

ATENCIÓ INDIVIDUAL-FAMILIAR
DES DE SERVEIS SOCIALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
CRITERIS METODOLÒGICS I ORGANITZATIUS

Acció Social
Desembre de 1996

ATENCIÓ INDIVIDUAL-FAMILIAR DES DE SERVEIS SOCIALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

0.- INTRODUCCIÓ		3
1.- FONAMENTACIÓ	4	
1.0.- L'atenció a les necessitats dels ciutadans		4
1.1.- La intervenció amb la persona-família		5
1.2.- L'equip com a eix de l'atenció		6
1.3.- L'ètica		7
1.4.- Criteris diagnòstics de problemàtica social i psicosocial		8
1.5.- La intervenció sense demanda		10
2.- CRITERIS TÈCNICS I METODOLÒGICS		11
2.1.- El primer contacte de la persona-família		11
2.1.1.- Dades a recollir al primer contacte.		12
2.1.2.- Criteris d'informacions que es resolen al primer contacte		12
2.2.- La primera entrevista		13
2.2.1.- Criteris de situacions que es resolen a la primera entrevista	14	
2.3.- Diagnòstic i pronòstic		14
2.4.- Pla individualitzat d'inserció social	17	
2.5.- Intervenció-tractament		19
2.5.1.- El tipus d'intervenció		20
2.5.2.- Els nivells d'intervenció		21
2.6.- Avaluació final. Tancament		22
2.7.- Derivació		23
3.- ATENCIÓ A URGÈNCIES SOCIALS		24
4.- CRITERIS ORGANITZATIUS		26
4.1.- Circuit d'atenció		26
4.1.1.- Primer contacte		26
4.1.2.- Primeres entrevistes		26
4.2.- Espais de regulació	27	
4.2.1.- Espais de gestió quotidiana		27
4.2.2.- Altres espais		29
4.3.- Distribució horària del treball.		29
4.4.- Càrregues de feina i ràtios		30
4.5.- Situació d'alerta		35
4.6.- La gestió de l'atenció individual-familiar		35
4.6.1.- La gestió-direcció des del CMSS	35	
4.6.2.- La gestió-direcció centralitzada		36
5.- REFERÈNCIES DOCUMENTALS		36
6.- ESQUEMA-RESUM DEL PROCÉS D'ATENCIÓ INDIVIDUAL-FAMILIAR		38
7.- ANNEXOS		39

Fitxa tècnica

Document elaborat pel següent equip de feina: *Joana Maria Andreu, Cap de sector de Ponent; Rosa Ballester, TF de Litoral; Tote Estrades, AS de Nord; Cruz Gárate, EMO de Ponent; Juana Pascual, Ps de Llevant Nord; Antònia Puigserver, AI de Llevant Sud i Juana Rodríguez, AS de Ciutat Antiga; i Bernat Calafat (Coordinació), Expert en Ciències Social de la US.*

L'equip de feina ha treballat en sessions quinzenals de 3 hores de duració aproximadament, durant els mesos de maig-juny i setembre-octubre de 1996.

El document s'ha anat construint en les reunions de l'equip de feina. Els membres sols han treballat durant les sessions. La tasca de conducció, recerca i redacció del document ha estat realitzada pel tècnic de la US.

Document que durant el mes de novembre de 1996 ha passat i ha rebut valuoses aportacions de les Unitats de Suport i de Gestió, dels Caps de sector i dels equips de professionals dels centres municipals de serveis socials.

Finalment ha estat aprovat amb caràcter vinculant per la direcció i regidoria d'Acció Social de l'Ajuntament de Palma, en data 2 de desembre de 1996.

0.- INTRODUCCIÓ

El Pla estratègic d'Acció Social 1996-99, defineix com a prioritzacions per a *millorar la gestió, l'atenció i el suport tècnic el Revisar metodològicament la intervenció*. També defineix com objectiu general complementari 1, *Millorar la gestió per a una atenció de més qualitat de les persones/famílies*, que s'ha d'assolir a través de l'objectiu específic *Augmentar la qualitat tècnica de l'atenció (formació i reciclatge del personal)*.

Per aquest motiu el Pla defineix com a una necessitat: el dotar d'instruments teòrics i tècnics que incideixen en una òptima i millor qualitat de l'atenció a l'usuari-ciutadà, a través de:

- protocol de treball individual-familiar
- protocol de treball de projectes
- formació
- documentació
- assessorament a professionals

S'haurà assolit l'objectiu específic detallat, si: s'assoleix una millor preparació dels professionals, i s'homogeneïtza i uniformitza tècnicament tota la xarxa i es facilita la tasca diària dels professionals. Aquest document suposa l'ordenament del protocol de treball individual-familiar o atenció individual-familiar.

El dictamen de la revisió del Treball social individual-familiar¹, definia com a línies de treball:

- acordar i dissenyar criteris tècnics comuns que facilitin la intervenció dels professionals.
- acordar i dissenyar protocols d'actuació per perfils d'usuaris, que sien una guia clara de les intervencions a realitzar i que facilitin el treball interprofessional.
- el d'establir les formes d'organització més òptimes i pertinents per facilitar l'atenció als usuaris (circuit d'atenció, ràtios, carregues, etc) dels sectors i de l'Àrea.

Aquest document pretén precisament aconseguir:

- unificació de criteris tècnics i metodològics del procés d'atenció individual-familiar**
- unificació de criteris organitzatius**
- facilitar la intervenció quotidiana dels professionals.**

Anualment s'haurà de valorar en quin grau s'han assolit.

En la redacció d'aquest document s'ha comptat amb els *Documents de desenvolupament del Pla Municipal de Serveis Socials d'Atenció Primària de l'Ajuntament de Barcelona*; que han estat de gran utilitat.

El marc legislatiu i competencial² defineix que els ajuntaments han de prestar serveis de prevenció i inserció social, crear, organitzar i gestionar serveis generals i específics.

Definint com a serveis generals: informació, orientació i assessorament; cooperació social i ajuda a domicili. Que són les prestacions municipals: d'informació i orientació, voluntariat i ajuda domiciliària.

Definint com a serveis específics, de forma molt genèrica i inconcreta, els adreçats a col·lectius específics: protecció i suport a la família, infància i joventut; rehabilitació i integració de disminuïts; assistència a la tercera edat; protecció de la dona; i altres col·lectius en situació de marginació. Es poden incloure en aquest apartat la resta de prestacions municipals que suposen un tractament -social, psicosocial o socioeducatiu- i les que suposen prevenció -projectes grupals i comunitaris.

¹ El dictamen és el document d'anàlisi i diagnòstic del TSIF, que ha donat lloc a la realització del present document.

² La legislació genèrica és la Llei Reguladora de Bases del Règim Local i la Llei d'Acció Social de la CAIB. Hi ha tota una desplegada de lleis específiques o sectorials que afecten als serveis socials municipals: LISMI, Llei del Menor, etc.

No hi ha cap referència concreta a quins tipus de prestacions hauran de desenvolupar els municipis, havent-hi una manca de delimitació competencial clara, deguda a la pròpia ambigüitat i vaguetat de la Llei. El present document estableix des d'un posicionament tècnic, les situacions de dificultat social que seran ateses des dels serveis socials d'atenció primària de l'Ajuntament de Palma.

1.- FONAMENTACIÓ

L'atenció individual-familiar a les persones-famílies en situació de problemàtica social i/o exclusió és fonamenta sobretot en la personalització de l'atenció; és a dir, en l'adaptació del procés d'ajuda a la peculiar situació de cada persona, partint més de les seves capacitats que de les seves dificultats i partint del dret a negociar-pactar amb el servei. Secundàriament a aquesta idea central, el procés d'atenció també es fonamenta en: ser un abordatge en equip i en xarxa, i ser una forma d'intervenció que s'ha de completar -o transformar- amb intervencions grupals i comunitàries.

1.0.- L'atenció a les necessitats dels ciutadans

L'atenció a les problemàtiques de marginació i/o exclusió social, suposa d'una banda intervenir sobre la persona, família i/o grup que viu en aquesta situació i de l'altre sobre la societat -entitats, apas, col·legis, ~~xarxa formal i informal de vida social- que aravoreix, dificulta o integra situacions de marginació social.~~

Per garantir processos d'inserció social s'ha de tenir en compte que es treballa en la interrelació persona en situació d'exclusió (tenint en compte les seves dificultats i les seves capacitats-potencialitats) i l'entorn social i econòmic en el que viu (les seves característiques, dinàmiques i valors dominats que influeixen sobre els individus). Doncs, els serveis socials d'atenció primària actuen en la interacció entre l'individu i el seu entorn.

L'atenció a les necessitats d'una persona o família no passen sempre per l'atenció individualitzada, sinó que també a través de:

- l'atenció grupal de persones/famílies que comparteixen característiques, necessitats semblants i que es troben en una situació similar³.
- intervencions comunitàries des de l'atenció individual i grupal, fent gestions i actuacions sobre entitats de la comunitat que poden afavorir processos d'integració. Ja que poden ser la porta que augmenti la sensibilització i participació d'entitats de la comunitat.

De tal manera que s'ha d'entendre l'atenció a les necessitats de les persones-famílies des d'una vessant sempre comunitària -ubicada a un territori, tenint en compte els recursos que hi ha a la comunitat-. I que l'atenció a aquestes necessitats pot ser: individual, grupal i/o comunitària.

1.1. La intervenció amb la persona/família.

La persona- família han de ser considerats com a subjectes actius -amb limitacions però també amb potencialitats-, que tenen capacitat de decisió i d'autogestió sobre el seu futur personal. Treballant sempre la dimensió social, d'integració a la dinàmica social i als recursos de la seva barriada i/o de ciutat.

³ L'atenció grupal a persones afectades permet:

- rendabilitzar intervencions professionals, incidint al mateix temps en varis casos.
- augmenta el ventall d'aspectes a abordar.
- possibilita l'autoajuda i suport emocional entre les persones.

El punt central de l'atenció individual-familiar és que **la persona/família és subjecte actiu del seu devenir, és autònoma i responsable, sobretot tenint en compte les seves capacitats i habilitats i també valorant les seves dificultats, mancances i limitacions**⁴. Cal que des del principi sia una persona amb capacitat per valorar la seva situació i amb capacitat de contractuar i pactar amb el servei el tipus d'atenció i les tasques que realitzarà.

Per la qual cosa, la intervenció social s'ha de basar en:

1.- La situació personalitzada i única de cada persona-família. S'ha de partir de les seves costums, del seu llenguatge, de la peculiar forma de percebre la situació que travessa la persona o família. De tal manera que es pugui *co-construir*: la valoració de les seves potencialitats i de les seves dificultats, i el procés d'atenció a desenvolupar conjuntament.

2.- El professional ha de dominar i ser conscient de què en una valoració de problemàtica i/o demandes no hi ha d'interferir per res -encara que es difícil controlar-ho totalment- els seus prejudicis i valors socioculturals.

3.- S'ha de comprovar repetidament i constatar què la persona-família entén i compren el que li diu, el que li demana el professional. La persona-família no sempre entén, el professional ha de comprovar que realment s'ha donat a entendre, ja que el que és obvi i habitual per a ell pot ser estrany i incompreensible per la persona-família.

També s'ha de valorar la capacitat de manipulació de l'atenció que pot tenir la persona/família, així com al que té llarga experiència en contactes amb serveis, esdevenint un autèntic *expert* en maneig de professionals. Aquests aspectes s'han d'integrar en la planificació de la relació assistencial professionals-persona/família.

4.- S'ha de transmetre a la persona-família que s'ha entès i -sobretot- comprés la seva situació, que se'l podrà ajudar -si és pertinent- en que ell resolgui la seva dificultat. Per la qual cosa s'ha de defugir de l'ús de tecnicismes. No es pot oblidar que hi ha una tensió amb la persona-família, ja que ell pressiona per obtenir una resposta immediata al mateix moment de l'entrevista i la percepció que ell té de que la resposta que obtindrà serà "necessit més entrevistes, necessit saber més". La persona-família pressionarà presentant una situació dramàtica -que molt cops és real- i intentant transmetre/suscitar ansietat o tensió emocional al professional (en un intent de que el "seu" problema sia realment el "nostre" problema).

5.- S'ha de partir de la cultura i visió del món de la persona-família però al mateix temps se l'hi ha de retornar reorientacions i reorganitzacions que l'ajudin a veure les coses d'una altra manera, que afavoreixi que faci coses concretes -amb l'ajut del professional i del servei- que li permetin superar les seves dificultats. Ell ha de sentir-se implicat i responsable del seu devenir.

6.- S'ha d'aclarir a la persona-família a l'inici -als primers contactes- el que li pot oferir el servei, per això s'ha de conèixer el què la persona-família espera del servei. Per després ajustar el què ell vol amb el que realment es pot ofertar, de tal manera que s'eviti l'aparició de malentesos futurs.

7.- S'han d'evitar, pel degut respecte ètic a la persona-família, les etiquetes - ja atesos al passat- que dificulten intervencions futures, que funcionen com autoprofecies complidores de caràcter negatiu (és i serà un cas "difícil", és una cas "problemàtic", està "loca", és un "alcohòlic", etc).

⁴ Així s'ha de passar d'una concepció del diagnòstic no sols centrada en les dificultats, mancances, problemes, carències; sino que més centrada en les capacitats, habilitats i potencialitats de les persones i les famílies.

8.- S'ha d'evitar "el passeig de la persona-família", que ens l'envien d'allà i que l'enviam cap allà-deçà. S'ha d'entendre que els serveis públics personals han d'atendre en "xarxa" a les persones-famílies. Per la qual cosa han de col·laborar, complementar, intervenir conjuntament i no entrar en una rivalitat per no "atendre a la persona-família". Sempre s'ha d'aclarir i efectuar les derivacions correctament⁵.

Les variables socials, psicològiques, culturals i econòmiques que incideixen en les situacions d'exclusió són complexes i variades, sobre moltes d'elles no es pot intervenir des de serveis socials però sobre d'altres, hi ha un marge d'actuació considerable. Però, al mateix temps els processos personals d'inserció social són difícils: hi ha situacions que empitjoren, d'altres que es cronifiquen, d'altres que es perden, d'altres que milloren un poquet -però progressen-, d'altres -poques- fan un canvi espectacular. S'ha de partir de que els resultats d'inserció són difícils, precisament per això els professionals han de fer veure a la persona-família les passes i avenços que realitza -per petits que sien-.

1.2.- L'equip com a eix de l'atenció.

L'equip del CMSS és l'eix de l'atenció a les persones-famílies, *aquest principi ha de guiar totes les pautes tècniques, metodològiques i organitzatives de l'atenció*. S'ha d'assolir intervencions en equip, evitant els uniprofessionalismes i les intervencions aïllades. Però sense caure en que tot s'ha de fer entre tots, ni que tots els casos requereixen sempre la intervenció de varis professionals. Precisament la personalització de l'atenció suposa que cada situació de dificultat de cada persona-família requereix un abordatge propi, que pot ser que sia la intervenció d'un únic professional.

La dotació de personal dels equips dels CMSS sempre serà multiprofessional, comptant amb Assistents Socials, Educadors de Medi Obert, Psicòlegs, Treballadors Familiars i Auxiliars Informadors.

Molts casos requereixen que es faci un abordatge interprofessional, per la qual cosa s'ha de plantejar i consensuar una intervenció d'equip operatiu que ha de delimitar les responsabilitats i les tasques de cada un. De tal manera que s'ordeni l'estratègia d'intervenció, evitant duplicitats, contradiccions o intervencions en paral·lel. Es responsabilitat del servei i dels professionals oferir una imatge d'unitat que la persona-família ha de percebre: de que és un equip que actua conjuntament i no dos o tres professionals diferents que l'atenen.

L'equip ha de realitzar:

- clarificar situacions: elaborant un diagnòstic i pla de feina comú.
- poder contenir situacions greus i/o d'alt risc que promouen reaccions d'ansietat i/o d'inseguretat en els professionals.
- definir un abordatge interprofessional.

La finalitat de l'equip és la d'atendre de forma global a les persones/famílies, per assolir de forma més àgil i qualitativa un procés de canvi i d'inserció social. Malgrat que la inversió inicial és més costosa -en temps i dedicació- però es rendabilitza i millora la qualitat de l'atenció i els resultats d'aquesta.

1.3.- L'ètica.

Un punt important de debat és el del dret que té la persona-família com a ciutadà, el dret a la confidencialitat i protecció de les dades personals. Com també el de la deontologia ètica dels professionals.

1.- El dret de demanar per poder ajudar. Per poder fer una bona intervenció professional d'ajut personal, s'ha de disposar i demanar qüestions difícils als usuaris -que s'han de mester saber per poder canviar la

⁵ El posicionament dels tècnics ha de ser que els diferents serveis d'atenció personal de les diferents administracions formen part d'un tot integrat. Precisament per ser tots serveis d'administracions públiques -local, insular, autonòmica o perifèrica de l'Estat- és precís que els professionals treballin conjuntament-coordinadament per atendre millor a les persones-famílies.

situació-. Per exemple, quan hi ha una petició d'ajuda econòmica, es precis fer tota una sèrie d'escatiments i constatacions de les dificultats econòmiques -moltes vegades amb proves documentals-

2.- Les informacions d'altres serveis. En moltes ocasions es necessari disposar de dades d'intervenció fetes per altres serveis amb la persona-família, aquesta recapitulació sempre s'ha de fer amb el coneixement de la persona-família, no és que la persona-família ho hagi d'autoritzar, però si que sempre n'ha d'estar informat. S'ha d'evitar repetir exploracions innecessàries a les persones/famílies, ja que han estat realitzades prèviament per d'altres serveis.

3.- La confidencialitat. La confidencialitat de l'atenció a la persona-família suposa el tenir ben clar el degut respecte a les seves dades. La qual cosa no vol dir que no hi hagi comentaris de "passadís" però sempre amb la deguda reserva. Es inevitable i sa que els professionals puguí manifestar el malestar que li provoca un usuari -perquè no compleix, perquè ens molesta, perquè ens provoca ansietat o emocions-, com a primera passa per analitzar el que passa i com s'ha de resoldre.⁶

4.- El dret de la persona-família. Les persones i famílies que atensem tenen el dret de poder saber quina és la informació que sobre ells maneja el servei. Encara més, si l'intervenció s'ha de basar en la capacitat real d'aquest a contractuar i en un pla d'igualtat. S'ha de tenir en compte que la persona-família té dret a disposar i conèixer la informació que sobre ell hi ha l'expedient, però no a accedir-hi físicament. La persona-família pot sol·licitar via instància un informe d'assistència⁷, que se li haurà de lliurar -que no és la transcripció de l'expedient sinó que un informe-resum-.

5.- El deure de comunicació de situacions d'alt risc o de delictes a l'autoritat competent. Per ètica també la persona-família ha de saber quan nosaltres com a treballadors de l'administració pública estem obligats per llei a comunicar la seva situació a l'autoritat competent, al jutjat o al Ministeri Fiscal⁸.

Com a principi general s'ha d'enregistrar el que el professional estaria disposat a dir/llegir a la persona-família. De tota manera sempre quedaria la reserva per a les situacions que comportin risc personal per a terceres persones -menors, vells, etc-.

Els informes socials⁹ són un document de valoració dels professionals que s'elaboren per accedir a prestacions i per adreçar a serveis i institucions externs.

Quan hi hagi una informació de tercers -generalment veïnats- que canvien la situació o valoració d'un cas, primer s'haurà de contrastar i verificar abans de tenir-la en compte

1.4.- Criteris diagnòstics de problemàtica social i psicosocial

Les situacions de dificultat que són ateses des dels Centres municipals de serveis socials CMSS es caracteritzen per ser problemàtiques socials, un concepte prou ample i complex. En aquest apartat es fa un intent de sistematitzar i delimitar el que és una problemàtica social, que s'estimarà per l'apreciació d'alguna d'aquestes dimensions: dificultat econòmica -manca de recursos suficients-, dificultats relacionals que

⁶ No podem oblidar que una de les eines principals de l'atenció a persones és la pròpia persona del professional. Com a tota relació humana es generen situacions emocionals -positives i negatives- que s'han de tenir en compte, precisament per poder generar una relació d'ajuda i de canvi.

⁷ L'informe d'assistència, és un resum de les actuacions, gestions i tramitacions que ha realitzat el/s professional/s amb la persona/família. Bàsicament descriptiu, sense entrar en valoracions ni dictamens.

⁸ Al respecte hauria de quedar determinat des de direcció quines situacions són les que els professionals -si en tenen coneixement- han de comunicar a les autoritats competents, d'acord a la legislació vigent; bàsicament són les situacions que afecten a menors -risc de pressupets desatencions o maltractes-.

⁹ Els informes socials s'entenen com els informes que es realitzen des dels CMSS, ja sia per part d'AS, informes educatius dels EMO, informes psicològics dels Psicòlegs i informes dels treballadors familiars,

afecten la integritat física i psicològica, dificultat d'integració social i dificultats d'autonomia funcional. En molts casos es donaran simultàniament dues o tres de les característiques esmentades.

Habitualment en cada una de les situacions de dificultat que viuen les persones i famílies, a més de les dimensions o criteris de problemàtica social esmentats, es donen alguns dels factors associats: aïllament familiar, dificultat d'accés al mercat laboral, dependència crònica de serveis personals, dificultats psicosocials i manca d'habilitats personals.

Aquesta delimitació marca el que s'ha d'atendre des dels serveis socials d'atenció primària, les situacions que no estan inclosos en els criteris de problemàtica social -criteris 1, 2, 3 i 4- no seran atesos des de serveis socials, seran informats i orientats cap als recursos personals pertinents i adreçats a aquestes problemàtiques. Recursos de l'atenció a persones com són: els educatius -amb els seus recursos de suport als nins amb necessitats educatives especials, sanitaris, de salut mental, d'atenció a drogodependències, laborals -formatius i d'inserció a l'ocupació-, culturals, formatius, associatius,... Ja sien públics, concertats però de gestió privada, ONGs o estrictament privats.

A la pàgina següent hi ha el quadre de criteris definitòris de la problemàtica social i dels factors associats.

Quadre de criteris diagnòstics de problemàtica social

A.- Per dictaminar un diagnòstic de problemàtica social sempre hi haurà d'haver -com a mínim- un dels següents criteris:

1.- Manca de recursos econòmics suficients per a cobrir les necessitats bàsiques.	Els recursos econòmics mensuals que te la persona-família no li permeten cobrir adequadament les necessitats bàsiques: d'alimentació, d'higiene, de vestimenta, d'allotjament, d'atenció personal.
2.- Situacions que suposen un risc a la integritat de persones.	- Abandó-desatenció d'infants. Indicis i/o maltractes d'infants ¹⁰ . - Dones maltractades - Persones majors desateses pels seus familiars
3.- Dificultats d'integració social i/o aïllament.	Situacions en les que hi ha: - marginació i/o exclusió social ¹¹ per ètnia, immigració, discapacitat, d'altres - escàs o nul suport de xarxa d'amics i/o coneguts. Normalment associat a escassa o nul·la participació en activitats: culturals, esportives, d'oci i d'entitats de la barriada.

¹⁰ Situacions que estan definides operativament al full de comunicació de maltractes al servei de menors

¹¹ La persona-família percep un rebuig per part dels membres de la comunitat on viu, o amb

4.- Dificultats d'autonomia funcional de persones	Persones -generalment majors- que no tenen capacitat per auto-cuidar-se, ni disposen de familiars/persones que ho realitzen; i precisen d'un suport domiciliari
---	---

B.- Factors associats:

1.- Aïllament familiar.	La persona o família no disposa d'un suport de les seves famílies extenses: ja sia per excés -suplantació de funcions- o fer defecte -inexistència de relacions-.
2.- Dificultats d'accés al mercat laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Manca de motivació i/o interès. - Manca de formació i de qualificació laboral. - Manca d'hàbits bàsics pel treball
3.- Dependència crònica de serveis personals.	Persones/famílies que tenen una relació continuada i de dependència amb serveis: sanitaris, educatius i socials i/o d'entitats.
4A.- Les dificultats definides als protocols psicosocials	<ul style="list-style-type: none"> - Família Multiproblemàtica - Problemàtica en les relacions familiars - Problemes de conducta infantojuvenil - Problemes de conducta antisocial infantojuvenil - Problemes de parella-adults - Problemàtiques psicològiques de la gent gran - Joves i adults amb problemàtica de salut mental - Discapacitats - Situacions de risc a la infància
5.- Manca d'habilitats personals.	<ul style="list-style-type: none"> - escasses habilitats de relació social - escasses habilitats d'autocura de si mateix - autoestima i autoimatge negativa

Hi ha una part important de l'atenció que és realitzada des del CMSS que cobreix la necessitat d'accés a la informació sobre recursos i prestacions. Atenció que no sempre suposa que la persona-família estigui en una situació diagnosticada com a problemàtica social, però sí que rebrà una atenció informativa i d'orientació ja sia des del primer contacte o des de les primeres entrevistes.

1.5.- La intervenció sense demanda.

Hi ha situacions que arriben o són detectades des dels CMSS que requereixen d'una intervenció però que no es sol·licitada, ni volguda per les persones/famílies que la pateixen. Generalment són situacions de necessitat, dificultat o conflicte que suposen una situació clara de risc que afecta a altres persones -per exemple: situacions de desatenció i abusos a menors, vells abandonats o amb demències, etc-

Les dues situacions més habituals són:

A.- Les que són detectades a través del treball preventiu i de carrer dels professionals del CMSS.

Normalment se l'hi ha donat cita de permanències i no han acudit.

La característica comuna és la manca de consciència del problema, la voluntat inicial de no rebre ajut -ja que no hi ha consciència del problema- i el ser una situació de risc que precisa de la intervenció dels serveis socials

Les formes d'abordatge d'aquestes situacions, precisem d'un primer moment d'intervenció sobre els comunicants i de motivació-conscienciació de la família.

entitats/serveis amb els quals es relaciona. Durant la intervenció s'ha de treballar no sols sobre la persona-família, sinó que intentant incidir en la relació d'exclusió social.

En la situació d'una problemàtica -generalment familiar i detectada per l'EMO- detectada per un professional del propi equip del CMSS; cal que:

~~el professional que fa la detecció tingui un vincle o relació amb la persona família~~

- s'ha de garantir sempre que hi hagi un suport de la resta de professionals de l'equip,
- s'ha de flexibilitzar la forma d'accés al CMSS, per exemple: una primera entrevista domiciliària menys formal, una entrevista conjunta, un contacte informal al carrer, etc.

B.- La que es comunicada per un servei extern¹², per una entitat o per un veïnat de la barriada.

Hi ha tres possibilitats: que la persona-família estigui d'acord i vulgui acudir al CMSS -aquesta no presenta cap dificultat-, que no vulgui acudir o que no estigui assabentada de la comunicació.

Sempre s'ha de procedir a:

- Aclarir i situar la demanda. Hi ha una feina a fer amb el servei/entitat comunicant; a vegades per resituar la problemàtica.
- Induir la demanda de la família a través del servei derivant.
- Realitzar de forma conjunta un d'intent de contacte amb la família, pot ser útil que es canalitzi -o es faci l'entrevista- a les dependències del servei comunicant.

Aquestes situacions seran resoltes pel Cap del sector, que després el vehiculitzarà cap als professionals que portarà el cas.

Les situacions que afectin a terceres persones com alt risc seran comunicades als serveis corresponents: maltractes a persones majors, maltractes i desatencions a infància, etc.

2.- CRITERIS TÈCNICS I METODOLÒGICS

La metodologia bàsica de la intervenció social és basa en la metodologia general de la intervenció amb persones, grups o col·lectius; ja sia des de la sanitat, la salut mental, l'educació o els serveis socials..

Sempre hi ha un primer contacte del ciutadà-usuari-pacient amb el servei personal -sanitari, educatiu, social, cultural, judicial- que l'atén, una fase de valoració-avaluació-diagnòstic, una fase d'intervenció i una fase final de valoració dels resultats.

Els moments del procés d'atenció a les persones, famílies i/o grups són els següents:

- 1.- Primer contacte de la persona-família amb el servei.
- 2.- Primera entrevista de valoració i d'escolta de la demanda.
- 3.- Diagnòstic i pronòstic.
- 4.- Pla individualitzat d'inserció social i Contracte.
- 5.- Intervenció-tractament.
- 6.- Avaluació final.

S'ha de tenir present que aquests moments molts cops se superposen, així en un moment inicial de valoració ja s'estan realitzant intervencions -informacions, orientacions, pre-acords-. Però, és bàsic efectuar acuradament els moments de diagnòstic-pronòstic i el de Pla individualitzat d'inserció social, abans d'iniciar el d'intervenció-tractament.

2.1- El primer contacte de la persona-família.

Es el primer contacte que realitza la persona/família amb el servei, pot ser efectuat sol·licitant hora a les dependències del CMSS o sol·licitat indirectament a través del contacte de carrer amb els professionals que

¹²Per exemple de Centres Educatius, d'altres serveis municipals, d'entitats veïnals de la barriada. Una situació especial és la comunicada des de la Regidoria de Sanitat -que arriben als CMSS via Regidoria d'Acció Social- i que suposen una actuació domiciliària del CMSS.

porten projectes. Per aquest motiu, una peça fonamental del circuit -o procés- d'intervenció individual és el primer contacte que té la persona que sol·licita l'ajut dels serveis socials. Ja que d'una banda se l'ha d'atendre mínimament i de forma igualitària a tots els CMSS i de l'altra se l'ha d'informar.

Primer contacte a través de l'Auxiliar Informador del CMSS.

La persona-família acudeix a sol·licitar ajut. Aquest primer contacte suposa d'una banda:

- Que l'auxiliar informador/a disposi d'informació bàsica i clara del propi CMSS, de l'Àrea i d'altres serveis.
- Discriminar la demanda informativa o d'ajut que s'han de resoldre des d'altres serveis, que no han d'entrar al circuit d'individual.
- Ofertar dia i hora de primeres entrevistes al CMSS. Detallant sempre nom, adreça, telèfon, qui l'envia i què demana (expressió literal).- segons el model de l'annex I-

L'auxiliar informador pot demanar una informació bàsica i mínima per poder fer el que anteriorment s'ha dit. Cal tenir en compte: primer, que caldria adequar i millorar l'espai físic de l'auxiliar informador per garantir la confidencialitat de la persona-família; segon, al mateix temps que s'han de respectar les tasques concretes de l'auxiliar informador -no hi ha de poder haver cap interrupció per part del professional quan l'auxiliar informador atén a un usuari-; tercer, també s'ha de considerar la distorsió que pot provocar el fet d'haver d'atendre el telèfon.

La tasca que desenvolupa l'Auxiliar Informador és fonamental pel circuit d'individual-familiar, no sols per realitzar el primer contacte amb la persona-família, sinó que també perquè es el professional al que es dirigirà durant el procés d'atenció que rebrà des del CMSS. Com també per la informació que facilita constantment a professionals i serveis externs que ho sol·liciten.

Primer contacte a través de professionals de projectes.

Quan el primer contacte sia a través d'un professional que realitza un projecte grupal o comunitari, el procediment a seguir serà presentar el cas a la primera reunió de casos que es faci, si la situació és urgent es presentarà al Cap de sector del CMSS.

Hi ha dues possibilitats:

- Que la persona/família faci clarament una demanda, manifestant una predisposició a acudir al CMSS. El professional que fa el contacte ho presentarà a la reunió de casos, en la qual l'equip decidirà la forma més adequada d'abordatge i se li podrà donar hora de primera entrevista.
- Que la persona/família no faci clarament una demanda i que el professional que l'atén valori que hi ha una predisposició baixa a acudir al CMSS. En aquest cas s'ha de procedir com es detalla a l'apartat 1.5.- Intervenció sense demanda del següent document: que l'equip del CMSS doni suport indirectament al professional -constituïnt-se un equip de cas que utilitzarà un abordatge a través del professional que desenvolupa el projecte comunitari- o que es flexibilitzi la forma de realitzar la primera entrevista (entrevista domiciliària, entrevista conjunta al CMSS, etc).

2.1.1.- Dades a recollir al primer contacte de la persona-família amb el cmss

L'Auxiliar Informador enregistrarà les demandes que atén al SET.

Per a les persones que han de ser ateses a permanències s'ha de complimentar les dades de la fitxa¹³ (annex I): Dia, Nom professional, Nom usuari, adreça, barri, telèfon, demanda -expressió literal-, derivant, expedient, dia demanda, acudeix.

A l'apartat demanda, s'enregistrarà l'expressió literal del que demana la persona-família. Derivant: s'enregistrarà quin servei l'envia, si acudeix per familiars, per coneguts o personalment.

Aquesta informació recollida per l'AI -o professional de l'equip que assumeix la seva tasca- quedarà enregistrada al SET. De tal manera que si una persona ha demanat hora i no ha acudit, si en un futur torna a sol·licitar hora, hi hauria d'haver aquesta informació.

¹³ Fitxa que està en procés d'informatització, estarà vinculada al SET.

2.1.2.- Criteris d'informacions que es resolen al primer contacte.

Al primer contacte de la persona-família amb el CMSS es poden donar dues situacions:

- Primera, que l'usuari que acudeix demani informacions d'altres serveis i/o de serveis municipals s'han de resoldre facilitant la informació. Per la qual cosa s'ha d'establir, mantenir i consolidar un sistema d'informació àgil i ràpid cap i des dels CMSS i sobretot cap a l'Auxiliar Informador.

- Segona, que la demanda que fa la persona-família no es pot resoldre amb una informació -es precisa una interpretació de la demanda-. Se li donarà cita al llibre de permanències, segons el model que s'adjunta (Annex I).

A la pàgina següent hi ha el quadre-resum de les situacions que es resolen al primer contacte amb el cmss, diferenciant:

- demandes d'informació.
- demandes de prestacions i/o que expressin problemes socials.
- demandes de realització de tràmits.
- urgències.

Quadre de situacions que es resolen al primer contacte.

SITUACIÓ	RESOLUCIÓ
Demandes personals o telefòniques d'informació sobre serveis municipals o externs.	Es facilita la informació.
Demandes personals o telefòniques que expressin problemes socials, demandes de prestacions, demandes de ser atesos per professionals del CMSS.	L'AI no ha d'interpretar la demanda, donarà cita de primera entrevista.
Demandes personals o telefòniques de realització de tràmits de prestacions municipals.	L'AI realitzarà el tràmit: Passis verds EMT, renovacions anuals d'AMF, ajut a la complementació d'impresos.
Demandes personals o telefòniques que sien d'atenció urgent o prioritària.	L'AI informará al Cap de Sector que resoldrà l'atenció immediata a través del sistema d'atenció a urgències.

2.2.- La primera entrevista.

Definit com el primer espai de recepció i anàlisi de les demandes i problemes que presenta un usuari i/o una família. En alguns casos més que suficient per a resoldre la situació. En d'altres serà la primera passa prèvia per aconseguir una avaluació -diagnòstic i pronòstic- del cas.

Aquesta primera atenció a la persona/família ha de permetre:

1- Bon contacte amb la persona/família. S'ha d'establir un vincle professional i de confiança amb la persona-família.

S'ha d'explicitar breument el servei, per ubicar adequadament a la persona/família.

2- Analitzar i valorar la demanda que expressa la persona-família per discriminar si:

* S'ha d'informar de recursos.

* Se l'ha d'orientar-derivar cap a d'altres recursos.

* Se l'ha d'atendre des dels serveis socials.

3- S'ha de donar sempre una primera resposta a la persona-família. Que no suposa donar-li el recurs immediatament, sinó que garantir una primera resposta del que pot ofertar-li el CMSS. Així, es garanteix que la persona-família entengui i sàpiga a què s'ha d'atenir en relació al CMSS.

La primera entrevista ha de permetre una primera hipòtesi sobre el cas, de tal manera que es pugui presentar a l'equip -si el cas així ho requereix- amb una primera proposta d'intervenció d'altres professionals.

S'ha de tenir present sempre, que en tota sol·licitud d'ajuda hi ha:

- El que la persona-família demana i expressa literalment com a sol·licitud d'ajut al professional (Petició, demanda explícita, demanda manifesta)

- El que la persona-família no acaba d'expressar, però mig diu o diu parcialment (Demanda, demanda implícita, demanda latent)

A la primera entrevista s'ha d'intentar verificar aquestes dues expressions del què demana la persona-família ja que molts cops sembla que apareix una nova demanda al mes o mesos d'intervenir, però que la persona-família ja havia expressat a l'inici.

La primera entrevista ha de garantir que la persona-família pugui expressar clarament la seva demanda, el que ens presenta. La conducció de l'entrevista ha de permetre facilitar aquesta concreció, que al final com a forma de resposta hem de recapitular sempre en les paraules de la persona-família, ja sia introduint algunes reorientacions o reorganitzacions del que li passa. Així li transmetrem que entenem la seva situació.

2.2.1.- Criteris de situacions que es resolen a la primera entrevista.

Hi ha usuaris que presenten demandes que es poden resoldre a la mateixa primera entrevista o amb una més, ja que són casos en els quals la intervenció professional serà d'informació, d'orientació o de derivació¹⁴.

Quadre de situacions que es resolen a primeres entrevistes

SITUACIÓ	TIPUS D'INTERVENCIÓ	RESOLUCIÓ
Demanda d'informació sobre recursos.	Informació	Es facilita la informació i l'accés al recurs -són recursos d'accés directe-
La demanda és d'aclarir dubtes.	Orientació	S'ajuda i orienta a la persona-família per a resoldre els dubtes i se l'informa d'on ha d'accedir
La demanda que presenta	Derivació ¹⁵	S'orienta, acompanya i es fa la

¹⁴ Són el que s'ha considerat sempre com a i/o/g (informació, orientació i gestió)

la persona-família s'atén a través d'altres recursos		derivació al servei que l'ha d'atendre -serveis d'accés a través de serveis socials-
La demanda que presenta la persona-família es d'accés a altres recursos.	Gestió-tramitació ¹³	Es fan les gestions, tràmits oportuns per a facilitar l'accés de la persona-família -són serveis que tenen els tràmits d'accés a través dels serveis socials-

2.3.- DIAGNÒSTIC I PRONÒSTIC.

Els usuaris atesos que no responguin a un perfil de demandes que es poden resoldre a la mateixa permanència o en una altre entrevista, passaran a un moment d'avaluació de la seva problemàtica.

El procés per dictaminar un diagnòstic i pronòstic d'un cas inclou: les entrevistes d'avaluació -inclosa la primera entrevista- seran com a màxim tres -considerant com a tals les visites o entrevistes domiciliàries-; les gestions telefòniques amb d'altres serveis/institucions que hagin atès o atenguin el cas -sempre que sia pertinent per a l'òptima atenció al cas-.

Les entrevistes d'avaluació -d'investigació del cas- han de permetre fer un primer diagnòstic-pronòstic tècnic de la situació social de la persona-família, que s'ha de realitzar de forma conjunta entre els diferents professionals que han d'intervenir en el cas, per després a la fase següent consensuar-lo amb les persones/famílies a atendre.

Diagnòstic i pronòstic és el dictamen que efectua el professional i/o equip que respon a les preguntes següents:

- Què demana/expressa com a sol·licitut d'ajuda la persona-família?
- Què li passa a la persona-família?
- Perquè li passa?

Diagnòstic i pronòstic que ha d'incloure sempre les dificultats (mancances, problemes, carències) i les capacitats (punts forts, aspectes positius, potencialitats).

Els punts que ha d'incloure tot diagnòstic i pronòstic són els següents:

- 1.- Demandes expressades i implícites.
- 2.- Descripció dels problemes i dificultats de la persona/família.

2a.- Problemàtica social:

-
- dificultats econòmiques (
 - dificultats d'integració social i/o aïllaments.
 - dificultats d'autonomia-dependència
 - Limitació de l'autonomia personal)

2b.- Factors associats:

- aïllament familiar)
- dificultats d'accés al mercat laboral
- grau de dependència crònica de serveis i recursos.
- dificultats psicosocial i socieducatius situacions dels protocols i manca d'habilitats personals

3.- Descripció de les capacitats i potencialitats de la persona-família.

¹⁵ Algunes situacions de gestió-tramitació i/o derivació no es podran resoldre a la primera entrevista, sinó que precisaran de més entrevistes per realitzar el diagnòstic-pronòstic, com a màxim es realitzaran tres entrevistes -inclosa la primera-. Són casos que no d'un pla individualitzat d'inserció social.

4.- Pronòstic de resolució:

- implicació.
- propostes de mobilització que fa la persona/família.
- Recursos i prestacions disponibles. Pronòstic de resolució des del propi servei.

Ítems del diagnòstic i pronòstic

APARTAT	ASPECTE	ITEM
1.- DEMANDES EXPRESSADES I IMPLÍCITES	Demanda expressada Demanda implícita	Transcripció de l'expressió literal Traducció als codis del SET
2.- Problemes i dificultats de la família PROBLEMÀTICA SOCIAL	Econòmiques	Nivell d'ingressos Despeses-organització del pressupost familiar Necessitats no cobertes
	Risc a la integritat de persones	- abandó-desatenció d'infants. Indicis i/o maltractes d'infants. - dones maltractes - persones majors desateses pels seus familiars-
	Inserció social	- marginació-exclusió. - suport o aïllament social (xarxa d'amics i coneguts) - participació en recursos de la barriada i en la xarxa associativa
	Grau d'autonomia/dependència	- capacitat d'autocuidar-se de forma autònoma o de dependència d'una tercera persona o de suport extern
	Aïllament familiar	- Excés de suport de la família extensa -Defecte/inexistència de suport
	Accés a la inserció laboral	- manca de motivació i/o interès per la inserció laboral - escassa, nul·la o manca de formació professional - manca d'habilitats personals i socials pel treball - limitacions degudes a l'edat
	Dependència crònica de serveis	-número de serveis amb els quals tenen relació -grau de dependència
	Psicosocials Socioeducatius Manca d'habilitats personals	- les definides als protocols psicosocials -les definides als protocols socioeducatius
2 B.- Problemàtica i dificultats de la persona-família FACTORS ASSOCIATS		

		<ul style="list-style-type: none"> - manca d'habilitats bàsiques de relació social i de cura de si mateix. - la vivència psicològica - emocional, cognitiva- de les dificultats. Autoestima i autoimatge.
3.- CAPACITATS I POTENCIALITATS		<ul style="list-style-type: none"> - habilitats i capacitats de la persona i/o dels membres de la família. - els punts forts, positius i que ja funcionen de cada un dels aspectes considerats a l'apartat 2 - accions concretes fetes en el passat per solucionar el problema. - aptituds positives i de canvi que es detecten.
4.- PRONÒSTIC DE RESOLUCIÓ	Implicació	- grau d'implicació de la família
	Propostes de mobilització	- propostes concretes que fa la família per superar les dificultats
	Recursos i prestacions disponibles	<ul style="list-style-type: none"> - recursos necessaris -codis SET- i disponibles -implicació de serveis externs

Aquests cinc apartats de l'avaluació es recullen al *full de diagnòstic i pronòstic del cas* (Annex II)¹⁶.

Per a realitzar una òptima valoració del cas, cal que:

A.- El/s professional/s ha de tenir una visió global i de perspectiva de la situació del cas. S'ha de tenir la distància necessària -sense aproximacions emocionals ni un tecnicisme esterilitzat¹⁷- per valorar els aspectes determinats de cada persona-família: dificultats i capacitats; i en quin context succeeixen.

B.- El/s professional/s han de conèixer i acceptar els límits i característiques de la persona i família a atendre, però partint de la seva capacitat de negociació i de decisió.

C.- El/s professional/s han de tenir consciència i acceptar les limitacions i capacitats de resolució de que disposa el servei.

2.4.- PLA INDIVIDUALITZAT D'INSERCIÓ SOCIAL.

Després d'haver fet el diagnòstic-pronòstic de la situació social de la persona-família, l'equip de professionals haurà dissenyat un pla de feina amb el cas (Annex III), que és el procés -les fases o passes - a realitzar per la persona-família i pel professional/servei. *S'ha de tenir present que **no tots els casos atesos***

¹⁶ Aquest full permet als professionals ordenar la informació bàsica i rellevant del cas, per fer un abordatge global -de les demandes, de les dificultats i de les capacitats-de cas. Es una eina metodològica totalment complementària amb la recollida de dades del SET. Es una eina pensada pel professionals que fan l'atenció a l'individu i/o família, pensant en l'abordatge global.

¹⁷ Si el professional es absorbit o impregnat per l'angoixa que la situació produeix a la persona/família queda impossibilitat per a prestar ajut. Un tecnicisme asèptic produeix un efecte d'excessiva distància que impossibilita l'establir un vincle professional humà i cordial amb la persona-família.

des dels CMSS precisen necessàriament de l'elaboració d'un pla individualitzat, degut a que es resolen amb informacions, orientacions, derivacions o pel caràcter assistencial i de contenció que han de mester.
El Pla individualitzat d'inserció social abraça:

- els objectius a assolir per la família
- les estratègies d'abordatge -tàctiques, formes, tècniques, etc-
- l'equip de professionals, amb la distribució i concreció de les tasques a desenvolupar.
- la proposta d'actuacions que ha de fer la família
- els terminis d'execució proposats

Aquest pla de feina que elaboren els tècnics és una proposta que s'ha de consensuar i pactar amb la persona-família, assolint una veritable valoració conjunta. Que ha de permetre construir-pactar amb cada usuari un *pla individualitzat d'inserció social*¹⁸ (que es recull formalment per escrit a l'Acord d'Inserció social, Annex IV), el qual ha de detallar de forma clara:

- 1.- Co-diagnòstic
- 2.- els objectius a assolir,
- 3.- els compromisos i acords de tasques a realitzar per la persona-família i
- 4.- els compromisos i tasques a realitzar pel servei/professionals
- 5.- els terminis temporals de revisió dels acords.

Pla individualitzat d'inserció social.

¹⁸ Pla individualitzat d'inserció social -que és sinònim del que des de serveis de formació i integració laboral anomenen itineraris individualitzats- el sentit de procés, de les fases successives que ha de fer la persona i/o família per a resoldre, superar i remuntar la situació de dificultat. Al mateix temps que determina les passes que ha de fer el servei -professionals- per donar suport a aquest procés.
El pla individualitzat d'inserció social inclou els aspectes a treballar amb el cas: sien d'inserció a activitats socials, d'inserció laboral, d'inserció educativa, de suport psicosocial, etc,

Aspectes del Pla	continguts
Co-diagnòstic	- descripció consensuada amb la persona família de la seva situació: dificultats i capacitats
Objectius	- el que pretenem assolir conjuntament (ha de ser concret i mesurable) - les fases o passes successives a fer.
Acords i tasques de la persona-família	- tasques concretes que la persona-família ha de fer, s'han d'explicitar i detallar al màxim
Acords i tasques del servei	- les prestacions i recursos que el servei oferta. - les tasques concretes a fer pels professionals de l'equip i els de serveis externs.
Terminis d'execució	- detallar els terminis d'execució de les tasques concretes i en quin ordre temporal es faran - detallar el termini de revisió-valoració conjunta del Pla individualitzat d'inserció social.

Pla individualitzat d'inserció social que no sols ha d'implicar activament a la persona-família de cara a resoldre les seves dificultats, augmentar les seves capacitats i la seva integració social -canvis en les relacions personals i socials-, sinó que l'ha de fer el subjecte actiu. Per aquest motiu, la redacció del text de l'acord s'ha de fer en llenguatge intel·ligible i al nivell sociocultural de la persona-família.

El Pla individualitzat d'inserció social ha d'incloure els terminis d'execució i de revisió de la consecució dels objectius i de la realització de les tasques pactades-acordades.

Pla que cal que es formalitzi per escrit, ja que serà un instrument molt útil, per poder valorar:

- d'una part la mobilització que ha fet la persona-família per resoldre les seves dificultats a partir de les seves capacitats,
- de l'altra la intervenció realitzada des del servei.

Sens dubte valoració que permetrà estimar la implicació de la persona-família i la implicació del professional i del servei.

Aquest pla l'ha de dissenyar i ordenar l'equip de professionals del cas, que serà enregistrat al full de Pla de feina amb el cas (Annex III). Després caldrà contractuar i pactar amb la persona/família el pla individualitzat d'inserció social, entenent que serà un intercanvi d'opinions, fins aconseguir un acord que es plasmarà a través de l'Acord-contracte d'inserció social (Annex IV).

Aquest pla individualitzat d'inserció social ha de permetre transcorregut el temps pactat amb la persona-família, valorar els canvis en la situació inicial, els canvis cognitius i de percepció de la seva pròpia situació i els canvis en les relacions d'inserció social -mesurant el seu increment quantitatiu i qualitatiu-.

2.5.- INTERVENCIÓ-TRACTAMENT.

El tractament social¹⁹ abraçarà els terminis temporals i els objectius que s'han acordat al Pla individualitzat d'inserció social, que es pot formalitzar a través de l'Acord-contracte d'inserció social.

¹⁹ El tractament social fa referència a les intervencions que realitzen els professionals del CMSS: AS, Ps, EMO i TF.

Tot tractament social es caracteritza per: la personalització de l'atenció, ser efectuat des d'una òptica comunitària i per l'abordatge en equip i en xarxa.

A.- Ser un abordatge personalitzat.

L'eix del tractament és l'establiment d'un pla personalitzat -o itinerari- d'inserció social. Pla que es pactat i negociat amb cada persona/família. La finalitat és que aquest/aquesta sia el subjecte actiu i mobilitzador de la resolució de les seves dificultats i de promoció de les seves capacitats. L'ajut professional, guiatge i us de recursos socials és l'element que fa possible aquest camí d'inserció social i personal.

B.- Ser un tractament comunitari i territorialitzat.

Tot tractament social, psicosocial i/o socioeducatiu, ha de tenir sempre en compte la xarxa de recursos formals i informals del barri on viu la persona/família.

Per orientar la intervenció cal tenir en compte:

- les característiques de l'entorn, la xarxa de recursos humans i associatius -formals i informals del territori i d'altres tipus-, que poden ser part de l'itinerari d'inserció.
- els vincles i relacions de la persona/família amb l'entorn

La utilització dels recursos del territori pot: a) afavorir l'aparició de nous recursos i potenciar els que ja existeixen; b) detectar i conèixer recursos informals de solidaritat i autoajuda veïnal; c) sensibilitzar a entitats i afavorir la participació de persones del barri -poden comprovar que ajuden a resoldre situacions de dificultat-, i d) fer passes concretes que suposin un camí d'inserció social real de la persona/família en situació de dificultat.

C.- Ser un tractament en equip.

S'ha de tenir en compte tot el que li passa a una persona i família i en quin context els hi passa, tot i sabent que no s'intervindrà sobre totes les problemàtiques socials i psicosocials, sinó en les que s'acordin amb cada persona/família. I que la intervenció es el resultat -molts cops- d'una feina d'equip, en que cada intervenció és una peça del pla personalitzat que es desenvolupa amb cada persona/família.

Per decidir el tractament considerarem:

- identificar les dificultats que poden ser susceptibles d'intervenció. Determinant amb la persona/família sobre quines intervindrem, en quin ordre i en quin temps.
- les característiques i capacitats de cada persona/família
- les relacions familiars i les relacions amb el seu entorn social.
- la possibilitat d'abordatges grupals i accions comunitàries.

D.- Ser un abordatge en xarxa.

La majoria de persones i famílies ateses des dels serveis socials d'atenció primària, també són ateses -o ho seran en un futur proper- per d'altres serveis personals -educatius, sanitaris i de salut mental, culturals, socials, laborals-. Per aquesta raó cal plantejar una intervenció en xarxa sobre la família, això suposa determinar les complementacions i responsabilitat -determinant qui dirigeix el cas i com es faran les complementacions- a desenvolupar, els espais de coordinació necessaris. Per evitar duplicitats i garantir una continuïtat en l'atenció del cas. L'abordatge en xarxa, costós en el seu inici és molt rendible a mitja termini, sobretot per la qualitat d'atenció a la persona-família.

Entre serveis es precís:

- una actitud negociadora orientada a beneficiar a la persona/família atesa -evitat burocratisme i rigidismes excessius que provoquen un maltractament institucional-.
- evitar la repetició innecessària d'exploracions per obtenir dades i informació de la persona/família
- que des de direcció es posin els marcs de col·laboració i de convenis que facilitin aquestes tasques, alhora que es resolguin àgilment les dificultats de col·laboració entre serveis.

2.5.1.- Els tipus d'intervenció

Podem diferenciar tres grans tipus d'intervenció i de tractament social, psicosocial i/o socioeducatiu:

- Contenció
- Modificació

-Prevenió.

Els exemples per a cada tipus d'intervenció són orientatius, ja que la situació peculiar de cada persona-família també suposa la individualització de la intervenció.

2.5.2.- Els nivells d'intervenció

L'abordatge de la situació de dificultat es pot fer des de l'atenció individual-familiar, des de l'atenció grupal i des de l'intervenció comunitària. En ocasions s'utilitzaran simultàniament els tres nivells per a l'adequada resolució del cas.

Quadre de nivells d'intervenció de problemàtiques individuals-familiars

NIVELLS D'INTERVENCIÓ	TIPUS D'ACTUACIONS
INDIVIDUAL-FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none">- Entrevistes de despatx i/o a serveis amb la persona/família.- Visites i entrevistes domiciliàries.- Coordinacions i col·laboracions amb professionals i serveis.- Gestió: tramitació de recursos i prestacions, utilització i complementació amb recursos (formals i informals)- Acompanyament. D'altres actuacions.
GRUPAL	<ul style="list-style-type: none">- Analitzar periòdicament les situacions de dificultats que s'atenen de forma individualitzada i reiterada.- Disseny d'un abordatge grupal.- Sessions de grup.
COMUNITÀRIA	<ul style="list-style-type: none">- Contactes i col·laboració amb recursos associatius que poden ser un procés d'inserció per a les persones/famílies²⁰.- Analitzar i dissenyar quines situacions individuals-familiars precisen d'un abordatge comunitari més ample.- Disseny d'un abordatge o projecte comunitari.

El o els professional/s utilitzaran les tècniques, instruments i metodologies pròpies de les seves professions. S'ha d'avançar en el disseny de protocols d'atenció per a les problemàtiques socials que atenen més freqüentment, establint guies d'actuació que facilitin la tasca dels professionals (per exemple: d'atenció als maltractes, de toxicomanies, de salut mental, d'inserció laboral -motivació i seguiment-, d'atenció domiciliària en demències,), però que no suplanten les seves possibilitats i capacitats de creació.

2.6.- AVALUACIÓ FINAL. TANCAMENT

Moment en el qual l'equip i la persona-família i/o grup fan una valoració conjunta del grau de consecució dels objectius i dels resultats assolits. Serà precisa una pre-avaluació de l'equip de professionals, que sempre que es pugui, s'ha de consensuar amb la persona/família.

Previ a aquesta entrevista, hi ha d'haver un espai de treball i anàlisi del professional o de l'equip d'intervenció, fent una valoració del cas a través del Full d'avaluació final del cas -que s'annexa-. En

¹⁴Suposa d'una banda una concepció comunitària de la pròpia atenció individual-familiar, a través del coneixement i us -cas a cas- dels recursos formals i informals que existeixen -molts cops són escassos- als territoris; de l'altre, que a partir de les situacions d'atenció que es reiteren, passar a un abordatge comunitari.

situacions en que la persona-família interromp la intervenció, s'haurà de fer també l'avaluació final. Formalment es podria signar el tancament en el mateix document d'Acord d'Inserció (Annex IV)

L'avaluació final ha d'incloure:

0.- Motiu del tancament.

1.- Situació final del cas. Canvis en la situació i problemàtiques inicials²¹.

2.- Grau de consecució dels objectius pactats amb la família.

3.-Grau de disponibilitat de recursos i prestacions.

4.- Valoració del procés del cas.

5.- Observacions.

A la pàgina següent hi ha els continguts de cada un dels aspectes d'avaluació citats.

Avaluació final del tractament i del pla individualitzat d'inserció social

Aspectes	Continguts
Motiu del tancament	Segons es detalla a l'annex IV
Situació final del cas	- Canvis en les situacions de dificultat inicials - Canvis i millores en les capacitats i habilitats inicials - Canvis en les relacions socials i de participació.
Grau de consecució dels objectius	- Fins a quin punt s'han assolit els objectius previstos. - Altres objectius que s'hagin assolit
Grau de disponibilitat dels recursos i prestacions	- Recursos utilitzats i la seva influència en resoldre la situació. - Recursos necessaris que no han estat disponibles i el seu perquè.

²¹ S'ha de partir dels punts/aspectes de l'avaluació inicial. Mesurant els canvis en les problemàtiques, els canvis cognitius de les persones, i l'augment de les activitats de relació i inserció social.

Valoració del procés ²²	-valorant la idoneïtat de les estratègies utilitzades. -valorant l'evolució del cas -avantatges i dificultats- -valorant el treball en equip i en xarxa
Observacions	- altres aspectes de rellevància

De la valoració final es pot desprendre el següent:

- Tancament de la intervenció professional.
- Seguiment durant un període determinat, per donar suport als resultats assolits.
- Dissenyar un nou pla personalitzat d'inserció social

Tots els casos que es tanquin han de tenir el full de valoració final del cas. El que permetrà en una situació de reobertura de l'expedient, permetrà al professional que atén de nou -o reatén el cas- disposar d'una síntesi significativa de la resolució del cas.

2.7.- DERIVACIÓ.

La derivació, com a traspàs de l'atenció a una persona/família a un altre servei és un procés delicat. S'ha de fer de tal manera que el professional -que fa la derivació- sàpiga motivar a la persona-família cap a l'acceptació del traspàs, trameten que a l'altre servei rebrà una atenció adequada a les seves necessitats, sense que això suposi que suposi un desentendre's del cas.

Cal ressaltar que degut a que les persones/famílies que són ateses des de serveis socials tenen una autoestima molt baixa, si el traspàs es viscut com un fracàs, s'estarà agreujant la seva infravaloració, al mateix temps que dificultant la intervenció dels nous professionals.

S'ha de basar en el que es detalla a l'apartat D. Abordatge en xarxa (pàgina 10 d'aquest document)

Derivació des d'atenció primària a serveis específics

Quan es realitza una derivació des d'atenció primària cap a un servei específic o especialitzat, hem de tenir en compte:

- l'opinió de la persona-família, ha d'acceptar el traspàs.
- ~~- el que marquï el pla individualitzat d'inserció social. La derivació pot suposar que una part de l'atenció es~~
donarà des d'un altre servei però que des del CMSS es continuarà intervenint, que des del CMSS es faran certes gestions, o que s'estarà a l'espera de les propostes que faci el servei receptor i de la previsió de futures intervenció de re-inserció.
- de conèixer bé els requisits -explícits i implícits- d'accés al recurs i la disponibilitat de places o d'atenció; com també les formes d'accés.
- de fer un bon traspàs de la informació bàsica i necessària per no repetir exploracions.

Derivació des de serveis específics a atenció primària

Quan es planteja una derivació des d'un altre servei al CMSS, s'ha de tenir en compte:

- l'opinió de la persona-família
- si forma part d'un retorn ja previst al Pla individualitzat d'inserció social.
- de la proposta tècnica que el servei derivant fa: reinserció, seguiment del cas, col·laboració.

Les derivacions que no estiguin previstes als Plans individualitzats, sempre seran vehiculitzades a través del Cap de sector que valorarà la seva acceptació i garantirà la forma d'atenció -que estarà emmarcada en els convenis de col·laboració interinstitucionals que afectin a cada cas-. Els serveis derivants hauran d'enviar un informe de diagnòstic del cas i una proposta de la intervenció i/o actuacions que sol·liciten al CMSS.

²² La valoració del procés és fa a partir de la valoració de la consecució dels objectius i dels canvis en el cas.

Derivació entre serveis d'atenció primària

S'entendrà el mateix procés de derivació entre serveis d'atenció primària: sien des de Centres de Salut, des d'assistència social de Caritas, des de Centres Educatius.

3.- ATENCIÓ A URGÈNCIES SOCIALS

L'atenció a les situacions d'urgència social serà sempre de caràcter immediat. La qual cosa no vol dir que en el mateix dia/hora es resolgui la situació o es faciliti l'accés al recurs.

L'atenció a una urgència suposa que cada CMSS ha de tenir previst que cada dia hi hagi un AS amb disponibilitat per atendre de forma immediata les situacions d'urgència que es puguin presentar.

3.1.- Definició

La situació d'urgència o emergència social és aquella que apareix de forma imprevista que impedeix a la família satisfer adequadament les necessitats bàsiques o que suposa una situació d'alt risc per a una persona indefensa -infant, disminuït o persona major-.

Es consideren situacions d'urgència social les següents:

- 1.- Pèrdua o no disposar d'allotjament.
- 2.- Manca d'alimentació (principalment en persones en situació de vulnerabilitat: infants, persones majors, discapacitats)
- 3.- Abandó d'infants.
- 4.- Indicis de presumptes maltractes (físics, psicològics o sexuals a infants).
- 5.- Maltractes de dones o de persones majors.
- 6.- Pèrdua d'autonomia funcional total o parcial -no poder tenir cura d'un mateix-.

3.2.- Criteris d'atenció.

Aquestes situacions seran d'atenció immediata des dels CMSS, algunes d'elles compten amb circuits d'atenció i amb recursos, als quals es derivarà a la persona família després d'haver atès i valorat la seva situació de dificultat i urgència. Altres situacions que aquí no es recullen, podran ser d'atenció prioritària però no de caràcter urgent.

Situacions d'urgència i recursos disponibles

Situació	Recursos/Circuit
Pèrdua d'allotjament d'adults	AS de Policia Local SAPS Recursos del circuit de marginació
Pèrdua d'allotjament de dones soles amb carregues familiars i de famílies	SADIF
Manca d'alimentació d'adults	Menjador del Carrer Patronat Obrer
Manca d'alimentació de famílies	CMSS (Ajudes econòmiques de tramitació immediata ²³)
Abandó d'infants	Servei de Menors. GRUME

²³ S'ha de disposar d'un sistema de gestió ràpid que suposi disposar al mateix dia de l'ajuda econòmica en metàl·lic -un fons que es gestioni des del CMSS-.

Indicis de presumptes maltractes	1er CMSS
	2n Servei de Menors i Programa Experimental de detecció de maltractes
Maltractes de dones	SADIF
Perdua d'autonomia funcional de persones majors	CMSS, Servei d'Ajuda Domiciliària.

Després de la primera atenció immediata, l'AS del CMSS seguirà atenint el cas, o si intervé un recurs secundari, pactarà el nivell de col·laboració i el possible retorn del cas una vegada resolta i remuntada la **situació d'urgència.**

3.4.- Organització

Cada CMSS organitzarà un torn rotatori -setmanal- per a que els Assistents Socials i en la seva absència el Cap de Sector cobreixin l'atenció de les situacions de presumpta urgència que es puguin presentar durant el dia.

L'AS que estigui de torn ha de tenir disponibilitat d'atenció immediata a la situació d'urgència que s'atengui. Una vegada resolta la situació d'urgència, serà el mateix AS que l'ha atès el que continuarà -si cal- la intervenció social amb el cas.

4.- CRITERIS ORGANITZATIUS

Una peça fonamental de l'atenció als individus/famílies es la forma d'organitzar el procés d'atenció i els espais de regulació que permeten: realitzar un abordatge interprofessional i els elements de gestió i de supervisió de l'atenció.

Després del primer contacte amb el CMSS, generalment -en la majoria de vegades- farà la primera entrevista l'Assistent Social, llevat de les tres tipus de demandes que es detallen a l'apartat 5.1.2. Si l'eix de l'atenció és l'abordatge en equip, vol dir que independentment de quin professional faci la primera entrevista, aquest a través dels espais de regulació i de la coordinació del Cap de sector ha d'ordenar i planificar un abordatge en equip del cas.

4.1.- Circuit d'atenció

El circuit d'atenció és la forma d'organització del CMSS per tal de donar una continuïtat en el tractament de les persones-famílies. Aquest inclou: el primer contacte i les primeres entrevistes.

4.1.1.- Primer contacte de la persona amb el CMSS -telefònic o directe-.

Es el primer moment d'atenció a la persona-família. Serà atès per l'AI o substitut, emprant els criteris de resolució del quadre de la pàgina 5. Sempre que el cas hagi de continuar al CMSS, s'enregistrarà la fitxa de permanències (Annex I).

Si el cas és d'atenció d'urgències -serà atès el mateix dia- o d'atenció prioritària -com a màxim en una setmana- passarà al Cap de sector o AS de torn (veure apartat 3 d'aquest document).

Una altre forma de primer contacte a les persones-famílies és el que realitzen els professionals -sobretot EMOs- que porten projectes grupals i o comunitaris en medi obert. Aquest professional presentarà la situació a la primera reunió de casos del CMSS, per a decidir la estratègia i equip de cas a assignar. Si el cas és una situació urgent és presentarà al Cap de Sector.

4.1.2.- Primeres entrevistes.

Es l'espai de despatx o de visita domiciliària de recepció de les peticions-demandes de les persones-famílies. Es el primer moment d'escolta de la situació de dificultat i d'anàlisi del que passa.

Primeres entrevistes rebudes per AS

Les situacions de demanda general - son les més freqüents- sempre seran rebudes per l'AS²⁴

Primeres entrevistes rebudes per altres professionals.

Hi ha algunes situacions que seran rebudes en primera entrevista per altres professionals, per això mateix la demanda ha de ser ben clara, i en cas de la més mínima dubte es donarà cita de primera entrevista per AS. Les situacions són les següents:

- demandes formatives i/o laborals de discapacitats, per l'educador del SILSD, que el traspasarà a la responsable del *programa formatiu i d'inserció laboral treball amb suport*.
 - demandes d'orientació i atenció psicològica, pel psicòleg
 - demandes d'orientació formativa i laboral de joves per l'EMO o responsable del Club de la feina.
- En demandes d'ajuda domiciliària, la TF podrà fer una visita domiciliària prèvia a la primera entrevista amb l'AS, fent-se una valoració conjunta del cas.

Les demandes s'atendran com a màxim en el termini d'un mes, des del moment del primer contacte amb el CMSS. ~~Les següents situacions podran ser d'atenció prioritària, a criteri de l'equip i del Cap de sector:~~

- casos que provenen del circuit d'atenció grupal i de projectes comunitaris del propi CMSS.
- casos derivats per serveis externs, per tal de garantir la continuïtat de l'atenció.
- casos derivats/comunicats per entitats amb les quals hi ha projectes de treball.

Si el CMSS decideix que serà prioritari podrà ser atès abans del termini màxim d'un mes.

4.2.- Espais de regulació

Els espais de regulació de l'equip del CMSS són les reunions necessàries que permeten un abordatge en equip del cas, al mateix temps que els espais que permeten una adequada gestió -per part del Cap de sector- de tot el procés o circuit d'atenció individual-familiar.

Es poden diferenciar dos tipus d'espais: els de gestió quotidiana de l'atenció i altres espais.

4.2.1.- Espais de gestió quotidiana.

Són tots els espais de regulació o reunions que són precises i indispensables per a desenvolupar l'atenció a la persona -família.

Reunió de casos.

Els casos que des del seu inici o durant el procés d'intervenció que requereixen la complementació d'altres professionals i/o que requereixen de compartir decisions d'equip, seran presentades a la reunió de casos del CMSS.

²⁴ Hi ha dues opcions organitzatives :

- Que totes les primeres entrevistes sien realitzades per AASS,
- Que les situacions que sien de demandes clares -segons s'especifica- sien rebuts en primera entrevista pels professionals de referència.

Independentment de la via d'entrada al circuit d'atenció individual-familiar, hi ha d'haver un espai de regulació que possibiliti un abordatge en equip del cas.

El grup de treball també ha analitzat i valorat la possibilitat de crear un sistema de primeres entrevistes diari, que suposaria que un AS faria la primera recepció de totes les demandes, per transpassar a la resta de l'equip els casos que precisassin d'un tractament o pla d'inserció social. Aquest AS durant un o dos anys estaria dedicat íntegrament a fer les primeres entrevistes. Sistema que sols es pot aplicar als CMSS que tenen un mínim de tres AS -Ponent, Ciutat Antiga i Llevnat Nord-. Sistema que no resol possibles llistes d'espera, ni càrregues de feina. Al mateix temps que provoca que en un termini curt de temps la persona-família hagi de contactar i establir relació amb dos AS diferents.

Amb el sistema actual, cal que l'AI o substitut pugui fer un bon filtratge de les situacions que es resolen amb informació.

En alguns CMSS les demandes de Salari Social passen directament a l'AS del SS/STC i a d'altres passa prèviament per permanències, caldria unificar aquest accés per a tots els CMSS

Hi participaran els AS, Ps, EMO i TF²⁵, la reunió serà coordinada pel Cap de Sector.

Espai d'equip que regula i planifica:

- l'aplicació dels protocols psicosocials i d'altres que es dissenyin.
- l'entrada dels altres professionals en l'avaluació del cas, garantit des de l'inici la interprofessionalitat.
- codecidir aplicació de recursos i establir estratègies.
- l'abordatge de casos detectats des del treball de projectes.

S'ha d'ordenar la presentació a l'equip: ofertant sols la informació bàsica i pertinent (no una pel·lícula del cas), plantejant el motiu i el perquè es presenta a l'equip (què és el que preocupa al professional i vol resoldre) per tal de garantir que l'equip doni una resposta d'ajut al professional.

Reunions d'equips de feina.

Cada cas ha de tenir delimitat un professional referent, que es el que assumeix la responsabilitat de la coordinació. Al mateix temps que s'ha de delimitar clarament les funcions i tasques concretes a desenvolupar per cada professional.

Interconsulta

Es l'espai d'assessorament que es fan dos treballadors de professions diferents, ja sia de forma puntual o continuada al llarg del procés d'intervenció amb la persona-família. De tota manera el professional que més volum d'interconsultes fa és el psicòleg degut a que una bona part de la seva feina és de segona línia; cal plantejar un espai periòdic per a realitzar aquesta tasca de consultoria i assessoria als professionals del CMSS -AS, EMO, TF, professionals de serveis contractats-.

Supervisions.

Espai realitzat de forma individual a cada professional pel Cap de Sector.

Al qual es treballarà:

- control administratiu i tècnic.
- anàlisi carregues de feina.
- suport tècnic dels casos: com es porten els casos, metodologia d'intervenció.

Quadre d'espais de regulació de l'atenció individual-familiar

²⁵ Hi podran participar els professionals de serveis que sien de contractació externa.

ESPAI	OBJECTIUS	PERIODICITAT ²⁶	DURACIÓ ¹⁸
REUNIÓ DE CASOS	- garantir l'equip de professionals adequat al cas - dotar als professionals d'un espai d'assessorament en equip i de presa de decisions.	Setmanal/Quinzenal ²⁷	1,5 hores
	- possibilitar un pont amb els projectes - coavaluar		
REUNIÓ D'EQUIP DE FEINA	- dissenyar el tipus d'intervenció i avaluació. - distribuir funcions, tasques i responsabilitats - revisar les intervencions realitzades	A determinar ²⁸	a determinar
INTERCONSULTA ²⁹	- assessorar als professionals - contrastar estratègies	A determinar	a determinar
SUPERVISIONS	- realitzar un control administratiu i tècnic - analitzar les càrregues de feina - assessorament i suport als professionals	Quinzenal/mensual	1,5-2 hores

5.2.2.- Altres espais.

Són espais de regulació existents al CMSS que no estant destinats sols a l'atenció individual-familiar, si que en són una part important i decisiva.

Reunions d'equip de CMSS.

Són les reunions de l'equip de professionals del CMSS -sien informatives, d'equip, de sector o de zona- A aquestes es tracten els següents aspectes:

- es trameten totes les informacions noves: noves prestacions i recursos, terminis, nous criteris, convenis, etc.
- informació d'activitats de projectes que poden ser d'utilitat per a l'atenció individual-familiar

Reunions de coordinació amb d'altres serveis.

Són les reunions que es realitzen amb professionals d'altres entitats o serveis, per tal d'garantir una atenció complementària i conjunta amb la persona-família. Reunions que poden ser cas a cas, o també reunions de coordinació entre serveis ja estabilitzades -per exemple: les comissions de coordinació de salut mental

²⁶ Periodicitat i durada que són orientatives i aproximades. Cada CMSS ho adaptarà a les seves necessitats.

²⁷ Es suggereix per l'operativitat de la reunió que es faci cada setmana

²⁸ La periodicitat de les reunions s'ha de pactar en funció de cada cas, però sempre ha de quedar acordat. La durada aproximada s'estima en un hora, però dependrà de la situació de dificultat i necessitats de cada cas.

²⁹ Les interconsultes del Ps s'han de potenciar amb els EMO i TF. Quan el Ps intervengui -de forma directa o indirecta- en un cas que hi hagi varis professionals -per exemple, AS i TF, AS i EMO-participarà en les reunions d'equip de feina,-no farà interconsultes individuals amb cada un dels professionals.

infantojuvenil, reunions amb el GISL, amb el PPL del SAPS, reunions de coordinació cmss-centre de salut-Caritas, comissions d'infància, comissions de coordinació amb centres educatius, etc)

Fòrums. Intervisions

Són espais d'equip del CMSS que suposen compartir experiències i formació que pot millorar l'atenció a les persones i famílies. Com també espais d'anàlisi d'un cas en profunditat, per extreure noves conclusions i elements per a futures intervencions.

Espais formatius.

Sien de l'equip o de tota l'Àrea. Permeten un creixement professional, tant teòric, metodològic, com també tècnic i instrumentals.

Espais d'avaluació i de planificació.

Són els moments -normalment semestral- d'avaluació i anàlisi de la tasca del CMSS i dels resultats de les intervencions realitzades. Moments que han de permetre reorientar formes concretes d'atenció, al mateix temps que elevar propostes concretes de canvi a la direcció.

Espais d'assessorament de la US

Són les reunions d'assessoria i suport que els tècnics de la Unitat de Suport poden realitzar, a petició dels professionals dels CMSS³⁰.

5.3.-Distribució horària del treball. Hores per setmana

La distribució horària per setmana del treball és un element regulador del temps destinats a l'atenció directe: individual-familiar (primeres entrevistes, segones entrevistes) i comunitària-grupal (projectes); de les gestions i regulacions generades per fer operatives les tasques anteriors; i dels espais de regulació d'equip - reunió informativa, de casos, etc-.

El quadre següent és orientatiu, descriuria el que es pretendria per tant de fer assistència i prevenció. Al mateix temps que permet establir el volum de càrregues i ràtios de feina -estimant els òptims i els màxims en funció de les hores reals de dedicació a l'atenció individual-familiar-.

Quadre de dedicació horària dels professionals (hores per setmana)

PROFESSIONAL	PRIMERES ENTRE VISTES	SEGONES ENTRE VISTES	GESTIONS REGULACIONS	PROJEC-TES	ESPAIS D'EQUIP	D'ALTRES
AS	4-5	8-16	9-11	0-8	3	5
EMO	0-4	5-8	5-7	10-25	3	5
PS	0-2	8	5-7	15-17	3	5
TF	0-2	24-26	4-6	0-4	3	5

La dedicació de l'AI no s'especifica degut a la seva atenció al públic. Com tampoc la del Cap de Sector, que a més dels espais de coordinació, conducció d'equip i de supervisió, dedica hores per setmana a atendre derivacions externes, gestions indirectes de l'atenció individual, resoldre dubtes, intervenir directament o indirectament en l'atenció a urgències.

Notes explicatives del quadre:

- Les primeres entrevistes: és el primer contacte amb el cas d'AS i PS, les d'EMO i TF són el primer contacte directe que tenen amb el cas, ja sia VD o de despatx.

Primeres i segones entrevistes que fan referència al temps d'intervenció directa amb el cas.

³⁰ Caldria definir quin catàleg o oferta d'assessorament i consultoria disposa la Unitat de Suport per als professionals dels CMSS.

- Gestions-regulacions. Implica totes les gestions, informes, registres, reunions amb d'altres serveis, reunions de l'equip de cas, d'interconsulta, reunions amb equips externs, que es realitzen pel desenvolupament del cas. També inclou les hores de supervisió individualitzada.
- projectes, fa referència a la intervenció en projectes d'atenció grupal i/o comunitaris.
- Els espais d'equip es refereixen a les reunions de sector, informatives, d'entrada de casos, d'intervisió, fòrums.
- Altres, fa referència al temps per berenar diari i altres dedicacions no previsibles.

5.4.- Càrregues de feina i ràtios

Un sistema de delimitar les càrregues de feina és el que diferencia el següents nivells de dedicació als casos en base al temps mínim i al temps mensual de dedicació a cada cas -sempre tenint en compte que el major temps de dedicació sol suposar casos amb més problemàtica i major número de demandes-:

s.

Quan es detallin les càrregues de feina per cada un dels professionals dels CMSS, es fa una adequació d'aquests nivells de dedicació a la seva forma d'intervenció.

Criteris estimatius del nivell de dedicació als casos

NIVELL	TEMPS MÍNIM	TEMPS MENSUAL
Intensiu (I)	3 h/setmana	9-12 hores al mes
Semi-intensiu (SI)	3h/mes	3-8 hores al mes
Gestió-tramitació (G)	2h/mes	3 h/mes
Manteniment-seguiment(MS)	0,5 h mes	0,5 a 1 hores al mes

Aquesta estimació es fa mes a mes -dintre del període del qual canvien la situació dels casos- però és un sistema objectivable d'estudiar les càrregues de feina dels professionals³¹

Les càrregues òptimes i màximes de volum de casos per professional, s'ha d'estimar tenint en compte el següent:

- volum total de casos oberts i de casos tancats
- del nivell d'intervenció i la seva dedicació en hores (I, SI, G o MS).
- volum de demandes per cas
- el temps de dedicació a projectes
- les urgències i atencions prioritàries ateses
- les problemàtiques del cas i el treball d'equip i de xarxa.

D'aquí, i segons el quadre horari anterior podem establir el següent volum de càrregues de feina:

Òptims i màxims de càrregues de feina per professionals

PROFESSIONAL	ÒPTIM	MÀXIM
--------------	-------	-------

³¹ No suposa el mateix que dos professionals portin cada un d'ells 30 casos, sinó que del nivell de dedicació a aquests. Per exemple si els 30 casos són tots de manteniment-seguiment, indicarà que encara li queden hores d'atenció disponibles; en canvi, si l'altre en porta 15 en manteniment-seguiment i 15 de semi-intensius, indicarà que pot ser estigui en una situació d'alerta que s'haurà de resoldre.

AS	25-30	40
TF	6-8	12
EMO	8-10	15
PS	20-25	30

El màxim estableix el límit superior, indica que el professional està en una situació d'*alerta* -o d'alarma- de la capacitat real d'atenció als casos.

Volum de casos per AS

Establint que el que nombre de casos per un tractament social òptim és de 25-30 per AS. Volum que s'ha de relacionar amb el grau de dedicació en temps als casos. Fent una estimació aproximada, de que la dedicació mensual a l'atenció individual computa 96 hores, tenint en compte que hi ha 32 hores mensuals destinades a projectes. Si l'AS sols fa individual, disposa de 128 hores mensuals; les ràtios augmentaran en un 33%. Per exemple hi ha aquestes possibilitats -que suposen el mateix volum de càrregues de feina-:

SITUACIÓ A

2 casos Intensius	24 hores
8 casos semiintensius	56 hores
10 casos en M anteniment i 7 en Gestió	16 hores

27 casos oberts	96 hores
-----------------	----------

SITUACIÓ B

1 cas Intensiu	12 hores
7 casos Semiintensius	49 hores
20 casos en Manteniment i 13 en Gestió	35 hores

41 casos oberts	96 hores
-----------------	----------

SITUACIÓ C

2 casos Intensius	24 hores
9 casos Semiintensius	63 hores
7 casos en Manteniment i 4 en Gestió	9 hores

22 casos oberts	96 hores
-----------------	----------

SITUACIÓ D

3 casos intensius	36 hores
7 casos semiintensius	49 hores
23 casos en manteniment	11 hores

33 casos oberts	96 hores
-----------------	----------

Volum de casos per TF

La dedicació horària mitja per setmana es considera en 32 hores d'atenció a les persones³², hi ha algunes possibilitats:

SITUACIÓ A

2 Casos intensius	12 hores
6 casos semiintensius	18 hores

8 casos atesos	30 h/setmana
----------------	--------------

SITUACIÓ B

3 Casos intensius	18 hores
3 Casos semiintensius	9 hores
12 Casos en manteniment (1h mensual)	3 hores

18 casos atesos	30 h/setmana
-----------------	--------------

³² Si la Treballadora Familiar té hores assignades a projectes grupals i/o comunitaris, suposarà que les ràtios de càrrega de feina s'ha d'ajustar a les hores reals disponibles.

SITUACIÓ C	
4 Cas intensiu	24 hores
2 cas semiintensiu	6 hores
6 casos atesos	30 h/setmana

Volum de casos per EMO³³

Per estimar el volum òptim del tractament socioeducatiu que fan als EMO vinculat al circuit d'atenció individual-família³⁴, cal determinar el volum d'hores mensuals que hi dediquen i el que dediquen a projectes -als quals fan seguiments individualitzats o grupals d'infants i joves-.

Partint d'un volum mensual de dedicació a individual de 60 hores mensuals -que inclouen atenció directa i regulacions de cas- i del nivell de dedicació a cas:

Les ràtios sempre s'hauran d'ajustar al volum d'hores real per més disponible per intervencions individuals-familiars. Es poden establir les següents possibles situacions:

SITUACIÓ A	
8 casos semiintensius	56 hores
4 casos manteniment	4 hores
12 casos atesos	60 hores/mes

SITUACIÓ B	
1 cas intensiu	12 hores
7 casos semiintensius	49 hores
8 casos atesos	61 hores/mes

SITUACIÓ C	
7 casos semiintensius	49 hores
11 casos manteniment	11 hores
18 casos atesos	60 hores/mes

Volum de casos per Ps

Per estimar el volum òptim d'intervencions psicològiques, s'ha de tenir en compte el volum d'hores dedicades a l'atenció individual -directe i indirecta- i del volum d'hores dedicades a l'atenció grupal i comunitària. Les ràtios sempre s'hauran d'ajustar al volum real mensual d'hores disponibles per a l'atenció individual-familiar. Considerat l'òptim d'atenció a casos en 20-25, aquest sempre suposarà una part d'atenció directa amb les persones-famílies -un volum òptim de 10-12 casos- i un d'atenció indirecta -un volum òptim de 13-15 casos-. Partint de la base d'una dedicació mensual de 60 hores a l'atenció individual, i seguint els criteris de dedicació següents:

SITUACIÓ A	
4 casos intensius	28 hores
12 casos semiintensius	24 hores
8 casos en manteniment	8 hores

³³ Es necessari treballar els diferents protocols d'intervenció socioeducatiu que realitzen els EMO. Aquí es considera la intervenció que els EMO realitzen des de l'atenció individual-familiar. Hi ha tot un volum d'intervenció individualitzada -o tutories- realitzat des dels projectes comunitaris -que s'haurà de treballar al dictamen i revisió de l'atenció grupal i comunitària-

³⁴ Les actuacions que realitzen de forma individualitzada a través del Club de feina es considerada com una actuació del circuit d'atenció individual-familiar. Tenint en compte que sols hi ha actuacions d'inserció laboral si són precises actuacions -que l'engloba- d'inserció social.

24 casos atesos	60 hores
SITUACIÓ B	
5 casos intensius	35 hores
12 casos semiintensius	24 hores
2 casos en manteniment	2 hores
19 casos atesos	61 hores
SITUACIÓ C	
2 casos intensius	14 hores
12 casos semiintensius	24 hores
22 casos en manteniment	22 hores
36 casos atesos	60 hores

Auxiliar Informador

Es un professional molt important en l'atenció individual-familiar ja que és el que realitza la primera recepció i l'interlocutor de moltes peticions dels usuaris atesos, com també per fer petits tràmits, per ajudar a complimentar impresos o sol·licituds. Es difícil estimar el volum d'hores que dedica a individual, ja que durant l'horari d'atenció al públic -de 9 a 14- ha d'estar disponible a qualsevol petició. Hi ha moments d'augment de la seva tasca informativa i d'ajut a tràmits administratius: operació "sonrisa" a Nadal, renovacions de passis verds de l'EMT i de cartilles AMF a gener, campanya de llibres, etc.

Cap de sector

Com a director del CMSS és el responsable de que l'equip realitzi un bon procés d'atenció individual-familiar.

Un considerable volum de les hores mensuals del seu treball estan adreçades a garantir-ho: reunions d'entrades de casos, d'equip, supervisions individuals, reunions amb d'altres serveis, suport a urgències, etc. Algunes d'aquestes tasques també són útils per a l'atenció grupal i comunitària. Per la qual cosa es complex destriar les hores que dedica a cada atenció.

5.5.- Situació d'alerta.

La situació d'alerta o d'alarma ve definida quan un o varis professionals portin durant un mes el volum de casos definit com a màxim. Sempre s'haurà d'analitzar i dictaminar el que passa, per després fer una proposta de solució concreta i acotada en terminis.

Si la situació d'alerta afecta a un professional, La qual cosa ha de fer que des del CMSS i amb la informació i implicació de la Unitat de Gestió³⁵ es plantegi solucionar la situació d'alerta, a través de fer una anàlisi acurada del que passa i perquè i fent una proposta que pot implicar:

- el professional en alarma no assumeixi més casos en un temps determinat.
- fer un anàlisi dels casos que porta, fent el tancament dels que sien oportuns.
- ajust organitzatiu de l'equip del CMSS, suport i traspàs de casos a d'altres professionals.

Si la situació d'alarma afecta a varis professionals o a tot el CMSS, s'haurà d'identificar quin problema passa i perquè -fer un diagnòstic- i cercar estratègies i un pla de solució amb la informació i implicació de la Unitat de Gestió. Que pot suposar:

- tancar durant un període -una setmana, quinze dies- l'entrada de nous casos.
- fer una anàlisi de tots els casos, fent el tancament dels que sien oportuns.
- ajust organitzacional del propi CMSS i suport des d'altres centres -amb hores de professionals-
- implicació de la Unitat de Gestió en actuacions concretes.

Comentario:

³⁵ També hi podra col.laborar -si e precis- la Unitat de Suport.

Caldria prevenir amb antelació suficient l'aparició de situacions d'alerta; per exemple de Salari Social, de noves prestacions, de la substitució per baixes o finals de contractes de professionals, de la possible incorporació de noves prestacions al catàleg municipal - per exemple el SAD de l'INSERSO-. Des de la Regidoria d'Acció Social s'han de aportar directrius i criteris que puguin evitar i prevenir que apareixin situacions d'alerta.

5.6.- La gestió de l'atenció individual-familiar.

En l'organització de l'atenció individual-familiar hi ha tots uns factors secundaris -de segona línia- referits a la gestió òptima per garantir una bona qualitat d'atenció a les persones-famílies. Aquests aspectes de gestió fan referència a la gestió-direcció des del CMSS, i a la gestió-direcció centralitzada -que inclou aspectes de gestió, tràmits administratius i de suport-.

5.6.1.- Gestió-direcció des del CMSS

Es la tasca que desenvolupa el Cap de sector pel bon desenvolupament de l'atenció individual-familiar:

- dirigir i coordinar l'equip de professionals, garantint els espais de coordinació necessaris.
- responsable d'analitzar i fer propostes de solució a les situacions d'alerta, amb el suport de la direcció del departament.
- supervisar : a) controlar l'atenció individual-familiar que fan els professionals -analitzar càrregues de feina, vetllar pel registre al SET, controlar els tancaments-; b) assessorament als professionals; c) suport a l'atenció a urgències.
- ~~- trametre informacions que afecten a l'atenció individual familiar, prestacions, recursos, requisits, criteris, convenis, etc-~~
- interlocutor amb direcció per elevar propostes o modificacions
- interlocutor i receptor de queixes d'usuaris, en primera instància -en segona passen a la UG-.
- garanteix la interprofessionalitat, resol problemes d'equip
- interlocutor de les derivacions d'entrada de serveis externs, intervé amb serveis externs quan hi ha conflicte
- amb el suport de direcció si es precis-
- ~~- control de professionals externs que disposen de recursos i prestacions municipals~~

5.6.2.- Gestió-direcció centralitzada

Es la tasca que es desenvolupa de forma centralitzada i que possibilita el marc de l'atenció individual-familiar, inclou: la unitat de gestió, la unitat de suport i el servei i negociat administratius.

-Unitat de Gestió.

Pel que fa a totes les tasques de gestió i direcció que incideixen en l'atenció individual-familiar: gestió de prestacions municipals, gestió i tràmits de prestacions externes, convenis amb serveis externs, inspecció de serveis vinculats a individual -SADIF, SAPS, SPGC, SIAD, SILD, STPS³⁶-, gestió de personal, criteris tècnics, tractament de queixes, regulacions i articulacions amb altres regidories de l'Ajuntament.

-Unitat de Suport.

Pel que fa a totes les tasques de suport a l'atenció individual-familiar: difusió, sistema de registre, avaluacions, plans de gestió, formació, documentació, revisions i nous documents metodològics i tècnics, suport a professionals.

- Servei i negociat.

Pel que fa a totes les tasques de tràmits administratius i resolucions d'expedients de prestacions municipals: ajudes econòmiques, AMF, etc.

6.-REFERÈNCIES DOCUMENTALS

³⁶ SADIF (Servei d'Acollida a Dones i Famílies), SAPS (Servei d'Acolliment i Promoció Socio.laboral), SPGC (Servei de Promoció Social i Comunitària), SIAD (Servei d'integració i atenció als discapacitats), SILD (Servei d'INtegració Laboral de Discapacitats).

Es detallen les referències documentals que s'han tingut en compte per a l'elaboració i redacció del present document d'atenció individual-familiar des de serveis socials d'atenció primària.

- Avaluacions semestrals dels CMSS. Ajuntament de Palma, 1995, 1996.
- Catàleg de prestacions d'Acció Social. Ajuntament de Palma, maig de 1996.
- Dictamen de la revisió del Treball social individual-familiar. Ajuntament de Palma, Abril de 1996.
- Documents interns referits a prestacions municipals elaborats per la Unitat de Gestió i/o la Unitat de Suport (Ajudes econòmiques, ajudes de menjador i guarderia, etc).
- Documents de desenvolupament del Pla Municipal de Serveis Socials d'Atenció Primària³⁷. Ajuntament de Barcelona.
 - . Circuit organitzatiu de l'atenció individualitzada i/o familiar. Desembre de 1994
 - . Delimitació del tractament en el context dels serveis socials d'atenció primària polivalent. Juny de 1995
 - . Normativa reguladora de l'atenció a les urgències socials. Desembre de 1994
- Documents del negociat d'inserció sociolaboral de l'Àrea d'Afers Socials i Joventut de l'Ajuntament de Barcelona, 1996.
- Descripció de les iniciatives formatius i laborals dirigides a persones amb especials dificultats. Ajuntament de Palma, Juny de 1996.
- Millora de la utilització dels recursos sociolaborals. Ajuntament de Palma, abril de 1996
- Pautes d'actuació de la Policia Local en situacions de risc social. Ajuntament de Palma, 1995.
- Pla estratègic d'acció social, 1996-1999. Ajuntament de Palma, octubre de 1995.
- Procediment de queixes d'usuaris d'Acció Social. Ajuntament de Palma, 1995
- Protocols d'atenció psicosocial. Ajuntament de Palma, agost de 1996
- Programa experimental de Treball individual. Ajuntament de Palma, desembre de 1985.
- Projecte Onyar-Est de l'Ajuntament de Girona, 1995.
- Convenis de col·laboració amb serveis externs vinculats amb l'atenció personal: MEC, Servei de Menors, SADIF, Deixalles-Jovent, Treball amb suport, CIM -Llars dels Ancians, EIF-, etc.
- Sessions Formatives d'Intervenció amb Famílies, impartides per Maurizio Coletti i Joana Alegret. Ajuntament de Palma, 1995-96.
- SET

³⁷ Aquests documents citats de l'Ajuntament de Barcelona han estat d'una gran utilitat, ja que han estat una font important de conceptes i de propostes.

7.-ESQUEMA-RESUM DEL PROCÉS D'ATENCIÓ INDIVIDUAL-FAMILIAR

FASES	ACTUACIONS	TÈCNIQUES	REGISTRES ³⁸
1.- Primer contacte	*Telefònicament *Personalment	*Informació de recursos municipals i externs. *Donar cita a permanències.	Registre AI SET Llibre de cites
2.- Primera entrevista	*Cita prèvia d'AI. *Derivació d'altres serveis a través del Cap de Sector.	* Informació Orientació Gestió-tramitació Derivació * Primera valoració.	SET Expedients
3.- Entrevistes d'avaluació: per realitzar el diagnòstic i pronòstic.	Entrevistes de despatx Visites domiciliàries Entrevistes a d'altres serveis Gestions i coordinacions amb professionals d'altres serveis Diagnòstics.	Entrevistes Protocols Criteris i requisits tècnics i administratius d'ajudes. Reunions de casos, interconsultes.	SET Expedient Full de diagnòstic del cas.
4.- Co-diagnòstic. Pla Individualitzat o Itinerari	Establiment de l'itinerari i Pla Individualitzat. Contractuació i acord amb la família i/o usuari sobre l'itinerari.	Tècniques d'entrevista. Itinerari o Pla Individualitzat. Contracte d'Inserció Social amb la Família.	SET Expedient Full de contracte
5.- Intervenció	Entrevistes Visites domiciliàries Gestions i seguiments Coordinacions amb d'altres serveis	Tècniques d'entrevista	SET Expedient
6.- Avaluació final	Revisió del contracte, assoliment dels objectius pactats i resultats	Tècniques d'entrevista	SET Expedient Full d'avaluació del cas

³⁸ Tots els registre que s'incorporen a aquest document així com la fulla del procés del cas s'incorporaran al SET.

7.- ANNEXOS.

6.- ALTRES CONSIDERACIONS.

6.1- El registre.

A més de registrar de forma seriosa i rigorosa les dades del cas en el SET. L'ídoni seria disposar d'un bon sistema de registre que sobretot fos útil als professionals i al mateix temps el màxim de senzill. A l'expedient s'ha d'enregistrar un mínim d'informació sobre l'actuació del cas, ni s'ha de caure en l'esquematisme breu que no informa de res ni en el defecte de gairebé transcriure tot el què diu la persona-família.

Al registre de les intervencions hi ha d'haver la informació bàsica i significativa per a l'evolució del cas. Hem de transcriure el que estem disposats a dir a la persona-família.

S'utilitzaran els instruments d'intervenció que és recullen a l'annex: *Full d'avaluació inicial del cas*, *Full de pla de feina amb el cas*, *Acord-Contracte d'inserció social* i *Full d'avaluació final del cas*.

6.2.- Formació

Cal que els espais de formació que es dissenyin sien coherents amb aquesta proposta metodològica i organitzativa. Però que sobretot sien útils -suposin una bona aplicabilitat- per a millorar la qualitat de l'atenció que els professionals ofereixen a les persones i famílies.

6.3.- El suport de direcció.

La direcció tant del CMSS com la centralitzada han de donar el suficient suport per a resoldre les dificultats quotidianes, conjunturals o estructurals de l'atenció individual-familiar. Tant des de gestió, com de suport o del Servei.

6.4.- Les infraestructures

Cal avançar en la dotació de les infraestructures bàsiques necessàries pel CMSS: consolidar la dotació d'ordinadors, el manteniment dels aparells de fax.

Les infraestructures físiques futures haurien de possibilitar: un espai més confidencial per l'Auxiliar Informador, i espais per entrevistes que permetin la deguda confidencialitat als usuaris.

6.5.- La dotació de personal

Cada CMSS hauria de disposar del suport d'un Auxiliar Administratiu -seguint el model d'altres Ajuntaments- que possibilita un descarregar als professionals de tasques administratives -sobretot l'AI-. Caldria estudiar la necessitat i dotació de professionals en base al diagnòstic social i les memòries dels CMMS, per proposar el mapa de ràtios de professionals òptim.

S'ha d'garantir sempre la cobertura de les baixes dels professionals dels CMSS