desenvolupament del programa de suport als centres de la DGAIA.
- Desenvolupament de programes d'atenció al nen víctima d'abús i maltractament.
- Treball amb les famílies des de les diferents xarxes (sanitària, social i educativa).
- Elaboració del Pla integral d'atenció a l'autisme amb professionals de l'àmbit sanitari, social i educatiu.

Punts febles

- Malgrat els programes disponibles, no es desenvolupen prou activitats de promoció de la salut mental i prevenció enfocant la psicopatologia precoç sobre l'infant, la parentalitat i la relació de cures.
- En general, hi ha poca formació en psicopatologia en aquesta etapa de la vida i poca formació dels equips de pediatria en la detecció precoç de factors de risc i senyals d'alarma.
- Problemes en l'avaluació diagnòstica: hiperdiagnòstic del trastorn d'espectre autista precoç, hipodiagnòstic de la depressió.
- Assistència erràtica: dels trastorns greus de l'alimentació precoç; dels trastorns relacionals de criança amb risc per al desenvolupament sense component de precarietat social; de les poblacions de risc per al desenvolupament per patir complicacions mèdiques complexes i amb risc vital els primers anys de vida.
- Duplicitats d'intervenció i buits assistencials entre les diferents xarxes d'atenció (CDIAP, CSMIJ, neuropediatria hospitalària...). No hi ha coordinació entre els serveis ni una visió integrada de l'atenció en aquesta etapa.
- Manca de protocols i guies consensuades per a l'atenció dels problemes de salut mental més greus.
- Hi ha diferents pràctiques d'atenció a aquesta franja d'edat per part dels CSMIJ. Un nombre important deleguen molta part de la intervenció en els CDIAP més per criteris organitzatius que tècnics, associats a la sobrecàrrega de treball. Manca coordinació amb els EAP en l'escolarització de l'alumnat.

2.2. Edat escolar

És reconegut internacionalment el fet que l'escola és un lloc idoni per a la detecció precoç de conductes vinculades a trastorns mentals. El mestre o la mestra i l'escola com a sistema tenen la possibilitat d'influir positivament en la salut mental dels nens, mitjançant la promoció de factors de protecció de la salut emocional en els alumnes, en la prevenció de problemes i de situacions de risc, i en la detecció de conductes vinculades a trastorns mentals, així com en l'adaptació dels projectes psicoeducatius en l'acció educativa. En un estudi recent encarregat pel Departament d'Educació sobre els problemes del comportament en els infants i adolescents s'observa que els problemes de salut mental tenen un gran impacte en l'entorn escolar, social i familiar, que requereix adequar les mesures organitzatives, pedagògiques, curriculars i de suport familiar en l'entorn escolar, de formació al professorat i de treball conjunt entre el sector sanitari i educatiu. Per tant, en aquesta etapa hi ha poblacions de risc i col·lectius especialment vulnerables en els quals és molt important la prevenció i la detecció precoç, així com l'atenció especialitzada des d'una visió transversal. En el desplegament del model d'atenció a l'edat escolar s'identifiquen punts forts i febles.

Punts forts

- S'han promogut accions interdepartamentals entre Salut i Educació per a la millora de la prevenció en salut mental i addiccions i per a l'atenció especialitzada als alumnes amb trastorns mentals.
- Desenvolupament del programa Salut i escola en els alumnes de 3r i 4t d'ESO.

- Desplegament de les Unitats de Suport a l'escolarització Especial (USEE) amb suport dels CSMIJ de referència.
- Suport especialitzat als centres d'educació especial.
- Desplegament d'hospitals de dia amb dotació de personal docent.

Punts febles

- El programa Salut i escola només s'ha desenvolupat a 3r i 4t d'ESO. Caldria desenvolupar programes preventius tant a l'educació primària com a la secundària.
- Necessitat de formació dels professionals de l'educació per a la detecció i l'atenció educativa a alumnes amb problemes de salut mental.
- Necessitat de donar suport i pautes als educadors per al treball amb alumnes amb problemes de salut mental.
- Necessitat de generalitzar la coordinació entre serveis i la comprensió d'un treball transversal centrat en les necessitats dels nens, així com l'elaboració dels plans integrats d'atenció que considerin l'atenció especialitzada, psicoterapèutica i psicoeducativa.
- Necessitats formatives dels professionals dels centres residencials de la DGAIA.
- Desplegament del model d'atenció a la població infantil vulnerable.
- Dificultats en l'atenció a la població immigrant i necessitats de mediadors.
- Falta de generalització i homogeneïtzació dels programes.
- Necessitat de desplegar noves tipologies de recursos per a aquesta etapa (hospitals de dia).

2.3. Població adolescent

L'adolescència és una fase de desenvolupament especialment vulnerable en funció dels canvis maduratiu/genètics, neurohormonals, corporals, cognitius, emocionals i psicosocials. És el període en què es consoliden els valors, les actituds, els estils de vida, tan importants per a la salut futura dels adolescents i joves. En aquesta etapa es fa imprescindible que els professionals de l'educació, de la salut, de l'esport i d'àmbits socials en general estiguin preparats, es coordinin i tinguin eines suficients per observar, detectar i prevenir possibles alteracions en aquest procés de creixement.

Alguns problemes de salut dels adolescents, com els trastorns mentals i el consum de tòxics, solen tenir etiologia multifactorial. Els factors que hi influeixen poden ser de tipus personal, familiar, sociocultural, etc. En els darrers anys s'observa un increment de conductes de risc i de consum de drogues entre els adolescents; cada cop es detecten més trastorns de conducta i possibles patologies psiquiàtriques en edats més primerenques.

Cal tenir especial cura amb les persones amb risc psicosocial, que cada vegada són més ateses al territori i, per tant, arriben als centres de menors en situacions molt més greus, on a més s'afegeixen experiències familiars disfuncionals i amb trencament de vincles importants.

Per tant, des d'aquesta anàlisi els aspectes més rellevants en aquesta etapa són els següents:

- Desplegament del programa Salut i escola, amb activitats de prevenció, detecció precoç de problemes de salut mental i addiccions, i consulta oberta d'infermeria.
- Desplegament del programa de psicosis incipient.
- Desplegament de les unitats de suport a l'escolarització especial (USEE).
- Desplegament d'hospitals de dia per a adolescents amb dotació de docent.
- Programes d'atenció als adolescents amb problemes de consum.
- Programa de col·laboració Salut-DGAIA per a l'atenció als adolescents que són a CRAE.
- Implementació del servei educatiu específic de suport a alumnat amb trastorns del desenvolupament i de la conducta (SEETDiC) en l'àmbit educatiu.
- Model d'atenció en salut mental i addiccions als menors de justícia juvenil. Posada en marxa de la Unitat Terapèutica d'Els Til·lers i suport als centres educatius.
- Posada en marxa d'alguns centres residencials per a adolescents amb discapacitat intel·lectual i TM greu.

Punts febles

- Insuficient desenvolupament dels programes preventius en l'entorn escolar, social o del lleure.
- Necessitat de formació dels professionals de l'àmbit educatiu i social en la prevenció i detecció de trastorns mentals i addiccions.
- Poca visió integral i transversal de l'atenció a la població d'adolescents amb trastorns mentals i addiccions, amb respostes molt reactives des del sistema i amb manca d'un model conjunt d'atenció.
- Necessitat de més acompanyament en la transició a l'etapa adulta, tant des de la visió assistencial, com des de la visió social i laboral.
- Manquen recursos intermedis:
 - Recursos de tipus residencial-escolar per a adolescents amb problemes de conducta i consum de tòxics que no es puguin controlar bé en l'àmbit ambulatori.
 - Centres de dia per a adolescents.
 - No s'han creat programes d'intervenció en crisi a domicili per a adolescents tancats a casa o que no volen anar a consultes, ni s'han estès els programes desenvolupats per a l'edat adulta, els programes PSI i els serveis de l'EMSE. Els CSMIJ no disposen de recursos per atendre a domicili i per desplegar programes PSI, malgrat que són el referent per a la població, dins d'un enfocament integral d'atenció.
- Insuficient presència d'infermeria en la majoria de CSMIJ i hospitals del dia.
- No es disposa de recursos de caràcter més residencial amb suport sanitari per a adolescents que no siguin tutelats per l'Administració.

Objectiu general 1. Millorar la prevenció dels problemes de salut mental i la detecció precoç de trastorns mentals i addiccions

- Objectiu específic 1. Promoure la formació específica als professionals de l'entorn sanitari, social i educatiu per a la prevenció dels problemes de salut mental i la detecció precoç de factors de risc i senyals d'alarma, incloent-hi l'abordatge del consum de drogues.
- Objectiu específic 2. Dissenyar un programa de promoció de la salut mental i prevenció de trastorns mentals en la primera infància (0-5 anys), que integri les diferents accions que es desenvolupen des dels diferents àmbits (protocol del nen sa, activitats preventives des dels serveis socials, suport a les escoles bressol, etc.).
- Objectiu específic 3. Dissenyar programes de prevenció i detecció precoç de problemes de salut mental i addiccions.

Objectiu general 2. Promoure la integració funcional en xarxa i amb base territorial dels diferents serveis i equipaments d'atenció a la primera infància

- Objectiu específic 1. Definir el model d'intervenció en la primera infància en situació de risc de tenir trastorn mental.
- Objectiu específic 2. Dissenyar i desenvolupar les unitats funcionals amb la participació dels CSMIJ i dels CDIAP, en íntim contacte amb pediatria d'AP, unitats de neonatologia i els EAP.
- Objectiu específic 3. Desenvolupar el Pla Integral d'atenció als nens amb trastorns de l'espectre autista (TEA).

Objectiu general 3. Promoure l'atenció integral als alumnes amb trastorns mentals

- Objectiu específic 1. Establir una línia de cooperació entre els CSMIJ, els centres educatius i els EAP. Definir els nivells d'informació compartida i els aspectes ètics de compromís en el secret professional.
- Objectiu específic 2. Incorporar les aportacions dels CSMIJ en el disseny de la intervenció educativa dels nens amb trastorn mental.
- Objectiu específic 3. Dotar els mestres i professionals educatius d'eines per a la intervenció educativa amb els familiars dels joves que consumeixen drogues.

Objectiu general 4. Oferir atenció integral a la població adolescent vulnerable que és a centres de la DGAIA i a centres de justícia juvenil

- Objectiu específic 1. Desenvolupar el nou Pla d'actuació integral a la població dependent de la DGAIA.
- Objectiu específic 2. Desenvolupar el nou Pla d'actuació integral a la població dependent de justícia juvenil.
- Objectiu específic 3. Facilitar eines i recursos als professionals de la DGAIA i centres de justícia juvenil per a l'abordatge integral del consum de drogues.

Objectiu general 5. Oferir atenció integral i específica a la població infantil i juvenil amb patologies emergents i greus trastorns de la personalitat, del comportament o amb conductes addictives

- Objectiu específic 1. Elaboració d'un pla d'atenció integral i específic a la població infantil i juvenil amb patologies emergents i greus trastorns de la personalitat, del comportament o amb conductes addictives.
- Objectiu específic 2. Dotar d'eines i recursos els pares en relació amb la intervenció en consums problemàtics.

Objectiu general 6. Fomentar la continuïtat en l'accés al món laboral i la vida adulta de la població adolescent

- Objectiu específic 1. Desenvolupar programes d'integració a la vida laboral i de suport a l'habitatge, fomentar la continuïtat en la formació de la població vulnerable.

Objectiu general 7. Completar els equipaments d'atenció als infants i adolescents

- Objectiu específic 1. Estudiar la necessitat d'hospitalització parcial i d'unitats d'observació, diagnòstic i tractament de 0 a 5 anys.
- Objectiu específic 2. Estudiar la necessitat d'interconsultes hospitalàries en l'etapa de 0 a 5 anys, especialment per a grups de població d'alt risc, com els nens amb trastorns perinatals, oncològics, crònics o invalidants, a fi que rebin atenció mitjançant protocols de suport al desenvolupament i a la família.
- Objectiu específic 3. Desenvolupament d'unitats funcionals CSMIJ-CDIAP-EAP.
- Objectiu específic 4. Estudiar la necessitat d'hospitals de dia per a nens i nenes en edat escolar, amb dotació de professionals de Salut i d'Educació.
- Objectiu específic 5. Estudiar la necessitat de recursos intermedis per a la població adolescent amb visió d'integralitat.

Línia estratègica 3. Promoció de la participació ciutadana i social de les persones afectades i promoció dels seus drets en els entorns assistencials

L'aparició d'un trastorn mental comporta un canvi estructural en la vida quotidiana de les persones afectades (rutina, projecte de vida, relacions socials, obligacions laborals i formatives, etc.) i genera una situació de confusió extrema i una forta vivència de malestar, patiment i rebuig.

La persona amb trastorn mental necessita una escolta més activa que reculli la seva vivència de la realitat; ha de rebre una explicació, respecte a la seva malaltia i les opcions de tractament, que la prepari per percebre els factors predictors de les crisis i la faci particip del procés terapèutic. És a dir, ha de ser considerada com un agent actiu del procés terapèutic i se n'han de respectar els drets. La culpabilització —a un mateix, a la família— és un element que aparentment pot donar sentit a una experiència traumàtica, com pot ser la vivència d'un trastorn mental. Tanmateix, les seves conseqüències poden ser molt negatives i, per això, cal que les intervencions terapèutiques tractin aquestes situacions i donin les eines de suport per evitar-ne l'aïllament i potenciar-ne la socialització.

L'accés als serveis, i la seva suficiència i qualitat tècnica i humana, són factors primordials en l'èxit d'aquest procés. La rehabilitació basada en la comunitat, que tingui en compte totes les variables necessàries per a la vida en societat dels afectats, ha de ser l'objecte fonamental dels sistemes d'atenció¹¹.

La persona necessita espais fora del nucli vivencial en què la família i l'abordatge clínic no siguin la mirada dominant.

L'associacionisme pot tenir justament aquest paper en la gestió de les necessitats de les persones afectades, atès que pot crear espais autònoms, a banda dels serveis professionals i de les famílies, i potenciar l'apoderament, la participació activa de les persones afectades i la lluita contra l'estigma i a favor de la inclusió social.

Una de les qüestions que han influït a l'hora de tirar endavant una política de promoció dels drets de ciutadania de les persones amb TMS ha estat les dificultats per definir un àmbit propi del col·lectiu que tingui en compte les seves característiques específiques. Per exemple, alguns drets a serveis socials s'han desplegat per les polítiques generals dirigides als col·lectius de persones amb discapacitats i, per tant, lligades al reconeixement legal d'aquesta situació. La definició de la magnitud de la població diana, la planificació del desplegament de serveis, els requisits d'accés s'han definit en relació directa amb el reconeixement legal de disminució, que no reculli ni totes les persones del col·lectiu ni totes les necessitats.

Avui ningú no dubta de la condició de subjecte de ple dret que han de tenir les persones greument afectades per malaltia mental o addiccions, "en qualsevol circumstància". El desenvolupament de les normes i lleis sobre això ha estat molt desigual als països europeus¹². En el nostre àmbit, s'apliquen les legislacions europees i especialment el molt citat Conveni d'Oviedo¹³, així com naturalment les lleis espanyoles (Codi civil, Llei general de sanitat, Llei bàsica 41/2002 i d'altres). Des del punt de vista català, s'han desenvolupat diverses normatives referides als drets dels pacients, com ara la Llei 21/2000 d'autonomia dels pacients, la Carta de drets i deures dels ciutadans amb relació a la salut i l'atenció

sanitària, i el mateix Codi de família, entre d'altres, així com algunes recomanacions del Comitè d'Ètica de Catalunya sobre aspectes concrets de les pràctiques assistencials.

Punts forts

- El Pla director de salut mental i addiccions estableix com a línia estratègica la participació activa dels afectats, a fi de millorar-ne la implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.
- Desenvolupament dels serveis d'atenció i importància de la rehabilitació especialitzada en el conjunt del sistema.
- Signatura d'un acord entre la Generalitat de Catalunya (departaments de Salut, Justícia i Interior, Relacions Institucionals i Participació), el Tribunal Superior de Justícia, l'Ajuntament de Barcelona, la Federació de Municipis de Catalunya i l'Associació Catalana de Municipis i Comarques per al desenvolupament del protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental.
- Interès creixent de les polítiques i administracions públiques per al foment de l'associacionisme de les persones afectades.
- Participació de les associacions d'usuaris en el Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.
- Impuls i creixement dels recursos d'atenció social per a persones amb malaltia mental i addiccions.
- Més rellevància de les associacions d'usuaris existents.
- Llei de serveis socials a Catalunya que assenyalava com a principi la participació cívica i la regula en tots els nivells dels serveis socials: consell general d'SS, consells territorials i consells municipals i supramunicipals, i centres.
- Creixement del tercer sector i fortalesa de la societat civil catalana.
- Reconeixement de ple dret de les persones afectades en les normatives existents.
- Existència i experiència del Comitè d'Ètica de Catalunya del Departament de Salut i posada en marxa del de serveis socials.
- Creixement exponencial dels recursos adreçats a les persones amb trastorn mental.

Punts febles

- Estigmatització de les persones afectades i processos d'exclusió social.
- Poca visibilitat encara de les associacions d'usuaris.
- Conflictes ètics freqüents en els professionals i serveis, entre el deure de protecció de la salut i les llibertats individuals dels pacients, quan aquests no tenen consciència de malaltia.
- Predomini de les associacions de familiars i de professionals com a representants de les persones amb trastorn mental.

- Mancances dels sistemes d'informació, comunicació i participació de les administracions públiques.
- Comorbiditat del trastorn mental i addiccions, especialment l'alcoholisme, que dificulta l'assistència i el contacte amb la xarxa assistencial.
- Insuficient regulació normativa específica per a la protecció de drets de les persones amb trastorn mental.

Objectiu general 1. Promoure l'associacionisme de persones amb trastorn mental i la seva participació social

- Objectiu específic 1. Promocionar l'accés de les persones amb TM i addiccions a les associacions.
- Objectiu específic 2. Donar suport a les associacions d'usuaris.
- Objectiu específic 3. Promoure entre els governs territorials i òrgans locals la inclusió participativa de les associacions d'usuaris.
- Objectiu específic 4. Potenciar la creació de programes de participació ciutadana en els municipis, en què prenguin part les persones amb malaltia mental i els seus familiars.

Objectiu general 2. Promoure l'apoderament de les persones afectades i la participació en l'avaluació dels serveis assistencials

- Objectiu específic 1. Promocionar la formació amb apoderament dels usuaris per fomentar-ne la participació.
- Objectiu específic 2. Potenciar la participació de les associacions d'afectats en la millora dels serveis.

Objectiu general 3. Crear un marc normatiu específic per a la identificació de la població de persones amb trastorns mentals i addiccions, independent del de la població amb discapacitat en general

- Objectiu específic 1. Identificar la població amb trastorn mental; crear un cens específic de persones amb trastorn mental (TM).
- Objectiu específic 2. Crear un sistema propi de regulació de protecció de drets socials de les persones amb trastorn mental.

Objectiu general 4. Desenvolupar el protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents de persones amb trastorn mental

- Objectiu específic 1. Elaborar i implantar un protocol operatiu de l'atenció a les urgències psiquiàtriques i els trasllats entre el Departament de Salut i el Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació.

- Objectiu específic 2. Desenvolupar un pla de formació continuada amb l'Institut de Seguretat Ciutadana, dirigit a professionals de les forces de seguretat.

Objectiu general 5. Millorar les pràctiques relatives als drets de les persones amb trastorns mentals i addiccions en els serveis

- Objectiu específic 1. Revisar la Carta de drets i deures dels ciutadans amb relació a la salut i l'atenció sanitària, i adaptar-la a la realitat de les persones amb trastorns mentals i addiccions, tenint en compte les diferents situacions evolutives i els diferents entorns assistencials inclosos en aquest pla integral.
- Objectiu específic 2. Elaborar i publicar des dels comitès d'ètica de referència (salut, serveis socials, d'altres) guies de bona pràctica en el tracte de les persones amb malaltia mental i addiccions greus.
- Objectiu específic 4. Potenciar la formació en ètica dels professionals involucrats en el desenvolupament del Pla integral.

Objectiu general 6. Millorar el suport a les entitats tutelars

- Objectiu específic 1. Elaborar un protocol d'atenció urgent als casos tutelats que requereixen plaça residencial o hospitalària amb caràcter d'urgència.
- Objectiu específic 2. Dissenyar els indicadors d'avaluació i fer l'avaluació sistemàtica de les accions portades a terme per les entitats tutelars.
- Objectiu específic 3. Elaborar protocols de coordinació entre les entitats tutelars i les entitats proveïdores de serveis.
- Objectiu específic 4. Implementar el protocol per a l'aplicació de criteris de cribatge abans d'iniciar un procés d'incapacitació.

Línia estratègica 4. Promoció i millora dels programes de suport a les famílies de les persones amb trastorn mental

És prou conegut que la irrupció del trastorn mental greu i addicció al si del nucli familiar comporta un impacte sobre tots els seus membres. Els sentiments, les preguntes i les reaccions de tota mena que desperta aquesta situació generen un nivell de malestar que pot comprometre la salut de tot el grup familiar. Les famílies que s'han trobat amb aquest tipus d'experiència destaquen que la confusió de sensacions i la dificultat per comprendre el que passa poden donar lloc inicialment a una limitació en la gestió dels recursos i a l'aïllament social, agreujat també pel problema de l'estigma que té el trastorn mental. Així mateix, la implicació de la família en el procés de cura és un fet generalment ineludible i sovint en constitueix el punt de suport principal. La convivència amb la persona afectada i la realitat de la cronicitat no és senzilla, i el paper de la família com a cuidadora pot quedar-ne afectat. El fet de mantenir una dinàmica familiar que permeti aquesta funció, sense caure en el desgast, requereix suport professional i social que ajudi a adquirir les capacitats necessàries per fer-ho.

Tot i que està prou demostrat que la intervenció sobre la família produeix beneficis no només en els seus integrants, sinó també en l'evolució de la persona afectada de trastorn mental o addicció, els serveis d'atenció a la salut mental no sempre han tingut prou en compte aquesta realitat. Massa sovint, la mateixa organització dels dispositius i les actituds dels professionals no han estat prou orientats a l'atenció de les necessitats familiars i ha mancat una visió integrada de la família com a conjunt, i de l'important paper que té la família en la cura de les persones amb problemes de salut mental.

El PDSMiA estableix que el suport a les famílies és un element clau dins del model d'intervenció, definit prenent com a base el suport comunitari i la rehabilitació. Per aquest motiu, s'ha prioritzat l'elaboració d'una cartera de serveis dirigida a les famílies des de la xarxa de salut mental i drogodependències, en el marc del territori i amb el compromís de les institucions proveïdores.

En termes generals, aquesta oferta hauria d'acomplir el següent:

- Garantir que en la tasca diagnòstica i terapèutica es tingui present l'entorn familiar.
- Respectar el dret de la família a rebre una informació respectuosa i de qualitat per part de tots els professionals implicats en el procés assistencial.
- Diferenciar propostes adreçades al suport i a l'acompanyament d'altres propostes adreçades a la consecució dels canvis necessaris per a la millora de la salut familiar.
- Considerar la transversalitat en l'atenció a la malaltia mental i a la seva família, per tal de garantir la coherència dels missatges i les intervencions.
- Abordar les necessitats variants d'atenció a la família en els diferents moments de l'evolució de la patologia mental: prevenció, fase inicial de la malaltia, moments de crisi, cronificació.

- Tenir present especialment les necessitats específiques dels moments de transició dins el sistema (com, per exemple, el pas d'infant/jove a adult), que afecten sobretot les persones amb trastorn mental i les seves famílies.
- Fomentar la relació amb les associacions de familiars que treballen en l'entorn territorial.
- Tenir present el polimorfisme familiar i cultural actual.

Punts forts

- Increment de l'interès de les polítiques públiques i de les administracions per la promoció de l'associacionisme.
- Increment del protagonisme de les associacions en les polítiques públiques municipals.
- Creixent protagonisme de les associacions de familiars, mitjançant el foment de campanyes, accions i projectes de cooperació, i també la col·laboració activa en l'enfortiment de la xarxa associativa de cooperació.
- El Pla Director de Salut Mental i Addiccions preveu com a línies estratègiques millorar la implicació dels afectats i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets, així com aconseguir que la cartera de serveis de salut mental i addiccions estigui orientada als usuaris i a les seves famílies.
- Creació, des del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, d'una comissió de treball per detectar els aspectes que cal millorar entre les persones usuàries i les seves famílies en el marc del circuit sociosanitari, analitzar les necessitats que presenten aquestes situacions des de la posició de les persones usuàries i des de la posició de les famílies, i elaborar propostes de millora des de la xarxa sanitària pública.
- Participació de les associacions d'usuaris i familiars com a membres del Consell Assessor del Pla director de salut mental i addiccions.
- Creació, per part del Govern, de la Comissió Interdepartamental de Suport a les Famílies, presidida pel Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Punts febles

- Focalització excessiva en la "malaltia" com a objecte d'intervenció de la xarxa sanitària, deixant en un segon terme la persona, les seves necessitats psicosocials i el seu entorn proper.
- Dificultats en el reconeixement de la família per part dels professionals dins del procés assistencial, és a dir, per conèixer-la i identificar-ne les necessitats.
- Dificultats en la coordinació entre diferents nivells assistencials i dispositius del sistema a l'hora d'atendre la família. Manca d'un referent del cas a qui la família es pugui dirigir, que conegui bé el cas i ajudi a coordinar els recursos.
- Dificultats per trobar l'equilibri entre la confidencialitat del pacient i el rol de la família.

- Manca d'informació i d'accessibilitat als professionals especialment en les situacions de crisi.
- Manca de suport a la persona cuidadora i a la dinàmica familiar en el retorn al nucli familiar després d'un ingrés i en la convivència quotidiana.
- Manca d'intervencions de prevenció i de promoció de la salut de la família.
- Dificultats per sistematitzar l'activitat de les associacions i poder incloure-la en la cartera de serveis socials.
- Manca d'apoderament de les associacions de familiars de malalts mentals.

Objectiu general 1. Donar suport a les famílies i cuidadors mitjançant una cartera de serveis específica que integri serveis socials, sanitaris i educatius

- Objectiu específic 1. Definir i desenvolupar la cartera de serveis d'atenció a les famílies des de la xarxa sanitària pública.
- Objectiu específic 2. Elaborar propostes de coordinació territorial i intervenció comunitària.
- Objectiu específic 3. Promoure el desplegament de programes de respir.
- Objectiu específic 4. Establir un pla de formació i sensibilització dels professionals de les xarxes assistencials sobre l'atenció a les famílies.

Objectiu general 2. Fer prevenció i promoció de la salut de les famílies i cuidadors

- Objectiu específic 1. Dissenyar un projecte que integri els serveis d'informació, orientació i assessorament específic per a les famílies de les persones amb malaltia mental i oferir-los suport emocional.
- Objectiu específic 2. Fomentar activitats de prevenció i promoció de la salut amb les famílies dins el marc de col·laboració amb l'atenció primària de salut i l'atenció primària social.

Objectiu general 3. Ampliar les accions per a la promoció de l'associacionisme familiar

- Objectiu específic 1. Fomentar la participació en l'associacionisme dels familiars de les persones amb trastorn mental.
- Objectiu específic 2. Promoure l'estabilitat i la bona organització de les associacions.
- Objectiu específic 3. Afavorir una relació de cooperació entre les associacions de familiars i la xarxa assistencial.

Objectiu general 4. Promoure la participació social

- Objectiu específic 1. Potenciar la participació de les associacions de familiars en òrgans de representació autonòmica (consells assessors) i locals (governos territorials, consells de salut, etc.).
- Objectiu específic 2. Potenciar la participació de les associacions de familiars en el disseny i l'avaluació dels serveis.

Objectiu general 5. Promoure els aspectes ètics i legals relacionats amb l'atenció a les famílies

- Objectiu específic 1. Fer formació bàsica dels professionals sobre aspectes ètics i legals de l'atenció a les persones amb trastorns mentals i les seves famílies, per tal de garantir una bona praxi.
- Objectiu específic 2. Garantir el respecte a la confidencialitat dels pacients, fent-ho compatible amb els drets de les famílies com a cuidadors principals de menors o de persones amb disminució de la seva competència mental.

Línia estratègica 5. Promoció de les accions necessàries per a la consecució activa de la inclusió comunitària de les persones adultes amb TM greu i addiccions

Davant les diferents necessitats que plantegen les persones amb trastorn mental, els sistemes sanitaris i socials no poden actuar separatament, ja que això contribueix a fer que moltes persones amb TM quedin fora del sistema. Són les necessitats de les persones amb TM i dels seus familiars les que han de determinar l'organització de l'atenció, de manera que tots els elements necessaris hi han d'intervenir de forma coordinada, garantint que les unitats d'hospitalització i serveis de dia, així com altres recursos, constitueixin processos de continuïtat assistencial, sense deixar de banda la continuïtat amb altres serveis de l'àmbit educatiu, de formació i de treball.

Des del punt de vista social, la integració a la comunitat de les persones amb TM ha de conjugar dos aspectes diferenciats i complementaris, el treball des dels serveis socials bàsics, en què les persones amb trastorns de llarga durada rebin les prestacions socials, de caràcter general, per a la cobertura de les seves necessitats socials, i el treball des dels serveis socials especialitzats, que atengui les necessitats específiques d'atenció social: suport a la rehabilitació psicosocial i a la integració social; rehabilitació laboral i suport a la integració laboral; atenció residencial i suport comunitari, i atenció a les famílies. Aquestes necessitats neixen de la mateixa transversalitat, que afecta tota la vida i tots els àmbits de la persona i de la seva família, i no necessàriament del grau de discapacitat, si bé la discapacitat constituirà una variable fonamental a l'hora de planificar i adaptar els recursos i serveis; el reconeixement d'un determinat grau de discapacitat no hauria de ser una condició *sine qua non* per a l'accés als serveis socials especialitzats.

Les persones que tenen un trastorn mental greu poden trobar-se en una situació de vulnerabilitat social, i s'ha de garantir un suport integral que respongui i s'adeqüi a les seves necessitats. L'accés a l'habitatge és l'element que millor pot garantir la seva permanència en l'entorn comunitari.

La manca d'èxit en alguns dels processos de recuperació d'una malaltia mental greu apareix sota fenòmens molt diversos, alguns dels quals són la immigració, l'exclusió social i les conductes delictives.

Diversos estudis han mostrat una alta prevalença i incidència dels trastorns mentals en la població amb malaltia mental en risc d'exclusió social. L'informe de la Diputació de Barcelona, del març de 2000, estimava que hi havia unes 7.000 persones sense llar a la província de Barcelona. El 88%, a la comarca del Barcelonès, i la gran majoria a Barcelona ciutat.

Diferents estudis i aproximacions realitzades a la ciutat indiquen una prevalença elevada de malalties orgàniques i de trastorns mentals. S'estima que entre un 20% i un 40% de persones sense sostre de la ciutat tenen algun trastorn mental, amb un alcoholisme manifest en la majoria dels casos. Aquests índexs elevats poden incidir de manera negativa en l'etiologia i el manteniment de les situacions d'exclusió social.

Les necessitats d'aquest grup poblacional no són tan sols "d'hostaleria" (menjar i allotjament), sinó també d'atenció sanitària i social, de rehabilitació i, en alguns casos, d'una tutela jurídica o institucional. Es tracta, doncs, d'un grup social de gran complexitat que requereix un abordatge multidisciplinari i multisectorial, una resposta integral i coordinada.

Qualsevol modalitat d'habitatge, des de la més autònoma a la més assistida, ha de respondre a les necessitats de la persona, tenint en compte les seves dificultats, les expectatives, els desitjos i les habilitats.

El desenvolupament de programes d'habitatge en salut mental representa un factor clau en la consolidació de l'atenció i la integració comunitàries. En efecte, el concepte de *recuperació* es fonamenta en la superació de la dependència institucional d'aquelles persones més greument afectades per la seva psicopatologia i en el suport a la seva plena ciutadania, en un entorn normalitzat i en una adequada inserció en el teixit comunitari.

Els diferents serveis residencials hauran de poder donar resposta tant a les necessitats de pacients TMS amb important desestructuració psicosocial, que requeriran programes intensius i estructurats de rehabilitació, com als suports flexibilitzats en el domicili habitual per a aquelles persones amb un grau d'autonomia més alt.

A Catalunya trobem la paradoxa que, tot i ser un dels països de l'Europa occidental que té més llits de llarga estada per càpita, hi ha una impossibilitat real de poder derivar de manera fluida els pacients que ho requereixen cap a dispositius d'ADP. Sense negar l'evolució tòrpida i refractària d'una minoria de pacients afectats per trastorns mentals greus que requeriran probablement recursos assistencials (d'hospitalització o residencials) estables i de caràcter finalista, hem de pensar que el mateix model organitzatiu d'atenció a la salut mental de què disposem actualment pot ser, en si mateix, iatrogènic i cronificador.

El perfil de les persones hospitalitzades a través de la xarxa d'hospitalització de llarga i mitjana estada va ser mesurat en el període 2003-2006 mitjançant un protocol d'avaluació de les necessitats dels usuaris ingressats a les unitats MILLE (mitjana i llarga estada). A partir de l'estudi es va concloure que cal diferenciar unitats de rehabilitació intensiva amb diferents nivells de contenció, unitats residencials assistides i unitats específicament psicogeriatricues. La població afectada es va calcular que era de 1.633 persones amb TMS i 962 persones amb DI.

Encara manquen estructures assistencials intermèdies que possibilitin el desplegament d'estratègies consolidades d'externalització de pacients de les unitats de llarga estada, alhora que els processos per garantir la continuïtat assistencial dels pacients en l'àmbit comunitari no estan suficientment articulats.

Una correcta atenció del malalt mental, especialment d'aquell més greument afectat per la seva patologia, necessita una organització assistencial que posi en primer pla la continuïtat terapèutica del pacient, de manera que un mateix servei, o un conjunt de dispositius amb interdependència funcional, s'ocupi de la longitudinalitat del seu procés de cura al llarg del temps.

Això comporta el desplegament d'una xarxa de dispositius comunitaris amb base territorial (comunitat terapèutica rehabilitadora, residència assistida, llar residència, llar amb suport, seguiment intensiu a domicili, etc.) amb una dependència funcional estructurada, que possibiliti el disseny conjunt de projectes assistencials globals per a aquells pacients que ho necessitin, on més enllà de la remissió simptomatològica dels elements psicopatològics aguts, es considerin estratègies terapèutiques rehabilitadores, dins de programes institucionals específics que garanteixin la continuïtat del procés terapèutic.

Cal tenir en compte que aquests darrers anys s'ha produït una millora en el desenvolupament de la xarxa de salut mental i en la de serveis socials. La llei de serveis

socials reconeix les persones amb trastorn mental com a persones amb necessitats d'atenció especial i, per tant, destinatàries dels serveis socials. Com a element fonamental per a la garantia del dret als serveis socials de la xarxa pública i com a base prèvia per elaborar la cartera de serveis, aquesta llei presenta el catàleg classificat de serveis i prestacions del Sistema català de serveis socials.

Tanmateix, s'ha avançat poc en la integració de les xarxes d'acord amb el que demana un model d'atenció comunitària.

Cal combinar els recursos residencials específics, amb diferents funcions i graus de rehabilitació, amb programes comunitaris de suport a domicili, amb diferents nivells d'intensitat d'atenció, que permetin mantenir el pacient, sempre que sigui possible, en el seu lloc de vida habitual.

Punts forts

- En els darrers anys s'ha continuat amb un important desplegament de recursos sanitaris: centres de dia i reconversió a serveis de rehabilitació comunitària, programes de gestió de casos PSI (Pla de serveis individualitzat), més capacitat dels centres de salut mental.
- En l'àmbit social s'ha culminat un procés de planificació i s'ha avançat en la creació a tot el territori català de serveis residencials (llar residència, llar amb suport), serveis de suport a l'autonomia a la mateixa llar, serveis prelaborals i clubs socials.
- S'ha aprovat la cartera de serveis que inclou el servei de residència assistida.
- La Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència incorpora la població amb TMS de manera explícita, i preveu la prestació de suport domiciliari com un dels serveis més significatius. Alguns plans pilot del ProdeP en l'àmbit de la salut mental han mostrat resultats eficaços en la cooperació entre l'atenció primària, els serveis socials i l'atenció especialitzada.
- L'Acord de reordenació dels serveis d'atenció psiquiàtrica i salut mental de Catalunya (1999) va permetre en anys posteriors realitzar algunes fases de reconversió de la MILLE (psicogeriatria, discapacitat intel·lectual amb necessitats específiques), així com introduir elements més dinàmics en la gestió clínica de la llarga estada.
- S'han fet experiències interdepartamentals en serveis com ara les unitats d'atenció psiquiàtrica especialitzada (UAPE) i les unitats hospitalàries especialitzades per a discapacitats intel·lectuals (UHEDI).

Punts febles

- Inexistència d'un model de serveis clar pel que fa a l'hospitalització no aguda.
- Inexistència d'un marc comú de decisió i gestió territorial que veritablement integri les intervencions sanitàries i socials.
- Manca de continuïtat assistencial suficient entre els diferents serveis de la xarxa sanitària.

- Bloqueig de la reconversió psiquiàtrica, amb permanència d'un nombre important de pacients institucionalitzats en unitats de llarga estada dels centres psiquiàtrics.
- Insuficient pràctica d'atenció i suport domiciliaris en la xarxa sanitària (atenció primària i atenció especialitzada), incloent-hi el suport a l'habitatge protegit.
- Atenció domiciliària no especialitzada per a la població amb malaltia mental i amb criteris heterogenis i diversos pel que fa a la concessió del servei.
- Insuficiència de recursos d'habitatge en relació amb les necessitats.
- Poca adequació del model de llar residència per als casos més conflictius o que requereixen més supervisió.
- Criteris d'accés a llar residència i als pisos amb suport poc flexibles i excessivament centralitzats, cosa que sovint comporta el desarrelament del pacient del seu territori.
- Escàs poder adquisitiu d'algunes persones amb malaltia mental.
- Inestabilitat del mecanisme de provisió i sistema de compra de serveis amb els proveïdors que presten serveis socials per a les persones amb trastorn mental.
- Diferències en els convenis col·lectius dels sectors social i sanitari, fet que dificulta l'assumpció de serveis socials a algunes entitats proveïdores (EP). Les condicions contractuals de la provisió de serveis residencials no tenen prou en compte la necessària especificitat tècnica de l'assistència.
- Desplegament insuficient del Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar en determinats territoris.
- Èmfasi insuficient en la participació i coresponsabilització dels usuaris.
- Les polítiques de foment de l'habitatge no tenen prou en compte el col·lectiu de persones amb trastorn mental greu.
- Conceptualització pendent d'un model transversal d'habitatge per a persones amb trastorns mentals greus.
- La permanència d'una important població institucionalitzada en algunes àrees dels hospitals psiquiàtrics i la insuficiència de suport comunitari i atenció residencial a les persones externalitzades és una de les assignatures pendents que constitueix un dels obstacles per al manteniment i la integració comunitaris.
- Model parcialitzat d'atenció a la població amb risc d'exclusió social.

Objectiu general 1. Desplegar els recursos d'habitatge en totes les seves modalitats, per a persones amb trastorns mentals i addiccions

- Objectiu específic 1. Definir el model d'habitatge amb caràcter integral i inserit a la comunitat, flexibilitzant-ne l'ús.
- Objectiu específic 2. Definir el model d'atenció integral, combinant els serveis residencials específics amb diferents funcions i graus de rehabilitació psiquiàtrica, amb programes comunitaris de suport a domicili i diferents nivells d'intensitat d'atenció, que permetin mantenir el pacient, sempre que sigui possible, en el seu lloc de vida habitual.

- Objectiu específic 3. Revisar els requisits d'accés als serveis residencials i comunitaris, deslligant-ho del grau de discapacitat, si s'escau, i introduint-hi criteris de gestió integral (socio-sanitaris).
- Objectiu específic 4. Millorar l'atenció domiciliària, promovent la cooperació en el territori entre l'atenció primària de salut, els serveis socials bàsics i la xarxa especialitzada, per a l'atenció continuada de les persones amb trastorn mental greu.
- Objectiu específic 5. Potenciar l'atenció domiciliària intensiva per a aquells pacients amb trastorn mental greu que podrien romandre al seu domicili, amb la condició de disposar d'un suport continuat al domicili i en l'acompanyament a la comunitat per part d'un equip multidisciplinari, que doni cobertura als requeriments terapèutics, rehabilitadors i de suport social de manera integrada.
- Objectiu específic 6. Definir el model d'atenció integral a les persones ateses a les comunitats terapèutiques d'addiccions.
- Objectiu específic 7. Definir els recursos de la cartera de serveis, amb caràcter integral i transversal.
- Objectiu específic 8. Revisar la normativa per al foment de les polítiques d'habitatge, reconeixent la població amb TM i A de manera explícita.

Objectiu general 2. Potenciar la complementarietat entre els serveis sanitaris i socials en el disseny i el finançament dels serveis

- Objectiu específic 1. Impulsar el desplegament del suport sanitari i psiquiàtric en la residència assistida.
- Objectiu específic 2. Impulsar la valoració de l'atenció a la dependència i l'elaboració dels plans individuals d'atenció integral (PIAI) per tal que les persones que compleixen els requisits establerts a la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència puguin rebre la prestació del servei essent ateses a la llarga estada psiquiàtrica.

Objectiu general 3. Finalitzar el procés de reconversió dels hospitals psiquiàtrics

- Objectiu específic 1. Redefinir, per a cada centre, la tipologia dels serveis d'hospitalització i residencials per a persones amb TM, d'acord amb el Pla director de salut mental i addiccions, el model d'hospitalització no aguda i la programació territorial de l'ICASS.
- Objectiu específic 2. Promoure l'externalització de pacients de les unitats de llarga estada psiquiàtrica.
- Objectiu específic 3. Elaborar un pla estratègic entre el Departament de Salut i el Departament d'Acció Social i Ciutadania, conjuntament, per a l'accés als serveis residencials de les persones amb trastorn mental greu (TMG) ateses als centres psiquiàtrics i que reuneixen criteris per ser ateses a la xarxa residencial de l'ICASS.
- Objectiu específic 4. Integrar les persones amb discapacitat intel·lectual, ateses als hospitals psiquiàtrics, a la xarxa normalitzada de l'ICASS.

Objectiu general 4. Definir un model integrat d'atenció a la població amb risc d'exclusió social

- Objectiu específic 1. Elaborar un pla d'atenció integral en salut mental a la població sense sostre d'acord amb el que es defineixi en el marc del grup intersectorial sobre el model i les alternatives d'atenció a les persones sense llar a Catalunya, que coordina el departament d'Acció Social i Ciutadania..
- Objectiu específic 2. Elaborar un pla d'atenció integral en salut mental a la població immigrant.

Línia estratègica 6. Promoció de les accions necessàries per a la inserció laboral de les persones en edat laboral amb TM greu

La manca de dades específiques sobre l'activitat, l'ocupació i l'atur de les persones que tenen trastorns de salut mental dificulta d'una manera important l'anàlisi sobre la situació laboral del col·lectiu.

Els únics estudis disponibles, com l'Estratègia d'inserció laboral de les persones amb discapacitats, realitzada per la Direcció General d'Igualtat d'Oportunitats en el Treball (DGIOT) del Departament de Treball, recullen informació sobre les persones que tenen certificat de discapacitat.

En aquest estudi, que fa referència a dades del 2006, les persones inactives eren 128.495 i la taxa d'inactivitat era del 62%. Les persones actives eren 76.177 i la taxa d'activitat, per tant, era del 38%. Hi havia 18.190 persones en atur (el 9% del global) i 59.927 persones estaven ocupades (el 29% del global).

Les conclusions recollides en l'Estratègia són clares: hi ha proporcions molt més grans d'inactivitat i atur en les persones amb discapacitat en edat laboral si compara amb les del conjunt de la població.

Segons les dades estadístiques del Departament d'Acció Social i Ciutadania referides a l'any 2009, les persones amb discapacitat per malaltia mental en edat laboral entre els 16 i els 64 anys eren 53.492 persones (26.317 homes i 27.175 dones).

La contractació anual de persones amb discapacitat se situava entorn de 9.000 contractes a l'any (2006: 8.540; 2007: 8.739). No hi ha dades de quin és el percentatge de persones amb malaltia mental per a aquesta xifra. El percentatge de persones amb discapacitat entre 16 i 64 anys per malaltia mental era del 23,7% del total. Si la contractació anual respectés aquest percentatge estariem parlant de 2.133 persones. Les dades del Departament de Treball del 2008 constaten que 1.421 persones amb discapacitat per trastorn mental estaven contractades en centres especials de treball (del global d'11.000 persones contractades) i que 335 persones s'havien incorporat al programa de treball amb suport a l'empresa ordinària. Si sumem totes les xifres, el total és de 3.909 persones. Això significa un índex d'ocupació del 7,3% respecte a les 53.492 persones en edat laboral, un índex quatre vegades més baix que el de les persones amb discapacitat en general.

De tot això es desprèn que la taxa d'activitat laboral de les persones amb TM és molt baixa i que no ha crescut significativament ni en els cicles econòmics generadors d'ocupació. Ens trobem, doncs, en una situació de caràcter estructural en la qual múltiples factors incideixen en la manca d'oportunitats laborals per a les persones amb trastorn mental, cosa que indica la necessitat de fer esforços per modificar la situació.

En aquesta línia, amb la finalitat de procurar la capacitació i l'habilitació de les persones amb trastorn mental per iniciar un itinerari d'inserció laboral, i amb l'objectiu d'aconseguir-ne la integració laboral, des del Departament d'Acció Social i Ciutadania s'ha potenciat la creació dels serveis prelaborals.

Punts forts

- Creació de la Direcció General d'Igualtat d'Oportunitats en el Treball (DGIOT) del Departament de Treball.

- Elaboració de l'Estratègia d'inserció laboral de persones amb discapacitat a Catalunya 2008-2009, aprovada amb el consens i la col·laboració dels agents socials i entitats representatives de persones amb discapacitat i de persones amb trastorn mental.
- S'ha definit el model d'inserció laboral en salut mental, aprovat pels departaments de Treball, Salut i Acció Social i Ciutadania, i està previst desenvolupar experiències pilot al territori.
- S'ha definit un model de taules territorials per a la inserció laboral de persones amb discapacitat o trastorn mental.
- Millora de l'articulació dels diferents programes del Departament de Treball.
- Impuls del treball amb suport a Catalunya.
- Traspàs dels centres especials de treball a la DGIOT i elaboració d'un pla de suport als CET.
- L'accés als recursos i programes de la DGIOT no es vincula al fet que la persona disposi del reconeixement legal de discapacitat.
- Noves experiències d'inserció laboral de persones amb malaltia mental en centres especials de treball i al mercat ordinari, i increment d'interès del sector per adaptar-se a les noves necessitats.

Punts febles

- Tot i la dificultat de disposar de dades, es pot inferir que el nivell d'inactivitat laboral de les persones amb TM és la més elevada entre els col·lectius amb especials dificultats.
- L'Estratègia d'inserció laboral definida per la DGIOT s'ha de desenvolupar en un entorn econòmic molt desfavorable.
- El nivell d'atur conjunturalment molt alt pot dificultar el desplegament i l'impuls de les estratègies d'igualtat a mitjà termini.
- La situació crítica d'una part important del sector dels CET fa prioritzar el fet de no perdre llocs de treball enfront de crear-ne de nous.
- L'increment de l'ocupació del col·lectiu de persones amb TM és baixa.
- Condicions de major desigualtat de gènere.
- No hi ha mesures de prevenció de la pèrdua del lloc de treball de les persones que estan en actiu i inicien un TM.
- Increment de població jove amb problemàtica de salut mental que en dificulta la inserció laboral.
- No hi ha mesures de compatibilització de les incapacitats laborals temporals i la vinculació als recursos i programes de suport a la inserció laboral dirigits a les persones aturades.
- La recepció de prestacions i el grau de compatibilitat amb les rendes del treball condiciona de manera central la vinculació de les persones a processos d'inserció laboral i l'accés a oportunitats laborals.

Objectiu general 1. Desenvolupar un model d'inserció laboral de persones amb trastorn mental que garanteixi l'increment del grau d'ocupabilitat de les persones i la qualitat de la inserció

- Objectiu específic 1. Desenvolupar el model d'inserció laboral per a persones amb TM, definit per la Direcció General d'Igualtat d'Oportunitats del Departament de Treball, amb la col·laboració dels departaments de la Generalitat que hi tinguin implicació.
- Objectiu específic 2. Definir la tipologia de programes i serveis per a la inserció laboral de persones amb trastorn mental i el model d'articulació per al desenvolupament de plans o itineraris d'inserció.
- Objectiu específic 3. Implementar proves pilot territorials per desenvolupar el model d'inserció laboral en salut mental, i assegurar-ne l'articulació en el marc de l'Estratègia per a la inserció laboral de persones amb discapacitat del Departament de Treball.
- Objectiu específic 5. Planificar el desenvolupament de programes i serveis definits en el model d'inserció laboral en salut mental i aplicar-los progressivament en els territoris de Catalunya.
- Objectiu específic 6. Definir i implementar un protocol d'atenció preferent en els CSMA per a les persones en actiu i en processos d'inserció laboral.
- Objectiu específic 7. Definir un protocol d'atenció específic en els CSMA que permeti la conciliació del treball amb la necessitat de tractament de les persones amb TM en actiu.

Objectiu general 2. Afavorir la inserció de les persones amb trastorn mental i la reducció del nivell d'inactivitat laboral i d'atur

- Objectiu específic 1. Estudiar i proposar canvis normatius o fórmules que permetin processos o graus de la compatibilitat de prestacions econòmiques amb les rendes del treball, per afavorir la inserció laboral, la compatibilització de la incapacitat laboral temporal amb la participació en la formació i en processos de reinserció laboral.
- Objectiu específic 2. Desenvolupar estratègies de sensibilització i suport empresarial per aconseguir una cooperació activa de les empreses en la inserció laboral de les persones amb TM.
- Objectiu específic 3. Desenvolupar les mesures de suport a les empreses d'economia social (centres especials de treball i empreses d'inserció), definides a l'Estratègia d'inserció laboral per a les persones amb discapacitat.
- Objectiu específic 4. Reserva de contractació pública per a CET i empreses d'inserció.
- Objectiu específic 5. Desenvolupar la normativa de clàusules socials.
- Objectiu específic 6. Dissenyar una estratègia per visualitzar els CET i les empreses d'inserció (web 2.0, catàleg de CET i empreses d'inserció), i desenvolupar una imatge de marca.

- Objectiu específic 7. Elaborar un pla de formació en gestió, direcció i administració d'empreses, dirigit als directius de CET i empreses d'inserció.
- Objectiu específic 8. Elaborar l'estratègia de reserva de places en la funció pública per a persones amb trastorn mental.

Objectiu general 3. Desenvolupar polítiques de prevenció de la pèrdua del lloc de treball de persones en què s'inicia un problema de salut mental

- Objectiu específic 1. Fer un protocol de detecció de situacions de risc i d'actuació precoç entre l'ABS i el CSMA (programa de suport a la primària).
- Objectiu específic 2. Dissenyar i implementar un programa específic en els serveis d'inserció laboral dirigit a les persones amb risc de pèrdua del lloc de treball i/o en situació d'incapacitat temporal, articulats i coordinats amb les ABS i els CSMA.
- Objectiu específic 3. Estudiar i proposar canvis normatius a fi de flexibilitzar les condicions contractuals de les persones amb TM, de manera que es permetin les jornades parcials o les incorporacions progressives en processos de retorn d'incapacitat temporal.
- Objectiu específic 4. Impulsar la prevenció del trastorn mental de la població activa mitjançant els serveis de prevenció de riscos laborals de les empreses i de la funció pública.

Línia estratègica 7. Millora de l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en l'àmbit judicial, per a les persones en situació de privació penal de llibertat i mesures de seguretat

Les dades que aporta l'anàlisi de situació mostren clarament la prevalença alta dels trastorns mentals i el consum de substàncies en la població internada als centres penitenciaris i educatius, que arriba a taxes gairebé 4 vegades superiors a les de la població general. Aquesta realitat encara s'agreuja més per l'altíssima comorbiditat de TM, trastorn de personalitat (trets significatius en un 80%) i abús i dependència de substàncies (18% dels consumidors actius). La realitat expressada en les dades de prevalença es tradueix també en l'alt consum de recursos sanitaris: la prevalença atesa és 7 vegades més gran que en la població general, i multiplica per 15 la taxa d'hospitalització.

Pel que fa al procés patològic, en l'àmbit penitenciar, igual que en la comunitat, el model assistencial ha de considerar que els diferents nivells assistencials són indissociables: des de la prevenció i el suport especialitzat a l'atenció primària, passant per la primera atenció d'urgència, el tractament del pacient agut o subagut, l'assistència ambulatoria o hospitalària, fins a l'abordatge de la cronicitat amb els recursos rehabilitadors. S'entén que l'atenció del malalt mental o de la persona amb una dependència crònica a substàncies té com a darrer objectiu integrar el pacient en la comunitat i evitar-ne l'exclusió; per tant, la coordinació amb la xarxa convencional extrapenitenciària serà sempre fonamental.

En l'àmbit de les mesures de seguretat, la xarxa pública de salut mental i addiccions hauria de ser el primer referent assistencial, tant en les mesures d'internament com en les de control ambulatori, i s'haurien de reservar per a les unitats psiquiàtriques dels centres penitenciaris els casos que, amb manament judicial previ de la jurisdicció penal d'adults, requereixin mesures de molt alta seguretat.

En l'àmbit de la justícia juvenil, els nivells assistencials han d'incloure el suport al Servei de Mediació i Assessorament Tècnic (SMAT) i tractament psicoterapèutic als adolescents i joves en règim obert que ho necessitin, així com el suport i la intervenció de l'equip de salut mental i addiccions als centres de justícia juvenil i la intervenció de la unitat terapèutica per a l'atenció en règim residencial temporal d'aquells adolescents i joves que requereixin un model d'intervenció terapèutic per al seu trastorn mental o addictiu.

Punts forts

- Capacitat normativa i de gestió plena de l'àmbit penitenciar per part del Govern de Catalunya.
- Integració de l'assistència sanitària penitenciària en la xarxa de salut general.
- Experiències prèvies de gestió compartida entre Justícia i Salut, i en general bona sintonia entre ambdues administracions.
- Els serveis de salut mental i addiccions existents resolen problemes i en general són eficients.
- En l'actualitat, la majoria de professionals d'SM (especialment psiquiatres i psicòlegs) que treballen en aquest àmbit són especialistes en psiquiatria legal i estan relacionats internacionalment.

- La UHPP és un centre de referència, així com la Unitat Terapèutica d'Els Til·lers. En aquests centres està integrada l'atenció a les persones amb trastorn per ús de substàncies.
- A Catalunya hi ha un model bàsic prou consensuat i avançat des del punt de vista internacional, sense comparació amb la resta de l'Estat.
- L'organització pròpia dels centres penitenciaris i dels centres educatius és referència en l'Estat espanyol.
- Equips de salut mental i addiccions de la xarxa pública que realitzen activitats ambulatòries en tots els centres de justícia juvenil.
- El model d'atenció a les persones amb mesures de seguretat també és una referència i hi ha una àmplia experiència compartida entre els serveis sanitaris i els professionals d'execució de mesures.

Punts febles

- Increment continu de la població que s'ha d'atendre.
- Complexitat del medi penitenciar i educatiu penal, fet que mediatitza les decisions (judicials, penitenciàries, sanitàries) i obliga a consens continu.
- Necessitats sanitàries multiplicades respecte a la població general, especialment en salut mental.
- Malgrat els recursos esmerçats, les necessitats detectades són encara molt superiors.
- El desenvolupament de la tasca assistencial té molts factors d'ineficiència a causa de les dificultats del medi (controls, limitacions a la mobilitat de pacients i professionals, etc.).
- No hi ha integració entre salut mental i addiccions en l'àmbit de l'atenció ambulatoria (AP, SM, XAD, professionals de rehabilitació i tractament d'institucions penitenciàries), ni un model de referència.
- Inexistència de serveis específicament orientats a la valoració pericial, malgrat els esforços realitzats per les entitats proveïdores i l'IMLC.
- Poca consciència del problema per part de les xarxes especialitzades generals i certes tendències d'estigmatització envers les persones amb TM que han estat a la presó. Dificultats en la continuïtat assistencial entre la xarxa penitenciària i la convencional.
- Pervivència del model d'infermeria psiquiàtrica en els adults, molt residencial i poc rehabilitador.
- La intervenció de salut mental i addiccions és massa reactiva i poc preventiva en els tres grups analitzats.
- Insuficiència i condicions molt deficitàries en la ubicació actual de la Unitat Terapèutica d'Els Til·lers.
- L'atenció a les MS d'internament en els centres convencionals és insuficient (per manca de places) i de baixa qualitat. No hi són prou assegurades les mesures de control ni un programa terapèutic eficient.

- L'atenció convencional a les MS en règim ambulatori és insuficient i de baixa qualitat.
- No hi ha una resposta adequada (similar a la que es dona en la població general) per a les persones amb retard mental, tant si es tracta d'interns com de persones subjectes a MS.

Objectiu general 1. Millorar la valoració psiquiàtrica pericial en els procediments judicials

- Objectiu específic 1. Crear la Unitat Psiquiàtrica Pericial de Catalunya segons un model de cooperació de l'IMLC i els experts de la xarxa de psiquiatria penitenciària.

Objectiu general 2. Millorar els plans d'atenció i de seguiment comunitaris de les persones subjectes a mesures de seguretat sense internament

- Objectiu específic 1. Dissenyar els programes d'atenció i els circuits en col·laboració amb la Direcció General d'Execució de Mesures a la Comunitat i Justícia Juvenil i el sistema judicial.
- Objectiu específic 2. Incorporar-hi altres dispositius, com els centres de dia.

Objectiu general 3. Garantir la cobertura de les necessitats d'internament i la qualitat de l'atenció en les persones amb mesures de seguretat que ho necessitin

- Objectiu específic 1. Determinar les necessitats de recursos d'hospitalització en la xarxa psiquiàtrica convencional i en la xarxa psiquiàtrica penitenciària, d'acord amb un model de gestió clínica de la continuïtat i seguint les previsions del PDSMiA.
- Objectiu específic 2. Consensuar el model d'atenció, els circuits i les relacions entre el sistema sanitari, la Direcció General d'Execució de Mesures a la Comunitat i Justícia Juvenil i el sistema judicial.

Objectiu general 4. Tenint en compte l'especificitat del medi i en col·laboració amb el Departament de Justícia, assegurar una atenció a la salut mental i les addiccions de les persones internes als centres penitenciaris de Catalunya proporcional a les seves necessitats i seguint el principi d'equivalència respecte de la població general

- Objectiu específic 1. Consensuar un model de xarxa de serveis integrats de salut mental i addiccions, integrada amb l'atenció primària.
- Objectiu específic 2. Implementar un primer nivell assistencial, per centre penitenciari, que inclogui les activitats de promoció de la salut i prevenció dels trastorns mentals i l'abús-dependència de substàncies, la millora de la cartera de serveis de salut mental i addiccions de l'AP, l'atenció ambulatoria especialitzada a la salut mental i les addiccions, la rehabilitació no hospitalària i l'atenció a les crisis.

També hi ha d'haver un segon nivell per a l'atenció a les urgències i l'hospitalització d'aguts, i un tercer nivell de rehabilitació hospitalària intensiva, adaptat a les característiques dels diferents usuaris.

- Objectiu específic 3. Millorar la continuïtat assistencial amb les xarxes convencionals de salut mental i d'addiccions, augmentant les relacions en el territori i introduint-hi estratègies de gestió de casos.

Objectiu general 5. Aprofundir i millorar l'actual model d'atenció a la salut mental i les addiccions dels menors i joves subjectes a mesures judicials

- Objectiu específic 1. Consolidar els models d'atenció en medi obert i el suport de salut mental i addiccions als centres educatius, incrementant la funció de valoració inicial dels equips de salut mental i addiccions a l'entrada en centre educatiu tancat.
- Objectiu específic 2. Millorar la coordinació i la col·laboració de la xarxa psiquiàtrica convencional, d'adults i d'infantil, en l'atenció a les situacions de crisi psicopatològica.
- Objectiu específic 3. Millorar l'oferta actual de la unitat terapèutica, promovent un millor hàbitat i més diferenciació, especialment en relació amb l'atenció als joves amb retard mental.

Línia estratègica 8. Millora i promoció de l'atenció integral de les persones grans en el seu entorn habitual i residencial substitutori de l'habitatge

La gran fragmentació que s'esdevé entre les xarxes assistencials, sanitària i social fa que el model organitzatiu actual es basi més en l'adaptació dels usuaris als serveis que dels serveis a les necessitats dels usuaris.

D'altra banda, si bé una gran part de la població envellida amb trastorns mentals està ingressada en centres psiquiàtrics, els desequilibris territorials pel que fa a l'oferta de recursos han contribuït a fer que també hi hagi una altra gran part d'aquesta població que es troba ingressada en residències per a persones grans de la xarxa social que no disposen del suport psiquiàtric necessari per atendre les seves necessitats amb la qualitat assistencial indispensable i la prevenció d'intervencions d'urgències. A més, aquest fet també comporta un deteriorament de les relacions interpersonals al centre residencial amb conseqüències desfavorables per als altres residents. És per aquest motiu, entre d'altres, que hi ha persones grans amb patologies mentals complexes, de llarga evolució, que són excloses de les xarxes assistencials. Sovint coexisteixen els problemes socials i sanitaris de base, i també s'observa que una part important de les persones més grans de 65 anys entren en processos d'exclusió social. Cal, doncs, impulsar el conjunt d'actuacions necessàries per tal d'aconseguir una visió integral de l'atenció a les persones grans amb problemes de salut mental.

En un estudi recent, fet a les residències per a persones grans del Departament d'Acció Social i Ciutadania, encarregat pel Catsalut i l'ICASS i realitzat per l'IAS de Girona, que tenia per objecte conèixer les càrregues d'atenció a la salut mental en aquests equipaments, els resultats obtinguts posen de manifest que el diagnòstic psiquiàtric identificat arriba a un 31,4%, en què el trastorn depressiu és el més freqüent. Així mateix, més d'un 50% presenta símptomes d'ansietat, fòbies, sobrecàrrega i tensió, i trastorns compulsius, i el 70% tenen una medicació psiquiàtrica prescrita. Aquests resultats, entre d'altres, posen en relleu la necessitat de realitzar un diagnòstic de trastorn mental adient, en què es garanteixi de manera global i interdisciplinària el diagnòstic diferencial respecte a l'envelliment normal i als trastorns neurològics, així com la necessitat de fer una estratègia de tractament que no es fonamenti només en la farmacologia.

Punts forts

- Desplegament de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
- Creació del Pla director sociosanitari, l'any 2006.
- Creixement de les places residencials assistides per a gent gran a Catalunya.
- Disminució de la demanda de places residencials de gent gran en determinades zones geogràfiques per la redistribució territorial de l'oferta.
- Creixent coneixement de les necessitats de les persones més grans de 65 anys amb patologies mentals i addiccions.
- Increment de la capacitat diagnòstica diferencial dels professionals, en relació amb les patologies mentals i el deteriorament cognitiu de les persones més grans de 65 anys.

- Augment de l'interès per la intervenció en la clínica patològica de les persones més grans de 65 anys, amb caràcter transversal i integral.

Punts febles

- Poc reconeixement de la problemàtica en relació amb el trastorn mental en persones més grans de 65 anys.
- Manca de polítiques de prevenció del deteriorament mental i patològic en la població més gran de 65 anys.
- Desconnexió de les xarxes sanitària i social.
- Tendència a vincular els símptomes a l'edat a l'hora d'interpretar-los.
- Manca de recursos d'atenció integral a les persones més grans de 65 anys.

Objectiu general 1. Establir un pla de promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns específics de les persones grans

- Objectiu específic 1. En col·laboració amb salut pública, APS i serveis socials, establir un pla de promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns específicament dirigit a la gent gran.

Objectiu general 2. Promoure la integració funcional dels serveis d'atenció sanitària i social, en el marc de l'atenció a les persones amb dependència

- Objectiu específic 1. Potenciar el paper de l'atenció primària sanitària i social com a "porta d'entrada" al sistema, integrant el CSMA en el pla terapèutic, quan sigui necessari.
- Objectiu específic 2. Promoure la integració funcional dels serveis d'atenció a les persones grans, xarxa sociosanitària, psiquiàtrica i social.
- Objectiu específic 3. Planificar serveis sanitaris i socials amb base territorial amb especial cura en les àrees de baixa densitat i/o població dispersa.

Objectiu general 3. Planificar i adaptar els serveis a la tipologia dels pacients i les seves necessitats

- Objectiu específic 1. Dotar les unitats psiquiàtriques, tant hospitalàries com comunitàries, dels instruments necessaris per tal que estiguin capacitades per prevenir, diagnosticar i tractar les principals síndromes geriàtriques, especialment les relacionades amb l'àmbit cognitiu.
- Objectiu específic 2. Potenciar els dispositius especialitzats en el tractament de casos complexos.
- Objectiu específic 3. Sensibilitzar la resta d'entorns (sanitari, social, educatiu...) sobre la problemàtica de les persones grans amb trastorn mental, especialment als serveis d'urgències de l'àmbit hospitalari.

Línia estratègica 9. Lideratge i gestió del canvi. Planificació i organització del Pla Integral. Pla de Qualitat i Millora Contínua; necessitats formatives; foment de la recerca i Pla de comunicació.

El Pla integral ha de ser un instrument de lideratge que impulsi les accions necessàries per dur a terme un canvi conceptual entre tots els agents que hi intervenen.

No només l'Administració ha de ser conscient de la necessitat i dels avantatges que aporta el treball integral, sinó que també cal que els professionals, els familiars i els usuaris entrin en aquesta nova dinàmica.

Per aconseguir aquest canvi, cal fixar uns objectius que involucrin tothom i que facilitin els instruments necessaris perquè així sigui.

D'altra banda, el Pla integral també necessita dotar-se d'una estructura que li permeti impulsar i coordinar les accions que s'han de desenvolupar, i alhora fer la planificació, l'avaluació i el seguiment del Pla.

Finalment, també cal impulsar les accions de recerca vinculades a la transversalitat i la integralitat en l'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, així com promoure la cultura de l'avaluació de la qualitat i millora contínua, per a l'avenç de la integralitat en la fita marcada.

Punts forts

- El Pacte d'entesa reconeix la necessitat de desenvolupar el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.
- Increment de l'interès i el compromís de les administracions públiques per l'atenció integral a les persones amb malaltia mental.
- Fortalesa de la societat civil catalana.
- Desig i necessitat de fer una planificació i gestió integral, manifestat per les associacions de professionals, familiars, usuaris i entitats.
- Pressió de les associacions de professionals, de familiars i d'usuaris respecte a la necessitat d'impulsar i desplegar el Pla integral.
- Elaboració, aprovació i publicació del mapa sanitari i sociosanitari, amb la participació i consens de l'ICASS, del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Punts febles

- Manca de metodologia de treball amb caràcter transversal.
- Manca de sistemes d'informació homogenis.
- Diversitat i heterogeneïtat dels criteris de planificació.
- Diversitat i heterogeneïtat dels criteris d'accés als recursos i de la seva gestió.
- Manca de sistemes d'informació interconnectats.

- Manca de sistemes d'avaluació de la qualitat i millora contínua amb caràcter transversal.
- Manca de plans formatius que incloguin la visió de transversalitat i integralitat en l'atenció a les persones amb malaltia mental i addiccions.
- Manca de metodologia d'avaluació de la qualitat i millora contínua en el context de transversalitat i integralitat.

Objectiu general 1. Exercir el lideratge en la planificació, l'avaluació i la gestió de les accions que s'han de desenvolupar per promoure la integralitat en l'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions

- Objectiu específic 1. Dissenyar la intervenció integral dels diferents departaments de la Generalitat de Catalunya que intervenen en l'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions, al llarg de la seva vida i en tots els entorns en què es mou la persona, reordenant els serveis que calgui.
- Objectiu específic 2. Dissenyar els indicadors d'avaluació per mesurar la consecució dels objectius proposats.
- Objectiu específic 3. Determinar els àmbits de gestió dels diferents departaments que intervenen en la provisió de serveis que han de donar una resposta integral.

Objectiu general 2. Fer la proposta d'estructura i funcionament del Pla integral per garantir-ne la continuïtat i la sostenibilitat

- Objectiu específic 1. Avaluar les necessitats del Pla integral per desenvolupar les accions encaminades a assegurar-ne l'èxit, la sostenibilitat i la continuïtat.
- Objectiu específic 2. Proposar l'estructura necessària per a la seva consecució i desplegament.
- Objectiu específic 3. Estudiar i proposar la capacitat funcional i organitzativa que ha de tenir el Pla integral.

Objectiu general 3. Dissenyar i implementar el sistema de qualitat i millora contínua en l'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions

- Objectiu específic 1. Dissenyar el model d'avaluació de la qualitat i millora contínua del Pla integral.
- Objectiu específic 2. Elaborar els indicadors de mesura per a l'avaluació contínua.

Objectiu general 4. Elaborar un programa per a professionals en l'atenció integral a les persones i joves amb trastorns mentals i addiccions o risc de patir-ne

- Objectiu específic 1. Integrar la dimensió familiar en la docència universitària, la postgraduada i la formació continuada.
- Objectiu específic 2. Desenvolupar un espai de formació comú per als professionals involucrats en les xarxes assistencials de les persones amb TM.

- Objectiu específic 3. Elaborar una guia pràctica d'actuació en rehabilitació psicosocial, amb visió integral.

Objectiu general 5. Dissenyar estratègies de recerca per a la promoció de la salut mental

- Objectiu específic 1. Articular un sistema de mesura objectiva de les accions preventives fetes en l'àmbit familiar i educatiu.
- Objectiu específic 2. Dissenyar accions de recerca pel que fa al gènere i els diagnòstics prevalents.
- Objectiu específic 3. Dissenyar accions de recerca quant a la prevalença de trastorns mentals en població descendent de progenitors diagnosticats de trastorn mental per ús de substàncies.
- Objectiu específic 4. Impulsar la investigació de noves formes d'intervenció en promoció de la salut mental.

Objectiu general 6. Elaborar un pla de comunicació per a l'impuls i el coneixement compartit de les accions i avantatges que ofereix el treball transversal i integral per a les persones amb trastorns mentals i addiccions i els seus familiars, així com per als professionals

- Objectiu específic 1. Dissenyar, aprovar i difondre el pla de comunicació.

Línia estratègica 10. Planificació operativa i impuls de les accions necessàries per a la consecució de la integració en la gestió territorial dels recursos assistencials: socials, sanitaris i educatius. Elaboració d'un únic mapa i establiment de l'accés integrat i territorialitzat

La consecució dels avantatges de l'acció integral dependrà de la capacitat d'actuar amb una total integralitat pel que fa a la gestió dels recursos.

És absolutament necessari unificar actituds i criteris en tots aquells aspectes que afecten la gestió transversal de les diferents xarxes de recursos que hi intervenen.

Per aconseguir-ho, abans que res caldrà recollir informació dels recursos que hi ha, entre totes les xarxes assistencials, al territori català, i analitzar els diferents criteris existents en relació amb l'accés als serveis, la compra de serveis, els mecanismes de provisió, les tarifes i el copagament, entre d'altres.

La finalitat d'aquesta línia estratègica és identificar la diversitat de l'oferta i reunir-la en un únic mapa de recursos per poder decidir posteriorment el circuit d'accés unificat, així com efectuar les propostes oportunes per a la flexibilització i l'agilitació de l'accés als recursos.

Punts forts

- **Increment de la xarxa de recursos assistencials dels departaments de Salut, Acció Social i Ciutadania, Educació i Treball, entre d'altres.**
- Major equilibri territorial en la dotació de recursos assistencials.
- Experiències desenvolupades i avaluades que han demostrat ser efectives, amb resultats molt positius.

Punts febles

- Diferents criteris planificadors entre els departaments de la Generalitat de Catalunya que hi han d'intervenir.
- Diferents criteris d'accés als recursos.
- Diferents criteris gestors, tant pel que fa a les tarifes com pel que fa al mètode de compra dels serveis.
- Diferents criteris respecte al copagament per part dels usuaris.
- Manca de continuïtat assistencial entre els diferents recursos de les xarxes assistencials.
- Deficients sistemes d'informació i de col·laboració en el tractament dels casos.
- Desconeixement entre els diferents recursos i professionals de les alternatives assistencials i dels circuits que s'han de seguir per a l'atenció correcta a les persones amb malaltia mental i addiccions, així com als seus familiars.
- Duplicitats d'accions assistencials per part de les diferents xarxes assistencials que poden intervenir en una mateixa necessitat.

Objectiu general 1. Fer un mapa únic dels recursos de les xarxes social, sanitària, laboral i educativa

- Objectiu específic 1. Elaborar un únic mapa de recursos, que integri els dels departaments de la Generalitat de Catalunya que intervenen en el procés assistencial.

Objectiu general 2. Identificar en una sola cartera de serveis el conjunt de serveis dels diferents departaments de la Generalitat de Catalunya

- Objectiu específic 1. Identificar les duplicitats i les mancances en la xarxa integral assistencial.
- Objectiu específic 2. Analitzar les característiques dels serveis, així com les funcions que tenen, la població destinatària i els objectius que persegueix cada servei.
- Objectiu específic 3. Elaborar propostes de millora de la xarxa integral.

Objectiu general 3. Dissenyar un sistema d'accés territorialitzat i integral que permeti la flexibilització de criteris i la coresponsabilització entre les xarxes

- Objectiu específic 1. Analitzar els sistemes d'accés a cadascun dels serveis dels diferents departaments.
- Objectiu específic 2. Elaborar propostes de revisió i unificació dels sistemes d'accés als diferents recursos dels diferents departaments.

Objectiu general 4. Establir unitats territorials d'accés i gestió integral dels casos

- Objectiu específic 1. Dissenyar els instruments de valoració de necessitat i d'assignació de recursos, amb caràcter integral.
- Objectiu específic 2. Constituir una unitat territorial per tal de gestionar l'accés als recursos del circuit, amb caràcter integral.
- Objectiu específic 3. Establir mecanismes de comunicació i coordinació entre serveis per a la gestió dels casos.

7. Bibliografia

1. World Health Organization. The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra, 2001.
2. WHO. Strengthening mental health promotion. Ginebra, 2001 (full informatiu núm. 220).
3. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
4. Departament de Salut. Pla director de salut mental i addiccions. Generalitat de Catalunya, Barcelona 2006.
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3534/doc33781.html>
5. Haro JM, Palacín C, Vilagut G et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: resultados del estudio. ESEMeD-España. Med Clin (Barc) 2006; 126: 445-51..
6. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Volum 1: Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut. pàg. 95-96.
<http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>
7. Departament de Salut. La Salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2006. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/sapoblainfa2006.pdf>
8. Departament de Salut. Estudi Cost-Dep-Cat, 2006 [en premsa].
9. Serrano A, Palao D et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP Study). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.
<http://www.springerlink.com/content/p436351596355753>
10. E. Vicens et al. Epidemiología de trastornos mentales en los centros penitenciarios de Cataluña, Madrid y Aragón. 2010 [en premsa].
11. OMS. La atención a la salud mental en los servicios comunitarios. Document aportat a la Conferència d'Hèlsinki del 2005 (WHO-WHR'04).
12. Torres González F, Barrios Flores LF. Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental. Oficina de Planificació Sanitària i Qualitat (Ministeri de Sanitat i Consum), Universitat de Granada. Encàrrec del Consell d'Europa).

13. Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina. (Aprovat pel Comitè de Ministres del Consell d'Europa el 19 de novembre de 1996. Obert a la signatura dels Estats a Oviedo, el 4 d'abril de 1997 i ratificat per les Corts Generals espanyoles el 5 d'octubre de 1999 (BOE 20 octubre 1999 - núm. 251) en vigor a Espanya l'1 de gener de 2000.

[. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2161/oviedo.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2161/oviedo.pdf)

8. Comissió interdepartamental

Marta Segura Bonet

Departament de Salut
Secretària general
Presidenta Comissió Interdepartamental

María Luisa de la Puente Martorell

Departament de Salut
Directora general de Planificació i
Avaluació
Sotsdirectora del Servei Català de la
Salut

Cristina Molina Parrilla

Departament de Salut
Directora Pla director de salut mental i
addiccions i del Pla Integral d'atenció a
les persones amb Trastorn Mental i
Addiccions
Secretaria Comissió Interdepartamental

Esther Rovira Campos

Departament de Salut
Responsable del Pla Integral d'Atenció a
les Persones amb Trastorn Mental i
Addiccions

Carme Esquirol Jiménez

Departament de Presidència
Direcció General de Coordinació
Interdepartamental
Cap de l'àrea de Politiques Socials

Francesc Xavier Soley Manuel

Departament d'Acció Social i Ciutadania
Director General d'Atenció a la Infància i
l'Adolescència

Lluís Torralba Novella

Departament d'Interior, Relacions
Institucionals i Participació.
Subdirector General de Salut Laboral i
Prevenició de Riscos

Marta Sabaté Solanes

Departament de Governació i
Administracions Públiques
Subdirectora General de Polítiques
Socials, Prevenció i Salut Laboral

Paula Montero Brasero

Departament de Justícia
Subdirectora general de Programes de
Rehabilitació i Sanitat

Ana Maria Llanza Sicart

Departament de Justícia
Directora de l'Observatori de Dret Privat
de Catalunya

Josefina Corominas Baulenas

Departament d'Educació
Subdirectora general de Gestió de
Serveis a la Comunitat

Sara Berbel Sánchez

Departament de Treball
Directora general d'Igualtat d'Oportunitats
en el Treball

Gloria Adelantado Llopis

Departament de Media Ambient i
Habitatge
Responsable de Polítiques Socials

Pilar Solanès i Salse

Departament d'Acció Social i Ciutadania
Institut Català d'Assistència i Serveis
Socials
Subdirectora General de Planificació i
Avaluació

9. Professionals que hi han participat

DEPARTAMENT DE SALUT

Directora general de Planificació i Avaluació	María Luisa de la Puente Martorell
Directora del Pla Director de Salut Mental i Addiccions	Cristina Molina Parrilla
Responsable del Pla Integral d'Atenció a les Persones amb Trastorn Mental i Addiccions	Esther Rovira Campos
Assessor del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions	Enric Arqués Martí
Assessor del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions	Joan Vegué Grilló
Assessor del Pla director de salut mental i addiccions	Josep Ramos Montes
Assessor del Pla director de salut mental i addiccions	Pepe García Ibáñez

DEPARTAMENT DE TREBALL

Subdirectora general de Polítiques Laborals per a la Diversitat	Emilia Pallàs Zenke
Cap del servei de Programes per a la Diversitat	Núria Pàmies Martorell

DEPARTAMENT D'ACCIÓ SOCIAL I CIUTADANIA

Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS)

Subdirectora general de Planificació i Avaluació Pilar Solanes Salse

Coordinadora de tècnica de Salut Mental Goya Galera Balboa

Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)

Subdirector general d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència Joan Mayoral Simon

Cap del servei de Planificació i Avaluació Ignasi Samper Castellò

DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA

Subdirectora general de Programes de Rehabilitació i Sanitat Paula Montero Brasero

Cap de l'àrea de Sanitat Penitenciària Rafael Alonso Guerrero Moreno

DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ

Subdirectora general de Gestió de Serveis a la Comunitat Josefina Corominas Baulenas

Cap del Servei d'Educació Inclusiva i de Coordinació de Programes Transversals Esther Castejón Coronado