

**Estratègia  
d'acompanyament en  
salut mental per a  
persones sense  
llar/sense sostre**

**Autor:** Toni Marcilla Silvero

**Tutor:** Oscar Martínez Rivera

**Treball Final de Grau**

Grau en Treball Social

2016 – 2017

Data de dipòsit: 15 maig 2017

**Itinerari d'especialització en diversitat,  
comunitat i cooperació al  
desenvolupament**

**FACULTAT D'EDUCACIÓ SOCIAL I  
TREBALL SOCIAL PERE TARRÉS  
UNIVERSITAT RAMON LLULL**

---

Estratègia  
d'acompanyament  
en salut mental  
per a persones  
sense llar/sense  
sostre

---

Autor: Toni Marcilla Silvero  
Tutor: Oscar Martínez Rivera

---

**Treball Final de Grau**  
Grau en Treball Social  
2016 – 2017  
Data de dipòsit: 15 maig 2017  
**Itinerari d'especialització en  
diversitat, comunitat i  
cooperació al  
desenvolupament**

---

FACULTAT D'EDUCACIÓ SOCIAL I TREBALL SOCIAL  
PERE TARRÉS

UNIVERSITAT RAMON LLULL



## **ESTRATÈGIA D'ACOMPANYAMENT EN SALUT MENTAL PER A PERSONES SENSE LLAR/SENSE SOSTRE**

### **Resum**

La correlació entre el fet d'estar al carrer i els problemes de salut mental és un fet. Els processos de pèrdua progressius a què han estat sotmeses les persones que es dirigeixen a serveis com el SAI (Servei D'Atenció Immediata) de Terrassa, determinen un itinerari que inicia una espiral que, en moltes ocasions, aboca a l'exclusió social.

Aquest TFG pretén furgar en el, aparentment inexistent a partir de les dades, fenomen del sensellarisme a Terrassa mitjançant una estratègia d'acompanyament a les persones sense llar, a partir d'un enfocament basat en el *case work* i en el treball en xarxa, liderada pel Treballador Social; mitjançant la coordinació integral de tots els recursos implicats en la garantia de les necessitats bàsiques de les persones sense llar i en l'accés a serveis bàsics, com és la sanitat; i, dins d'ella, en el diagnòstic i l'acompanyament en el tractament, amb especial atenció en la salut mental.

Paraules clau: Acompanyament, salut mental, treball en xarxa, sensellarisme, case work, Treballador Social.

## **ESTRATEGIA DE ACOMPAÑAMIENTO EN SALUD MENTAL PARA PERSONAS SIN HOGARAR/SIN TECHO**

### **Resumen**

La correlación entre el hecho de estar en la calle y los problemas de salud mental es un hecho. Los procesos de pérdida progresivos a que han estado sometidas las personas que se dirigen a servicios como el SAI (Servicio de Atención Inmediata) de Terrassa, determinan un itinerario que inicia una espiral que, en muchas ocasiones, aboca a la exclusión social.

Este TFG pretende hurgar en el, aparentemente inexistente a partir de los datos, fenómeno del sinhogarismo en Terrassa mediante una estrategia de acompañamiento a las personas sin hogar, a partir de un enfoque basado en el *case work* y en el trabajo en red, liderada por el Trabajador Social, mediante la coordinación integral de todos los recursos implicados en la garantía de las necesidades básicas de las personas sin hogar y en el acceso a servicios básicos, como es la sanidad; y, dentro de ella, en el diagnóstico y el acompañamiento en el tratamiento, con especial atención en la salud mental.

Palabras clave: Acompañamiento, salud mental, trabajo en red, sinhogarismo, case work, Trabajador Social

---

# **STRATEGY OF ON-GOING SUPPORT IN MENTAL HEALTHCARE FOR HOMELESS PEOPLE**

## **Abstract**

The correlation between *being on the street* and *mental health problems* is a fact. The progressive loss processes, to which clients who request help from services such as the SAI (Service of Immediate Attention) of Terrassa have been subjected, determine an itinerary that initiates a spiral that, in many cases, leads to social exclusion.

This TFG seeks to delve into the - apparently inexistent from the data - phenomenon of homelessness in Terrassa. To do this, it uses a strategy to support the homeless, based on a case work approach and networking. The social worker is the leader of this strategy through the integral coordination of all the resources involved in guaranteeing the basic needs of the homeless and in access to basic services, such as health. The Health Services will be responsible for making a diagnosis and supervising the treatment, with special attention to mental health.

Key words: Support, mental health, networking, homelessness, casework, Social Worker.

---

## AGRAÏMENTS

A la meua avia, que va cercar el seu futur a la ciutat que també m'ha vist néixer a mi, a Terrassa; i a la que li va tocar construir aquest futur amb estretors, malvivint en una barraca, en el principi de tot, com ho feren milers d'immigrants anònims; amb esforç i amb esperances.

D'aquest esforç, del meu record, de la meua admiració i de la seva absència, neix aquest TFG.





*“Siempre he confiado  
en la bondad  
de los desconocidos”*

Blanche DuBois en *“Un tranvía llamado deseo”*, de Tennessee Williams

---





<b>1. INTRODUCCIÓ</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 PARADIGMA, MODELS I IMATGES PROFESSIONALS. DES D'ON PARTIM?</b> .....	<b>18</b>
✓ <i>2. FASE DE DIAGNÒSTIC</i>	
<b>2.1 MARC TEÒRIC (ANÀLISI DE LA REALITAT)</b> .....	<b>21</b>
• Exclusió social .....	21
• Sensellarisme .....	23
• Salut mental i sensellarisme .....	25
• Sense sostre – El perfil majoritari del SAI de Terrassa.....	29
<b>2.2 DETECCIÓ DE NECESSITATS</b> .....	<b>30</b>
• Situació de partida - Definició i perfil del SAI de Terrassa .....	35
• Sensellarisme a Terrassa – Si no hi ha dades...no tenim problema?: La necessitat d'un recompte de la situació sense llar i/o sense sostre .....	38
• El recompte – Les dades .....	45
✓ <i>3. FASE DE PLANIFICACIÓ</i>	
<b>3.1 FORMULACIÓ DEL PROJECTE</b> .....	<b>47</b>
• Definició del projecte .....	47
• Antecedents - Estratègies assajades.....	50
• Entre el TAC (Tractament assertiu comunitari), l'Outreach assertiu i el model de recuperació; els Programes de continuïtat de cures .....	52
• Ètica.....	53
• El Sistema Personalitzat de Dosificació (SPD).....	58
• Esquema gràfic estratègia .....	59
• Diagrama de flux estratègia .....	60
• Descripció de les diferents línies d'acció .....	61
• Validació treball – feedback.....	72
✓ <i>4. FASE D' APLICACIÓ</i>	
<b>4.1 GESTIÓ I ORGANITZACIÓ</b> .....	<b>75</b>
• Gestió i organització interna .....	75
• Gestió i organització externa.....	80
• Calendari .....	82

- Recursos necessaris ..... 83
- Sostenibilitat ..... 85

✓ **5. FASE D'AVALUACIÓ**

**5.1 AVALUACIÓ:** inicial, de procés i final ..... 87

- Indicadors d'avaluació segons els objectius: eficàcia i eficiència - .....  
 Instruments d'avaluació; temporalització integrats en l'avaluació d'objectius ..... 90

**6. CONCLUSIONS** (Des de l'aprenentatge en el Grau de Treball Social) ..... 93

**7. JUSTIFICACIÓ-CONCLUSIONS** ..... 95

**8. BIBLIOGRAFIA** ..... 101

● <b>ÍNDEX TAULES I FIGURES</b>	<b>Pàg.</b>
<b>Figura 1.</b> Classificació principals malalties que presenten les persones sense sostre segons la tipologia ETHOS .....	<b>25/26</b>
<b>Taula 1.</b> Dades territorials d'RMI.....	<b>40</b>
<b>Figura 2.</b> Problemàtiques generals Base de dades Serveis Socials de Terrassa .....	<b>41</b>
<b>Figura 3.</b> Subproblemàtiques relacionades amb salut/ sociosanitàries Base de Dades Serveis Socials de Terrassa .....	<b>42</b>
<b>Figura 4.</b> Subproblemàtiques relacionades amb les problemàtiques d'habitatges - sense llar Base de Dades Serveis Socials de Terrassa .....	<b>43</b>
<b>Figura 5.</b> Esquema Gràfic Estratègia.....	<b>59</b>
<b>Figura 6.</b> Diagrama de Fluix.....	<b>60</b>
<b>Figura 7.</b> Organigrama d'Organització de l'Estratègia .....	<b>75</b>
<b>Figura 8.</b> Cronograma d'Implementació de l'Estratègia .....	<b>82</b>
<b>Figura 9.</b> Cronograma d'Avaluació de l'Estratègia.....	<b>89</b>

## 1. INTRODUCCIÓ

Aquest TFG (Treball Final de Grau) pretén implementar un projecte relacionat amb la salut mental en un àmbit professional com és el SAI de Terrassa (Servei d'Atenció Immediata). El perfil dels usuaris, les persones que atén el SAI, respon al de persones en situació "sense sostre" o "sostre fràgil" i coincideix, bàsicament, amb el que s'assenyala Sánchez (2012), que estableix que:

...al perfil del "sin hogar" tradicional (varón proveniente de un medio familiar desfavorecido, soltero, con baja formación laboral y con muy bajo nivel educativo), hay que añadir a hombres y mujeres (aunque éstas cuantitativamente poco representativas) de mediana edad, cuyos procesos de exclusión se relacionan con rupturas familiares y pérdidas de trabajo. Es significativa la problemática de los enfermos mentales y de los consumidores de sustancias psicoactivas. Más recientemente destaca la presencia de familias completas, sobre todo familias de inmigrantes, debido a la actual crisis económica y a los problemas de desahucio, ante las dificultades para pagar las hipotecas o alquileres. (p. 314)

En aquest sentit i, centrant-me en el problema de la salut mental de les persones sense llar, com a problemàtica específica amb característiques pròpies, Caridad (2004) apunta que:

Les persones sense llar constitueixen un grup social en el qual la marginació i l'exclusió social es concreten d'una manera més greu. Aïllament, falta de suport familiar i social, desarrelament i desvinculació, trastorns psiquiàtrics, deteriorament personal i social, pobresa severa o estigmatització social són alguns dels elements que caracteritzen aquest col·lectiu conformant un pervers cercle viciós de deteriorament, marginació i exclusió. Les necessitats d'aquest grup no són solament, les bàsiques d'allotjament i menjar; requereixen d'atenció

sanitària, rehabilitació i, en molts casos, de mesures de tutela tant jurídica com institucional. Per tant, cal indicar que ens trobem davant d'un grup social complex, que requereix d'una resposta integral i coordinada. (p. 57)

Caridad, (2004) continua establint un perfil de la malaltia mental basat en:

Els trastorns mentals que presenten, caracteritzats per un alt nivell de gravetat simptomatològica i de gran deteriorament personal i social i que mostren patrons de conducta molt inadequats i estranys. Són, a més, persones que rebutgen qualsevol tipus d'ajuda i d'atenció que se'ls ofereix des de serveis socials generals, serveis de salut mental, etc. Per tot això els considerem com a trastorns psiquiàtrics severos. (p. 57)

La fundació Arrels estableix que, a Barcelona, el 79,2% de les persones sense llar pateix trastorns crònics físics o mentals.

De la experiència en les pràctiques desenvolupades al SAI de Terrassa, vaig constatar que, aquesta “problemática de los enfermos mentales” (Sánchez 2012), esdevé en una correlació entre el fet d'estar al carrer i els problemes de salut mental que presenten les persones ateses pel servei.

D'altra banda, vaig ser testimoni de la dificultat que té la persona atesa per ser conscient de la malaltia, per una banda; i de la barrera que suposa la manca de xarxa de recolzament i acompanyament, així com la dificultat que el sistema sanitari presenta en l'accessibilitat d'una persona en aquesta situació de vulnerabilitat; en l'hipotètic cas en que, la persona atesa en qüestió, decideixi introduir-se en l'intricat itinerari sanitari, primer haurem de partir de l'existència o no de targeta sanitària, la visita a un metge de capçalera, la derivació a un metge especialista o CSMA, l'adquisició de la medicació i el seu finançament, la presa dels medicaments, la revisió de la seva situació...

A tot això encara hauríem d'afegir el que diu Muñoz, Pérez i Panadero (2004) quan parla de que existeix:

...una falta tanto de integración de los servicios sociales y de salud como de comunicación entre los propios servicios, (...) la persona “rebota” de un lado a otro sin demasiado control sobre su propia trayectoria (...) el 98% de los servicios afirma que mantiene contactos con otros servicios, pero que no

comparte objetivos ni existe una planificación común, que es como debería entenderse el verdadero trabajo en red. El enfoque de *case management* es el único que parece garantizar el seguimiento de las personas sin hogar. Es importante contar con una persona de referencia que capte al usuario desde el principio y que coordine toda su intervención, social, sanitaria, educativa, laboral, etc. (p. 66-67)

Sota aquest darrer paràgraf, estableixo doncs, l'essència d'aquest TFG. És a dir, la coordinació integral d'una intervenció, sobre un enfocament basat en el seguiment del cas, dins d'una estratègia coordinada de treball en xarxa, adreçada a l'acompanyament en la salut mental per a persones sense llar i liderada pel Treballador/a Social (en aquest cas del SAI de Terrassa), com a persona de referència en tot el procés i que pugui garantir l'atenció i defensa de les opcions i drets que té la persona atesa. Ballester (2009) diu que l'augment de la necessitat i la demanda d'intervencions professionals, tant socials com educatives, és un fet patent que obliga els polítics, planificadors i professionals a replantejar-se els tipus de gestió i distribució de recursos i, en conseqüència, a cercar solucions a un dels problemes que sistemàticament planteja la intervenció socioeducativa: la definició i l'afrontament d'aquests «espais d'intersecció» (socioeducatius, socioculturals, etc.), que en moltes ocasions i per raons sobradament analitzades, estan insuficientment clarificats. El treball en xarxa esdevé una solució, però també un “problema” en una cultura professional tecnocràtica, on el treball es parcialitza i, per tant, no facilita un treball autènticament cooperatiu. Replantejar-se, com diu Ballester, el tipus de gestió i distribució de recursos, és anar més enllà; és pensar en un canvi, de la cultura tecnocràtica a una cultura reflexiva que treballa des de paràmetres de complexitat, la idea de cooperació i treball integrat entre agents és molt més natural.

En aquest sentit *L'informe anual de Salut y Sinhogarismo de ProHabitatge (2006)*, estableix en el seu document, una classificació de les principals dificultats per a accedir als serveis d'atenció que, des del meu parer, defineix un bon guió de necessitats que justifiquen aquest TFG; aquestes són:

1. Falta de documentació que acrediti la seva identitat, el que dificulta l'accés a l'atenció primària, essent la via d'atenció la d'urgències.

**-Falta d'empadronament**

**-Falta de Targeta Individual Sanitaria (TIS)**

2. Falta d'hàbits en la cura de la salut i la higiene personal

**-No consciència del problema**

-Dificultats per mantenir les condicions higièniques i d'alimentació adequades

-Dificultats per a seguir un tractament amb garanties

3. Falta de consciència de malaltia i de seguiment del tractament. Sovint, **les persones sense sostre precisen tractaments farmacològics complexos que precisen d'un tutelatge.**

-Desarrelament de la persona (dificultat per a realitzar seguiment o tractaments continuats)

-Absència de vincles familiars (**dificultats per a sotmetre's a tractament de salut mental basats en el recolzament familiar**)

-Resistències a adreçar-se per part del pacient

-Desconfiança del sistema sanitari

4. Dificultat d'iniciar tractaments mèdics per falta de recursos econòmics

**-No existeixen recursos a on es faciliti gratuïtament la medicació**

**-Dificultats per al pagament de receptes**

## 5. Dèficit de l'administració sanitària

*-Salut i Social com a departaments aïllats*

*-Falta de coordinació socio-sanitària*

*-Burocratització del sistema sanitari (necessitat de targeta sanitària, de tenir cita prèvia, d'especialització...)*

*-Absència de persones de referència en el sistema sanitari (necessitat, en alguns casos d'acompanyament per part d'educadors o voluntaris)*

*-Total desatenció en el cas de derivació al Servei de Salut Mental*

*-Resistències dels professionals*

*-No s'atén tan correctament com a altres pacients per part del personal sanitari. És necessari l'acompanyament d'un professional per tal que siguin atesos correctament*

Per parlar de dades, tenim com a referència el que estableix l'INE (Instituto Nacional de Estadística) que estableix que, a finals del 2005, a Espanya el número de persones sense llar era de 21.900, essent la dada més rellevant que, pràcticament el 48.2% de les persones sense llar és estrangera, Cabrera i Rubio, (2008); en aquest sentit, l'estudi de Bones, Pérez, Rodríguez, Borrell i Obiols, (2010), estableix com a conclusions que hi ha una més gran prevalença de problemes de salut mental entre la població immigrant i que, aquest fet "...impone un reto y refuerza la importancia de acciones dirigidas específicamente a este colectivo, que significa un importante porcentaje de la población española". (Bones et al. 2010, p.394)

La Fundació Jaume Bofill, al seu informe Uribe i Alonso, (2009) estableix que poc més de tres quartes parts de les persones entrevistades en situació de sense llar (76.4%) corren el risc de patir una malaltia mental.

En definitiva, i seguint a Matulic (2010) ens trobem davant d'un procés d'exclusió que encabeix els àmbits econòmic, laboral, formatiu, sociosanitari, residencial, relacional, ciutadà i de participació, vertebrats per tres eixos de desigualtat social: edat, sexe,



origen i/o ètnia; d'aquesta combinació d'eixos i àmbits és que es configuren els sectors més vulnerables: dones, joves, persones grans i immigrants (Subirats, 2004)

El Programa d'actuacions d'Integració i Convivència 2014-2015 de Terrassa explica que existeix una clara concentració territorial de la població estrangera i una vulnerabilitat econòmica, amb major incidència, entre la població estrangera que en la població espanyola, amb un increment de persones de nacionalitat estrangera beneficiàries de la RMI. L'augment generalitzat de la vulnerabilitat residencial es posa de manifest amb una dada prou significativa, com ho és que només el 2.2% dels habitatges de propietat de Terrassa són de persones estrangeres.

Les dades de sensellarisme de la ciutat de Terrassa ens remetent a les entitats que treballen amb aquest col·lectiu com la Fundació Busquets (menjador social, dutxes, roba) que, al 2009, en declaracions al diari la Torre del Palau establia en 200 persones, en un estat inicial, els sense sostre a la ciutat (4 vegades més que el 2008); i unes 200 persones més, en un estat avançat o consolidat; dades que contrasten amb les que ofereix un altre recurs de la ciutat com és l'Andana, l'alberg municipal de Terrassa que gestiona Creu Roja, inaugurat l'any 2008, i tot i que, inicialment, amb caràcter de recurs estacional, establia al 2009 en 18 les places d'ocupació, 35 en èpoques de fred.

El Diari de Terrassa diu que Terrassa compta amb 215.000 habitants i que segons dades de l'Idescat (Institut d'Estadística de Catalunya), citades pel mateix diari, el municipi està a només 200 habitants de ser la tercera ciutat de Catalunya; potser un del propòsits d'aquest treball podria començar per establir un número oficial de persones sense llar a la ciutat de Terrassa i del seu perfil mitjançant un recompte, per tal de justificar la necessitat d'aquesta estratègia?

A grans trets, la pretensió d'aquest treball és la d'un intent d'establir una estratègia, que faciliti l'accés a la salut i l'acompanyament de les persones sense llar amb problemes de salut mental, amb especial atenció a les persones sense sostre, perfil majoritari del SAI de Terrassa.

Així doncs, mitjançant el lideratge del Treballador/a Social de referència (SAI), s'establirà un equip multidisciplinar que pugui "tutoritzar" el procés i que pugui garantir

la facilitat en l'accés a la salut (xarxa de suport social TS SAI - salut TS CSMA); així com un acompanyament en tot el procés (clínic i social: Psiquiatra - TS) i una adhesió al tractament (mitjançant la col·laboració de: oficina de farmàcia (SPD, Sistema Personalitzat de Medicació) i recursos: alberg social, menjador social (adhesió medicament)

Els objectius d'aquest treball versarien en: facilitar l'accés a la salut, el diagnòstic i l'acompanyament en el tractament (prioritzant aquest com a fonamental); obrir la possibilitat de compartir la història social i la clínica; facilitar el recorregut de la persona atesa, la garantia dels seus drets i necessitats bàsiques; establir una coordinació de la intervenció i un autèntic treball en xarxa.

## 1.1. PARADIGMA, MODELS I IMATGES PROFESSIONALS.

### DES D'ON PARTIM?

Riberas, Vilar i Mora (2013) diuen que el debat sobre el sentit del planejament en el mon social, no s'ha de plantejar entre el disseny o l'espontaneïtat, sinó entre la improvisació i el rigor professionals (...) traduir les idees en accions.

Partim, doncs, d'una idea que, en el meu cas, sorgeix de l'experiència de les pràctiques al SAI de Terrassa (Servei d'Atenció Immediata de l'Ajuntament de Terrassa); que, bàsicament, atén un perfil de persones caracteritzat per estar immers en una situació que es configura des del perfil d'una persona "sense sostre" o de "sostre fràgil"; molt sovint, acompanyat d'una malaltia mental. És aquest darrer fet, l'abordatge de la patologia mental i l'acompanyament des dels Serveis Socials, el que em forta a la reflexió i el que definirà el meu projecte, amb la detecció d'una necessitat; per tractar de, repetint les paraules anteriors, introduir el rigor professional, deixant enrere la improvisació.

Sembla que el paradigma a adoptar seria el d'un model crític, perquè sorgeix des de la vessant de la participació social crítica i constructiva i, pretén, un procés d'interacció social crítica, des d'un caràcter social, implicador a l'emancipació social i personal; un paradigma que contextualitza la teoria per transformar la pràctica.

Crec que podríem parlar, doncs, d'un currículum (com a marc de partida) com a base d'experiències, donat que, en el meu cas, parteix d'una recreació de la cultura en termes de vivències i d'anàlisis de situacions problematitzadores; i perquè la meua voluntat és respondre a propostes que pretenen el desenvolupament integral dels ciutadans, amb un marcat caràcter *socialitzador*.

El paradigma de partida, doncs, seria el de la participació activa i crítica tant de la formació del professional com del disseny de l'acció. De fet, l'enfocament d'aquesta acció partiria de la pròpia reflexió en l'experiència, però també del concepte d'investigació i de dimensió crítica; és a dir, després de l'experiència i de l'anàlisi del context, he considerat prioritari una línia d'acció (el projecte citat; reflexió – acció a partir de la interacció amb la realitat) per començar a estructurar les actuacions que es

realitzaran. Partim, doncs, d'una construcció de saber i una construcció de resposta per a una necessitat.

A més a més, tant el projecte com el paradigma adoptat, respon a una proposta de currículum obert, que pretén el desenvolupament integral del ciutadà, té un caràcter *socialitzador* i parteix de les necessitats psicològiques de les persones ateses sobre els que es farà la intervenció (potencial individual – creació relacions interpersonals i vincles socials).

Aquest projecte parteix d'una imatge professional de professionalitat ampliada, de professional reflexiu, donat que implica creació, recerca i creativitat en l'actuació professional i dóna resposta a les característiques d'aquest món nostre, canviant i dinàmic.

Partim, finalment, del que pretén ser un “procés d'immersió de la complexitat”, en paraules de Riberas, Vilar i Mora (2013), perquè hi ha una voluntat transformadora de les causes que generen desigualtat social i perquè atorga al subjecte d'intervenció el paper d'agent de canvi, perquè aposta per la garantia dels drets socials (garantia de necessitats bàsiques, sanitat...).

Diu Viscarret (2014) que “el model de la gestió de casos (case management) és un model d'intervenció social que intenta assegurar-se que aquells clients amb problemes o incapacitats rebin una assistència integral, facilitant-los tots els serveis necessaris en el temps i qualitat adequades” (p. 235)

Seguit al mateix autor, el text defineix al Treballador social gestor de casos com a professional responsable del conjunt del servei prestat al client i de les repercussions que la intervenció tindrà en el futur del client. És en aquesta línia que s'articula aquest TFG: assegurar una figura responsable en tot moment, en el conjunt de la intervenció, garantint la prestació, des de la responsabilitat assumida. Dirigim la nostra acció a un tipus de persones que requereixen una sèrie de serveis comunitaris, amb necessitats econòmiques, de salut, socials i personals i, és per això, que articulem una intervenció multinivell, amb la persona i amb els seu entorn.

Viscarret (2014) cita a Pincus i Minahan (1983) definint el treball social de la següent manera:

El Trabajo social se ocupa de la interacción entre personas y su contexto social, que ejercita su influencia sobre la capacidad de las personas para realizar sus tareas vitales, para disminuir su sufrimiento y malestar, y para realizar sus expectativas y valores. El propósito del Trabajo Social es, por tanto: (1) mejorar las capacidades de las personas para solucionar los problemas; (2) enlazar a las personas con aquellos sistemas que puedan prestarles servicios, recursos y oportunidades; (3) exigir que estos sistemas funcionen de forma eficaz y humana; y (4) contribuir al desarrollo y mejora de la política social. (Pincus i Minahan, 1983:9).

L'actuació de l'estratègia que es presenta en aquets TFG, estableix un itinerari de propòsits que estan lligats amb la definició de l'actuació professional que fins ara he desenvolupat i que, a la vegada, estarà lligada amb els objectius que es presentaran més endavant. Sense deixar a Viscarret (2014), m'agradaria assenyalar que una de les funcions i tasques del Treballador Social que, també, defineixen la línia d'actuació d'aquest TFG. Viscarret (2014) parla del Treballador Social com a enllaç entre persones i sistemes de recursos dient que:

Esta función debe realizarla el Trabajador Social cuando hay personas que necesitan determinados recursos y no encuentran la forma de acceder a ellos, bien porque no saben o desconocen su existencia, bien porque no existen, bien porque no saben utilizarlos o bien porque piensan que dichos sistemas de recursos no van a poder satisfacer sus necesidades. (p. 278)

El text segueix, definint algunes de les activitats que ha de realitzar el Treballador Social com ara, vèncer els problemes pràctics que impedeixen als clients l'accés i utilització dels recursos; la defensa i benefici del client que experimenta dificultats per a l'obtenció d'un determinat recurs o servei i, finalment, la que personalment crec que més defineix aquest TFG: la que provoca que el sistema social es doni compte de la necessitat d'implementar nous serveis o recursos, així com la necessitat de canviar determinades normes que dificulten l'accessibilitat als recursos, mitjançant l'actuació (compromesa, renovadora) del Treballador Social.

## 2.1. MARC TEÒRIC (ANÀLISI DE LA REALITAT)

### 2.1.1 EXCLUSIÓ SOCIAL

L'exclusió social no és només una situació de pobresa o manca de recursos. Tezanos (2001) defineix les persones en situació d'exclusió com “aquellas personas que se encuentran fuera de las oportunidades vitales que definen la conquista de una ciudadanía plena”. La situació econòmica és, doncs, un dels aspectes que determinen l'exclusió, però, n'hi ha d'altres.

L'exclusió social és tant la privació, desavantatge i dificultats d'accés a un seguit de bens socials i culturals (salut, habitatge, educació...) com la privació de reconeixement social i la incapacitat d'exercici dels drets que els haurien de permetre satisfer les seves necessitats bàsiques i facilitar la seva promoció personal i social Roman (2014). A Terrassa, el PLIS (Pla Local d'inclusió Social, 2011) comença parlant del l'exclusió social com quelcom que:

Ha deixat de ser una condició fixa (o una característica personal o d'un col·lectiu) per convertir-se en un risc associat amb diverses etapes del cicle vital que exposa les persones que les travessen a situacions de possible vulnerabilitat. Les etapes vitals, sumades a altres condicions com la formació, l'ocupació, l'origen, el gènere, la salut, l'entorn, etc., comporten que l'exclusió adquireixi nous perfils més complexos, polièdrics i dinàmics. A més, col·lectius que ja en període de bonança econòmica es configuraven com a vulnerables, actualment veuen agreujada la seva situació. Les transformacions i les noves realitats que viu la societat catalana plantegen nous reptes que cal afrontar des del consens i la cooperació social i política”. (p. 5)

Assenyala el PLIS que, davant un context on la pobresa no és l'únic factor a tenir en compte quant al fenomen de l'exclusió social, i davant la intensificació de noves desigualtats i l'emergència de nous riscos, cal plantejar-se un **gir en l'enfocament de les polítiques públiques** desenvolupades fins ara. I especifica que els canvis haurien de

versar en el pas de concebre la vulnerabilitat com a problema social a veure-la com una sèrie de necessitats del conjunt de la població, ja que s'entén que hom n'és susceptible. En aquest sentit, el PLASS (Pla Local d'Actuació en Serveis Socials, 2010-2013) parla que aquest canvi de rumb porta: “al concepte d'inclusió i a una metodologia de bona governança, donant protagonisme al mateix ciutadà, afectat tàcitament per aquestes noves dinàmiques, i facilitant que hom pugui assolir una ciutadania de ple dret i alhora se'n coresponsabilitzi” (p. 37)

**Els principis orientadors** són, doncs, innovadors; giren entorn del concepte d'inclusió, on l'objectiu és la cohesió i la cooperació social com a motor de desenvolupament humà, i se centren en la preocupació pel benestar social durant tot el cicle vital de les persones. Es tracta doncs, i en això coincideixen tant el PLASS com el PLIS, de lògica en el plantejament que qüestiona la lògica assistencialista i tradicional i que vol passar a una lògica innovadora, pensada en clau d'inclusió social, la qual implica promoure el fet comunitari, la xarxa i la participació. Així doncs, els serveis socials bàsics es configuren com un conjunt d'intervencions que tenen com a objectiu garantir les necessitats bàsiques dels ciutadans, posant l'accent en l'autonomia personal i les capacitats pròpies.

Una de les finalitats dels serveis socials, doncs, és la promoció d'actituds i capacitats de les persones com a principals protagonistes de llurs vides, i un dels canvis en aquest sentit és que l'objecte d'atenció se centra en totes les etapes de la vida i en la seva qualitat, en el dret a la promoció personal. El PLASS de Terrassa parla de que: *els serveis socials bàsics tenen quelcom a dir en la situació de la realitat social en la qual intervenen (quins buits, dèficits i punts forts s'hi observen, etc.) amb l'objectiu de debilitar els mecanismes d'exclusió social i promoure mecanismes d'anticipació.*

Un dels *buits, dèficits* és el que intenta justificar aquest projecte; davant el buit, la carència, d'una intervenció integral, amb un protocol específic, que garanteixi l'accés de la persona sense llar i amb malaltia mental, al sistema de salut, establim doncs, una estratègia d'intervenció que acompanyi a la persona en el diagnòstic, en el tractament de la seva malaltia, en l'acompanyament en tot el procés i en la garantia de les seves necessitats bàsiques, així com en la promoció personal.

### 2.1.2 SENSELLARISME

Diu Cabrera, Rubio i Blasco (2008) que “entender el fenómeno de las personas sin hogar en términos de exclusión residencial significa abandonar la visión de éste como una cuestión de dejadez personal i desadaptación individual”; el procés d'exclusió social es desenvolupa a partir de situacions de privació múltiple, de bens, serveis i drets. És multidimensional, dinàmic i complex (Síndic de Greuges de Catalunya, 2006) i inclou desigualtats en altres àmbits (no només econòmics) en el que també es manifesta la injustícia social.

Però els factors associats a les condicions de vulnerabilitat i exclusió social, comporten que el sensellarisme adquireixi importància per l'impacte que tenen sobre el desenvolupament de la persona, que fan necessari una comprensió integral d'aquesta problemàtica humana i social (Sánchez, 2012). A Diagnosi de Les persones sense llar a la ciutat de Barcelona i l'evolució dels recursos de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar (2013) es diu que:

“Per arribar a trobar-se en situació de sense llar cal que les persones acumulin diferents desavantatges i tipus d'exclusió social. Quedar-se al carrer és el resultat de sumar al fet de no poder fer front al cost del propi habitatge, l'exclusió continuada del mercat laboral, el deteriorament de les xarxes socials de suport, el trencament de les solidaritats familiars i, en alguns casos, el patiment de malalties, trastorns mentals o addiccions” (p. 9)

I continua parlant de l'exclusió residencial com a fenomen que va més enllà de quedar-se sense llar, assenyalant que és tant conseqüència com causa de processos d'exclusió social, establint que la falta d'ingressos pot portar a no tenir accés a un habitatge en condicions, i que aquest fet, en privar d'intimitat i vida social, pot condemnar a persones i famílies a la pobresa. No es tracta només de no tenir un lloc on dormir.

El mateix estudi fa referència al Dictamen del Comitè Econòmic i Social Europeu sobre “El problema de les persones sense llar” en el que s'identifiquen cinc tipus de factors que incideixen sobre el risc de les persones de patir exclusió social severa i exclusió de l'habitatge:



- els factors estructurals: l'evolució de l'economia, la immigració, els drets de ciutadania i del mercat immobiliari;
- els factors institucionals: l'actuació dels serveis socials, el funcionament dels mecanismes d'ajuda, els procediments i la burocràcia institucional;
- els factors relacionals: la situació familiar, les xarxes de relació, les situacions de ruptura;
- els factors personals: l'estat de salut, les situacions de dependència, l'edat;
- la discriminació o absència d'un estatut legal, un factor que pot afectar en particular i a algunes minories ètniques com, per exemple, les comunitats romanís.

### 2.1.3 SALUT MENTAL I SENSELLARISME

Muñoz, Perez i Panadero (2004) expliquen que després de comprovar l'existència de la relació entre situació sense sostre i problemes de salut mental, es va intentar clarificar la direcció d'aquesta relació, explorant el moment d'aparició dels trastorns mentals respecte a l'arribada de la situació sense sostre.. les dades mostraren que, la majoria de les persones sense llar pateixen les seves primeres crisis de salut mental abans de la seva arribada a la situació sense sostre.

L'informe anual de ProHabitatge, Salud y Sinhogarismo (2006) adverteix que les malalties més comuns de les persones sense sostre, són els trastorns de la personalitat, els problemes derivats de la mala alimentació i de l'abús de substàncies, així com, la tuberculosi.

El mateix informe parla que, en relació a la salut mental, un 40% dels homes de menys de 45 anys i un 52% de les dones, presentaven al menys un trastorn i que, entre els trastorns crònics, destacaven les depressions; oscil·lant entre el 47% del majors de 45 anys que viuen al carrer fins el 79% dels homes menors de 45 anys que viuen en centres.

L'informe, també estableix una classificació de les principals malalties que presenten les persones sense sostre, segons la tipologia ETHOS; organitzant les malalties en tres categories:

	<b>SALUT MENTAL</b>	<b>ABUSOS DE SUBSTÀNCIES</b>	<b>MALALTIES FÍSQUES</b>
<b>SENSE SOSTRE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorns de personalitat</li><li>• Esquizofrènia</li><li>• Discapacitat intel·lectual</li><li>• Trastorns bipolars</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alcohol</li><li>• Cocaïna</li><li>• Heroïna</li><li>• Benzopamines</li><li>• Tabac</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psoriasis</li><li>• Sarna</li><li>• Tuberculosi</li><li>• Infeccions parasitàries</li><li>• Desnutrició</li><li>• Problemes oftalmològics</li><li>• Problemes dentals</li><li>• VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual</li><li>• Hepatitis</li><li>• Cirrosi hepàtica</li><li>• Malalties respiratòries (bronquitis, pneumònies, etc.).</li></ul>

<b>SENSE VIVENDA</b> *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorns de personalitat</li> <li>• Esquizofrènia</li> <li>• Discapacitat intel·lectual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholisme</li> <li>• Drogodependències</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> <li>• VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual</li> <li>• Tuberculosi</li> <li>• Problemes oftalmològics</li> <li>• Problemes dentals</li> <li>• Hepatitis</li> </ul>
<b>VIVENDA INSEGURA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorns de personalitat</li> <li>• Esquizofrènia</li> <li>• Demència</li> <li>• Discapacitat intel·lectual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholisme</li> <li>• Drogodependències</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis</li> <li>• Tuberculosi</li> <li>• VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual</li> <li>• Problemes de salut mental (trastorns de personalitat, esquizofrènia, retràs mental) OTROS</li> <li>• Trastorns del son i de l'alimentació</li> </ul>
<b>VIVENDA INADEQUADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorns de personalitat</li> <li>• Esquizofrènia</li> <li>• Problemes cognitius</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholisme</li> <li>• Drogodependències</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeccions parasitàries</li> <li>• Malalties dermatològiques</li> <li>• Sarna</li> <li>• Tuberculosi</li> <li>• Hepatitis</li> <li>• VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual</li> </ul>

**Figura 1. Classificació principals malalties que presenten les persones sense sostre segons la tipologia ETHOS.** Nota Font: Adaptat de Prohabitatge: Informe anual Salud y Sinhogarismo. (2006). Barcelona: FEANTSA

\* Les persones sense vivenda, pateixen els mateixos problemes de salut que les "sense sostre", amb la diferència que temporalment estan acollides en centres en (penitenciaris, hospitalaris, d'acollida per a persones sense sostre, etc.).

Al Diagnosi (2013) de Les persones sense llar a la ciutat de Barcelona i l'evolució dels recursos (2013) es constata el fet assenyalat: que la incidència de malalties mentals entre la població sense llar és molt més elevada. Uribe i Alonso a l'estudi sobre la salut de les persones sense llar de Barcelona realitzat l'any 2010 estimaven, en base a qüestionaris estandarditzats, que un 49% de les persones enquestades per al seu treball patien algun tipus de trastorn mental (depressió, ansietat o altres). També van constatar que un 16% de les persones de la mostra havien pres medicació psiquiàtrica destinada a controlar la simptomatologia de trastorns mentals severos com esquizofrènia o trastorns maniacodepressius.

De la Guía (2015) diu que, segons l'estudi realitzat per Muñoz (2003) s'estima que les persones que viuen al carrer han sofert una mitjana de set situacions estressants, quan la població general en sol viure un màxim de tres. Segons aquest estudi, prop d'un terç de les persones sense llar reconeixen que hi ha factors personals que han pogut provocar o desencadenar el seu procés d'exclusió, assenyalant que el més general és que arribin al carrer per drogues o per alcohol, però també per depressió.

La mateixa autora continua relatant que la circumstància del fet de viure al carrer comporta la lluita diària per menjar, endreçar-se, dormir, sobreviure i protegir-se de les possibles agressions nocturnes; que crea un estat d'estrès permanent i d'esgotament mental i físic, i que la solitud afectiva i els sentiments de desesperança augmenten el sofriment psíquic i promouen l'abandó, la sensació de feblesa i vulnerabilitat.

Vázquez, M. I. (2011), parla de *la teoria del descens social o de la orientació* per intentar explicar la relació entre malaltia mental i exclusió, que apunta envers el component biològic com a clau per explicar perquè persones que pateixen esquizofrènies tendeixen a residir en els centres urbans (Faris & Dunham, 1939). Vázquez (2011) planteja que l'angoixa que pateixen les persones es redueix més fàcilment en entorns urbans a on es més fàcil aïllar-se de les xarxes familiars i socials; també explicaria la tendència al transeuntisme i als canvis de localització dels malalts psicòtics; marxar, canviar de localització, desaparèixer, podria ser una manera de controlar l'estrès associat a un augment de les demandes relacionals o la pressió social per evitar un episodi psicòtic, explica Vázquez. Aquests canvis constants són els que reduirien la possibilitat de ser atesos, recolzats o acompanyats.

Tot i el que s'acaba d'exposar, Vázquez (2011) diu que no es pot deslligar la influència mútua de lo social en la conducta, de lo biològic i de l'entorn; i apunta que els esdeveniments vitals en etapes primerenques de la vida s'han associat amb alteracions en l'estructura cerebral, en àrees que s'han associat amb l'esquizofrènia, i les persones sense llar acostumen a haver patit un més gran número que la mitja i en etapes més precoces de la vida.

En aquest sentit, Vázquez (2011) apunta que l'assistència sanitària i social també contribueix a aquesta prevalença; que les persones accedeixen al sistema, però no aconsegueixen una bona continuïtat de les cures. Són els familiars i les xarxes de

recolzament informals , especifica l'autor, qui s'encarreguen d'evitar que els pacients perdin cites mèdiques o prenguin el tractament, apuntant, també, que l'autoestigma, l'estigma i les formes rígides de resposta del sistema son els elements limitadors d'una atenció continua i intensiva, sobretot a l'inici del trastorn, apuntant que això determina l'acceleració en la discapacitat, la desesperança, el temor, la soledat i la desconfiança d'aquestes persones.

## 2.1.4 SENSE SOSTRE

*-El perfil majoritari del SAI de Terrassa (Servei D'Atenció Immediata)-*

FEANTSA (la Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que Treballen per les Persones Sense Llar) proposa una classificació de les situacions de privació d'habitatge que identifica diferents intensitats d'exclusió trencant amb la distinció clàssica entre la societat majoritària que disposa d'un sostre i les persones que pernocten al carrer o a albergs per a sense llar (Diagnosi, 2013). La tipologia de situacions, anomenada ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) planteja que l'accés a l'habitatge té tres dimensions:

-Físic consistent en disposar d'un espai adequat que pertany exclusivament a una persona i a la seva família

-Social consistent en disposar d'un espai de privacitat per gaudir de les relacions socials.

-Jurídic consistent en disposar d'un títol de propietat o d'un contracte d'arrendament.

En funció de les condicions d'habitabilitat que té l'espai on viu la persona, la vida social i privada que aquest permet i el règim legal d'utilització de l'allotjament es defineixen quatre situacions o categories (Diagnosi, 2013):

- Sense sostre: quan la persona no disposa d'un espai físic per viure.
- Sense habitatge: quan la persona disposa d'un espai físic, encara que aquest no reuneixi les condicions necessàries de privacitat per considerar-lo un espai propi i que l'ocupant no en tingui la titularitat legal. Es considerà una persona sense llar o sense habitatge aquella que pernocta en equipaments públics o d'entitats socials.
- Habitatge insegur: quan la persona disposa d'un espai físic on pot desenvolupar la seva vida privada però no té permís legal d'utilització de l'allotjament.
- Habitatge inadequat: quan la persona viu en un espai que no reuneix les condicions adequades per l'habitabilitat. Disposava per tant d'un espai físic on pot desenvolupar la seva vida privada, amb permís legal d'utilització o ostentant-ne la propietat, però amb les incomoditats derivades del deteriorament dels equipaments.

## 2.2. DETECCIÓ DE NECESSITATS

Dins el concepte de serveis socials com a prestacions tècniques organitzades per procurar a les persones una vida digna mitjançant l'atenció de les seves necessitats personals bàsiques així com també de les seves necessitats socials, el SAI, defineix l'abast del seu itinerari d'intervenció marcant la fita final en el procés d'acompanyament, en el concepte d'*estabilització* d'un cas; aquest doncs, serà l'objectiu general a aconseguir, i que consistirà en el període que transcorre entre la primera acollida i la garantia de l'assoliment de les seves necessitats personals bàsiques (subsistència, benestar físic i emocional): sostre, alimentació i inici d'intervenció en patologies (addiccions, salut mental...)

Així doncs, el SAI orientarà la seva actuació professional a la prevenció i rehabilitació fins que, un cop assolit l'objectiu d'estabilització, el cas pugui passar als serveis socials de zona per a garantir l'acompanyament en la fase final de la intervenció iniciada amb el cas: la inserció social, el desenvolupament de vida en comunitat, la igualtat d'oportunitats.

Al PLASS s'especifica que les principals problemàtiques en l'àmbit de la salut són:

-Un 5,2% de la població de Terrassa pateix alguna discapacitat, la qual cosa en dificulta la participació en la societat en igualtat d'oportunitats amb la resta de la població.

-Hi ha una gran incidència de les malalties associades amb l'edat (malalties físiques cròniques i malalties neurològiques) i amb una incidència més gran entre les dones.

**-Existeix una manca de seguiment mèdic entre alguns col·lectius que tenen dificultats per autogestionar-se els tractaments per circumstàncies personals o de context. (Malalts mentals / Sense sostre)**

*A l'informe ProHabitatge (2006) s'assenyalen dos obstacles que priven a les persones sense llar d'accedir als serveis sanitaris; aquest són:*

*-La manca de protocols sanitaris que permetin derivar amb agilitat a centres socials o socio-sanitaris als pacients.*

*-El dèficit de serveis sanitaris que possibiliten realitzar una valoració integral del pacient*

*L'abordatge de la situació sense sostre des d'una vessant social i sanitària, davant l'evidència de la correlació entre situació sense sostre - malaltia mental, esdevé una necessitat.*

*La necessitat principal que el projecte en qüestió planteja és l'acompanyament de la persona amb sospita de malaltia mental; donat el seu estat, la seva vulnerabilitat i fins i tot, la no consciència del problema, la necessitat que es planteja és la d'un acompanyament en l'accés i seguiment dins del canal sanitari, que garanteixi la seva estabilització i els seus drets, dins d'un abordatge de la situació amb una metodologia de treball en xarxa.*

*Aquesta necessitat, doncs, està en la línia de l'**Objectiu principal del SAI que estableix:***

- Atenció a les persones sense sostre i sense llar relacionades amb situacions de risc, de vulnerabilitat i d'exclusió social, **sense vinculació territorial**, que posa en perill la cobertura de les necessitats més bàsiques per la vida com són l'alimentació, l'allotjament i la integritat de les persones fins a la seva estabilització.

En aquest sentit, ProHabitatge, estableix en el seu document, una classificació de les principals dificultats que esdevenen en necessitats per a accedir als serveis d'atenció; aquestes són:

1. Falta de documentació que acrediti la seva identitat, el que dificulta l'accés a l'atenció primària, essent la via d'atenció la d'urgències.

-Falta d'empadronament

-Falta de Targeta Individual Sanitària (TIS)

2. Falta d'hàbits en la cura de la salut i la higiene personal

***-No consciència del problema***

-Dificultats per mantenir les condicions higièniques i d'alimentació adequades



-Dificultats per a seguir un tractament amb garanties

3. Falta de consciència de malaltia i de seguiment del tractament. Sovint, *les persones sense sostre precisen tractaments farmacològics complexos que precisen d'un tutelatge.*

-Desarrelament de la persona (dificultat per a realitzar seguiment o tractaments continuats)

-Absència de vincles familiars (*dificultats per a sotmetre's a tractament de salut mental basats en el recolzament familiar*)

-Resistències a adreçar-se per part del pacient

-Desconfiança del sistema sanitari

4. Dificultat d'iniciar tractaments mèdics per falta de recursos econòmics

*-No existeixen recursos a on es faciliti gratuïtament la medicació*

*-Dificultats per al pagament de receptes*

5. Dèficit de l'administració sanitària

*-Salut i Social com a departaments aïllats*

*-Falta de coordinació socio-sanitària*

*-Burocratització del sistema sanitari (necessitat de targeta sanitària, de tenir cita prèvia, d'especialització...)*

*-Absència de persones de referència en el sistema sanitari (necessitat, en alguns casos d'acompanyament per part d'educadors o voluntaris)*

*-Total desatenció en el cas de derivació al Servei de Salut Mental i resistències dels professionals*

*-No s'atén tant correctament com a altres pacients per part del personal sanitari. Es necessari l'acompanyament d'un professional per tal que siguin atesos correctament*

Muñoz M., et al (2004) parlen de que malgrat el reconeixement general de la naturalesa multicausal del fenomen de les persones sense sostre, en observar la realitat ens trobem que, tradicionalment, l'atenció s'ha centrat en la cobertura de les necessitats primàries, com són: allotjament, menjar i roba. El mateix document assenyala que, amb l'aparició dels sistemes de benestar social i de les lleis de protecció social, com la Llei de 1982 que obliga als municipis de més de 20.000 habitants a disposar de serveis socials per a persones sense llar, posaren les bases per al desenvolupament de serveis socials més amples i específics; aquest podria ser el cas de Terrassa en l'abordatge de la situació, però Terrassa compta amb un PLASS i un PLIS que mostren una voluntat que al igual que es mostra en el document de Muñoz M., et al (2004), coincidirien en el caràcter actiu en la cerca de detecció de necessitats, identificació i captació d'aquestes, implicant a la persona en situació d'exclusió i acompanyant i defensant activament els drets de les persones ateses, facilitant l'accés i utilització dels recursos disponibles.

El mateix document apunta que:

Las nuevas tendencias en la atención a personas en situación SH apuestan por la utilización de intervenciones con una aproximación comprensiva i asertiva dirigidas a unir los servicios fragmentados y que pretenden responder a las necesidades individuales de cada usuario. Además estas intervenciones pretenden garantizar el acceso a los servicios de salud general y salud mental a las PSH y realizan la evaluación y planificación de los servicios necesario para un usuario en particular, acompañamiento a los mismos, y control de los servicios para garantizar la atención, además de realizar una defensa activa de los derechos de los usuarios. (p. 71)

Aquestes necessitats, tan normatives com expressades, d'accés als serveis, d'acompanyament en la intervenció, d'abordatge de la situació sense sostre – malaltia mental des d'una vessant social i sanitària, de treball en xarxa com a estratègia i des de la defensa dels drets i la facilitació de l'accés als recursos, (i transversalment la necessitat d'un recompte de la situació sense llar i/o sense sostre) conformen els problemes més greus en la intervenció i defineixen la necessitat d'aquesta estratègia d'acompanyament.

Així doncs, com diu Viscarret (2014) citant a Rubin (1992), el model de la gestió de casos (en què es basa l'estratègia d'acompanyament d'aquest TFG) intenta assegurar-se de que aquells clients amb problemes o incapacitats reben una assistència integral, facilitant-los tots els serveis necessaris en el temps i qualitat adequades. El que Viscarret (2014) assenyala com a boundary-spanning que s'aproxima a significar que, a més a més de proveir d'un determinat servei directe al client, els Treballadors Socials són els encarregats d'enllaçar al client amb la xarxa de serveis existents i que poden cobrir algunes de les seves necessitats coordinant la intervenció; que pel nostre cas, inicialment, estaria conformada per: el menjador social, dutxes rober, (Fundació Busquets), l'alberg Social (L'Andana), CSMA i Farmàcia.

L'estratègia presentada pretén, com diu Viscarret (2014) assegurar que existeix algú que sigui responsable en tot moment del conjunt de la intervenció i que ajudi al client garantint la prestació d'un servei responsable.

Sarabia (2007) ho explica molt bé quan diu que:

Tanto en el ámbito sanitario como en el de los servicios sociales, cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional) y cada escala territorial (local, provincial, regional, departamental y estatal) se rige por sus propias normas, que, la mayoría de veces, no tienen en cuenta la coordinación con el resto. Cada estamento asistencial es concebido como un mundo en sí mismo, ajeno a lo que pase fuera de él. Así, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano. (p. 7)

Si, com continua dient Sarabia (2007), tota societat va haver d'enfrontar-se al fet de que alguns dels seus membres no eren capaços de subvenir a les seves necessitats per ells mateixos degut a motius de salut, potser és hora de donar respostes plantejant aquesta estratègia d'acompanyament, a les persones sense llar/sense sostre, amb malaltia mental, de la ciutat de Terrassa.

## 2.2.1 SITUACIÓ DE PARTIDA - DEFINICIÓ I PERFIL DEL SAI

*(Servei d'Atenció Immediata de Terrassa)*

EL Servei d'Atenció Immediata (SAI), on vaig desenvolupar les pràctiques, va néixer com un servei d'atenció de situacions d'urgència que no era possible atendre des dels serveis socials del territori, a Terrassa; que dirigia la seva atenció a les persones sense sostre o de sostre fràgil (amb inestabilitat a nivell d'habitatge o que viuen en habitacions i tenen dificultats per mantenir-la). Amb el desplegament del PLASS (Pla Local d'Actuació en Serveis Socials) el SAI es redefineix i centra la seva tasca d'atenció en les persones que presentin perfils més específics de problemàtica “sense sostre”:

-Sense sostre, ocupació de naus, carrer...

-Malalties mentals

-Alcoholisme, consum de tòxics...

Però també dels transeünts, entenen aquest com la persona que es troba accidentalment en un terme municipal en el qual no està empadronat, o bé s'ha traslladat a un terme municipal amb el propòsit de residir-hi però no ha adquirit encara la condició de resident. En el cas d'aquestes persones es fa una atenció puntual que implica la cobertura de les necessitats d'alimentació puntual i posterior trasllat en tren a Barcelona o Manresa, com a poblacions més properes en la seva “itinerància” o fins als municipis en què estan empadronats o tenen vinculació. Els seus àmbits d'intervenció, doncs, serien: transeünts, urgències socials, sense sostre/sostre fràgil. Entenen com a urgència social la situació de risc social que posa en perill la cobertura de les necessitats més bàsiques per la vida com son l'alimentació, l'allotjament i la integritat de les persones.

El SAI, doncs, enfoca l'atenció en quatre aspectes:

-Atenció del perfil sense sostre o sostre fràgil

-Atenció puntual d'urgències i transeünts garantint sostre i alimentació

-Detecció d'espais d'ocupació

-Treball en projectes per a reforçar i empoderar les persones ateses

Al Pla Local d'Actuació en Serveis Socials de Terrassa (2010-2013), es diu que:

Els serveis socials bàsics tenen quelcom a dir en la situació de la realitat social en la qual intervenen (**quins buits, dèficits i punts forts s'hi observen, etc.**) amb l'objectiu de debilitar els mecanismes d'exclusió social i promoure mecanismes d'anticipació. D'altra banda, cal treballar per la conscienciació del pas de l'accent en la gestió cap a l'èmfasi en l'acció i dinamització social, i l'acompanyament, considerant el factor multidimensional de la tasca i, per tant, dotant-la d'una òptica integral, on l'eix central són les necessitats en pro de l'optimització en la igualtat d'oportunitats. Es tracta d'un canvi de lògica en el plantejament que qüestiona la lògica assistencialista i tradicional i que vol passar a una lògica innovadora, pensada en clau d'inclusió social, la qual implica promoure el fet comunitari, la xarxa i la participació. Anem vers uns serveis socials que han de promoure polítiques preventives i comunitàries, la cohesió i benestar socials, la promoció de condicions perquè la llibertat i la igualtat d'oportunitats de l'individu i dels grups en els quals s'integra siguin reals i efectives. (p.8)

I continua, definint uns principis orientadors que estableixen el marc de referència de les actuacions i finalitats dels serveis socials a Terrassa, que són:

1. La promoció d'actituds i capacitats de les persones com a principals protagonistes de llurs vides; i un dels canvis en aquest sentit és que l'objecte d'atenció se centra en totes les etapes de la vida i en la seva qualitat, en el dret a la promoció personal.
2. La igualtat, com a reconeixement de drets dels destinataris; que comporta preocupar-se per informar els sistemes de serveis socials, per establir uns serveis de qualitat i conèixer-ne els estàndards, per considerar la seva opinió en el procés d'avaluació i per tenir un professional de referència, el qual ha de vetllar per una intervenció integral i, per tant, coherent. El PLASS parla de la preocupació per uns serveis socials bàsics de qualitat es refereix tant a la visualització dels estàndards dels serveis com del respecte de la participació dels destinataris i dels professionals que intervinguin en els processos d'avaluació.
3. La prioritització de la prevenció i la intervenció comunitària; dins la prevenció, els processos prenen el protagonisme, i això comporta centrar-se en les causes de l'exclusió

social. Així doncs, cal que els professionals entenguin, i que l'organització integri, el rol d'observació necessari per a un plantejament estratègic d'intervenció i d'acció social. Per poder avançar en aquesta línia, cal que els professionals tinguin una fotografia detallada de la comunitat on intervenen, proporcionada en part per la mateixa institució i, en part, elaborada pels professionals que es troben al territori.

Aquests principis orientadors, estan en línia amb aquest projecte o estratègia d'acompanyament per a persones sense sostre amb trastorn mental: dret la promoció personal, reconeixement del drets de la persona, dret a un professional de referència i una intervenció integral, i centrar-se en les causes de l'exclusió social que, en aquest cas, estan determinades per la condició de les persones que acudeixen al SAI.

El PLASS assenyala, com a objectiu del sistema de serveis socials, que cal preocupar-se per la qualitat de vida, la qual, conclou: "s'entén com a foment de la cohesió social, mitjançant el treball comunitari, mitjançant un sistema retroactiu i participatiu, i prioritçant el prisma integral i multidimensional que configura la qualitat de vida de les persones" (p.36)

Fins i tot va més enllà, en parlar de la promoció de l'autonomia personal, que comporta una visió des de la permanència dels efectes de la intervenció, i, per tant, considera i reforça un punt de vista **estratègic**. La prevenció s'erigeix com a via prioritària per assimilar aquest nou sentit del sistema de serveis socials.

La problemàtica de l'atenció a les persones sense llar és multidimensional, com ho són les seves respostes; la col·laboració entre Serveis Socials, Salut, Habitatge, Treball, Educació o Policia no es pot limitar a derivacions o a coordinacions informals. Cal avançar cap espais de planificació conjunta i de seguiment de projectes compartits entre recursos implicats. Perquè el principal problema a l'hora d'abordar la implementació d'una estratègia d'acompanyament a persones sense llar amb malaltia mental és que, la globalitat dels recursos que atenen a les persones sense llar, no estan disposats en xarxa. La segmentació dels recursos implicats esdevé un problema a l'hora d'implementar un abordatge de la situació des d'un enfocament de treball en xarxa. Cal el lideratge, doncs d'un referent.

## 2.2.2 SENSELLARISME A TERRASSA

*-La necessitat d'un recompte de la situació sense llar i/o sense sostre-*

El principal problema de l'abordatge de la situació del sensellarisme a Terrassa (i dins d'aquest de les persones sense sostre) és l'absència de dades; desconeixem el número de persones sota aquesta condició i que, només es pot intuir, per la presència en els serveis implicats com ara, la Fundació Busquets o l'Alberg municipal de Terrassa, l'Andana, gestionat per Creu Roja. El centre d'allotjament d'urgència i acollida nocturna per a ciutadans en situació de vulnerabilitat (L'Andana) està subjecte a les possibilitats pressupostaries i compta en l'actualitat amb 40 places.

En el cas de la Fundació Busquets i segons la memòria (2015) de la mateixa entitat, ens referix que, el rober social, servei vinculat al servei de dutxes per a persones en situació sense sostre i/o sense llar ha atès 98 persones l'any 2015; que el menjador social de la mateixa entitat i que proporciona alimentació diària de persones en situació sense sostre o sense llar ha atès 119 persones durant l'any 2015; que el servei de dutxes ha facilitat la higiene personal a 172 persones; i que el centre d'acollida com a espai d'estada diürn amb components relacionals, ocupacionals i rehabilitadors, de la mateixa entitat ha atès a 291 persones.

Desconeixem quants persones estan fora de l'abast dels serveis implicats en l'acompanyament de les persones sense llar i/o sense sostre i quin és el número real d'aquestes a la ciutat de Terrassa.

És des d'aquesta carència que, en el darrer any (juny 2016), s'ha configurat la *comissió "sense sostre"* a Terrassa formada pel CST (Consorti sanitari terrassa), Mútua terrassa, Fundació Busquet, L'Alberg social l'Andana, Serveis Socials de Terrassa i els Serveis de Via Pública, Seguretat i Protecció Civil.

Aquesta comissió neix amb els mateixos objectius de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar de Barcelona i pretén un intercanvi de recursos, informació, eines i coneixements que facin una fotografia del fenomen del sensellarisme a la ciutat de Terrassa.

Ni el PLASS, ni el PLISS, ni els informes municipals consultats o les memòries de Serveis Socials, especifiquen quantes són les persones amb categoria sensellar a Terrassa.

Els Treballadors Socials implicats i consultats (SAI i Fundació Busquets) corroboren aquesta realitat: no hi ha dades oficials, no tenim un número real de l'abast de la situació, malgrat, com és el cas de Fundació Busquets, totes les persones que atén siguin persones sense llar; però, quantes d'aquests, per exemple, són persones sense sostre o quantes d'aquestes ni tant sols tenen accés al serveis?

Com deia en la presentació d'aquet TFG les dades de sensellarisme de la ciutat de Terrassa ens remeten a les entitats que treballen amb aquest col·lectiu. Dins d'aquestes, a la Fundació Busquets (menjador social, dutxes, rober, centre diürn) trobem en Pep Martí (Coordinador Obres Socials) com a referència i aportació de les dades presentades.

Treballador Social de la Fundació i representant d'aquesta a la comissió "sense sostre", en conversa amb l'autor d'aquet TFG (Octubre 2016), especifica que totes les persones ateses pels serveis que ofereix la Fundació són persones sense llar, però quantes d'elles són, per exemple, persones sense sostre (com deia abans) i quantes més hi han sense poder accedir al serveis de Fundació Busquets o a l'Andana, és una de les qüestions que pretén establir la recent formada comissió "sense sostre"; és a dir, l'establiment d'un escenari de la situació del sensellarisme a Terrassa que, fa necessària una estratègia de treball en xarxa, una aportació de dades relatives a cada servei implicat i compartides per la resta per construir un mapa de la situació del sensellarisme i/o sense sostre a la ciutat de Terrassa i que, inevitablement, provoqui la necessitat d'un recompte de la població en aquestes situacions.

La única referència a les dades sobre sensellarisme a Terrassa, daten del desembre del 2008 i estan dins d'un informe elaborat per la Unitat de Projectes Socials de la Fundació Pere Tarrés, anomenat Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa. L'informe en qüestió ja assenyalava la inexistència de dades oficials sobre el fenomen de la pobresa i l'exclusió social a nivell local i explica que, en ell, es presenta una aproximació a la quantificació a partir de diferents indicadors i estimacions que aporten una significativa informació sobre situacions de necessitat social; dades que no deixen



de ser, segons el mateix informe, una referència parcial donat que majoritàriament incideixen en el vessant econòmic d'exclusió, i que provenen de diferents fonts de dades com ara, protecció social, Serveis socials d'Atenció Primària, atenció d'usuaris en entitats privades no lucratives i les que ofereix l'informe sobre la desigualtat social a Terrassa realitzat per Càrites l'any 2008. De la vessant econòmica, les fonts de dades utilitzades van ser: Renda Mínima d'Inserció (RMI), subsidi d'atur, Pensions de Naturalesa no Contributiva (PNC), Ajudes del Fons Nacional d'Assistència Social (FAS; en el 2008. Substituïda per PNC des del 1990), Llei d'Integració Social per persones amb discapacitat (LISMI; en el 2008. Substituïda per PNC des del 1990) i l'Ajut complementari a les pensions de viduïtat.

#### Taula 1:

#### Dades territorials d'RMI

**Taula 8: Dades territorials d'RMI**

Àmbit territorial	Taxa destinataris/es (per 100hab)	Nombre Destinataris/es	Total Expedients familiars	Nre.Menors a càrrec	Total població 2007
Terrassa	0,54	1.088	472	424	202.136
Vallès Occidental	0,44	3.759	1.586	117	845.942
Catalunya	0,40	28.753	12.605	11.012	7.210.508

Fonts: Elaboració pròpia a partir de les dades facilitades per l'òrgan tècnic de l'RMI (ICASS). Les dades es refereixen als casos vigents a 31 de desembre de 2007.

**Nota.** Font: Coscolla, R. (2008) Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa. Barcelona. Unitat de Projectes Socials de la Fundació Pere Tarrés – URL

Terrassa, l'any 2007, comptava amb 472 famílies acollides a l'RMI, amb un total de 1.088 persones destinatàries (0,54% de la ciutadania) segons el Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa (2008). Un nombre que va significar que per cada 200 habitants una persona es beneficiava d'aquesta prestació. L'informe assenyalava que l'RMI és un indicador important per tal de fer una aproximació a la quantificació del problema tot i que no s'ha d'oblidar que no tothom que té una situació econòmica precària pot accedir-hi o que, tot i ser-hi, poden ser expulsades per incompliment.

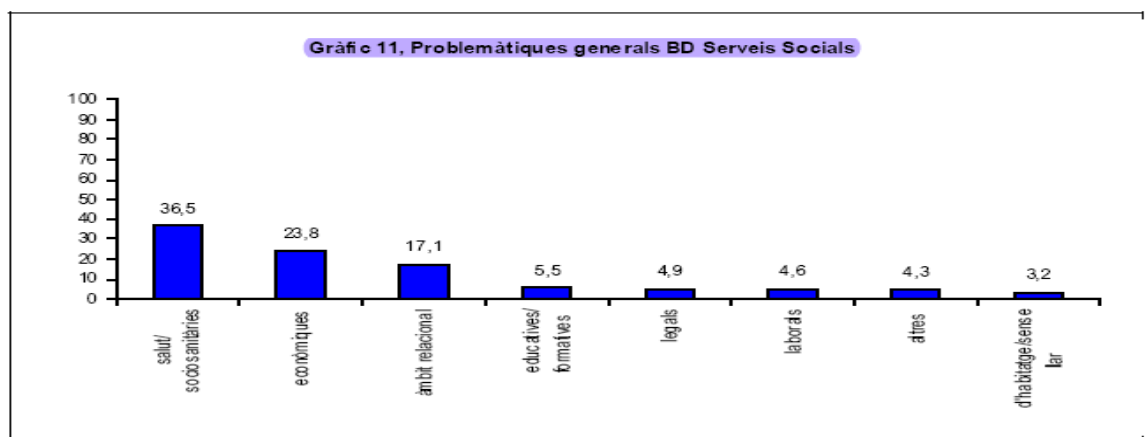
L'informe parla de les dades de l'informe de Càrites Terrassa (2008) i cita la dada amb més aproximació a la població que es troba en l'espiral de l'exclusió, rondant les 22.000 persones (11% de la ciutadania). Una xifra estreta de les persones ateses pels Serveis

Socials Municipals (16.313) i de les persones ateses en exclusiva per les entitats d'iniciativa social (5.970).

Aquesta forquilla que podia establir entre 22.000 i les 31.000 persones, indicava que una part de la població (10.000 persones aproximadament, 5% de la població de Terrassa en aquell moment) esdevenia sol·licitant d'ajut social, degut a qualsevol variació en les seves vides, com ara una malaltia sobtevinguda o una situació d'atur que els hi comportés una dificultat real d'arribar a cobrir les necessitats bàsiques.

Dins de les problemàtiques que l'Ajuntament de Terrassa, a través dels Serveis Socials d'Atenció Primària, vincula a cada persona que la porta al servei, trobem la problemàtica d'habitatge/sense llar i les subproblemàtiques: sense llar, desnonament/manca d'habitatge i males condicions d'habitatge. També trobem, dins de les problemàtiques salut/sociosanitàries, la subproblemàtica de la salut mental/psíquica; aquesta darrera subproblemàtica, afectava l'any 2007, a un 6,4% de persones usuàries, concretament a 775 persones. El desnonament i/o manca d'habitatge afectava a un 1,7% de la població, concretament a 204 persones; la subproblemàtica sense llar afectava a un 0,3%, concretament a 35 persones i les males condicions de l'habitatge a un 1,3% de la població terrassenca en el 2007, concretament, a 155 persones.

La relació entre problemàtiques i variables sociodemogràfiques, establia que, al 2007, el grup d'edat entre 35 i 64 anys és a on les problemàtiques d'habitatge/sense llar, les problemàtiques econòmiques i les problemàtiques laborals estan més presents.



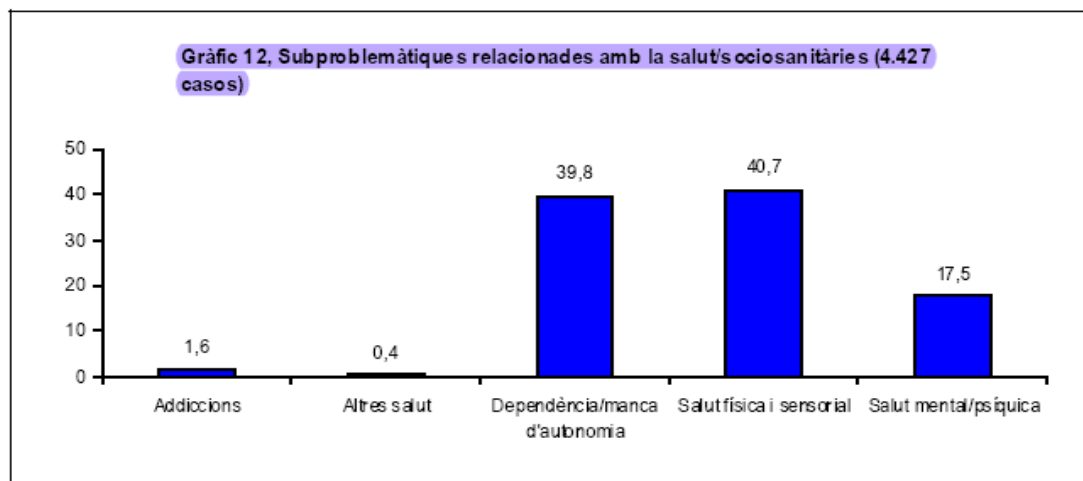
Font: Elaboració pròpia a partir de la Base de Dades de Serveis Socials de l'Ajuntament de Terrassa, 2007

Figura 2. Problemàtiques generals segons la Base de dades Serveis Socials de Terrassa.

Nota Font: Coscolla, R. (2008) Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa. Barcelona. Unitat de Projectes Socials de la Fundació Pere Tarrés – URL

En relació amb les problemàtiques relacionades amb la salut mental, ocupen el segon lloc de totes aquelles persones ateses pels Serveis Socials de l'ajuntament de Terrassa, durant l'any 2007; establint en un 17,5% el percentatge.

42



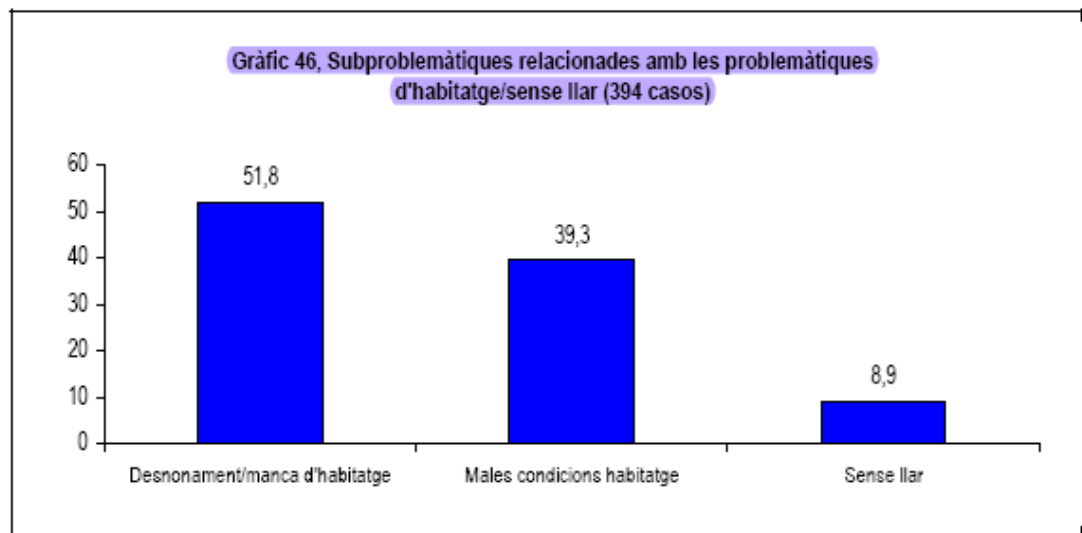
Font: Elaboració pròpia a partir de la Base de Dades de Serveis Socials de l'Ajuntament de Terrassa.

**Figura 3. Subproblemàtiques relacionades amb salut/ sociosanitàries segons Base de Dades Serveis Socials de Terrassa.**

Nota Font: Coscolla, R. (2008) Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa. Barcelona. Unitat de Projectes Socials de la Fundació Pere Tarrés – URL

Com a dada relacionada amb la nacionalitat, l'informe reflecteix que les persones ateses pels serveis socials el 2007, eren en un 70,2% espanyoles i d'un 29,8% estrangeres. Tot i així, i tenint en compte que el total de la població espanyola i estrangera a Terrassa (178.352 i 25.000 respectivament) l'informe assenyalava que, fent un càlcul proporcional respecte al nombre d'atèsos, es van atendre un 12,8% de les persones estrangeres que viuen a Terrassa i un 5,0% de la població espanyola; per tant, assenyalava l'informe, en proporció als Serveis Socials hi acudeixen més persones estrangeres.

Així doncs entre les persones usuàries dels Serveis Socials de Terrassa, l'any 2007, n'hi havia 394 sol·licitants d'ajut per un motiu vinculat al factor residencial; essent la problemàtica més recurrent dins d'aquells categoria, el desnonament i/o la manca d'habitatge (204 casos): destaquen, també, les males condicions del lloc on viuen les persones (155 casos) i, en menor mesura, les persones que són transeünts i no tenen llar (35 casos).



Font: Elaboració pròpia a partir de la Base de Dades de Serveis Socials de l'Ajuntament de Terrassa.

**Figura 4. Subproblemàtiques relacionades amb les problemàtiques d'habitatges/sense llar segons Base de Dades Serveis Socials de Terrassa.**

Nota Font: Coscolla, R. (2008) Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa. Barcelona. Unitat de Projectes Socials de la Fundació Pere Tarrés – URL

Les problemàtiques assenyalades, estaven bastant anivellades entre homes (49,00%) i dones (51,00%), però afecten sobretot a persones entre 35 i 64 anys (47,25) i en menor mesura a les de 20 a 34 anys (34,8%)

A aquest escenari hem d'afegir dos factors; el primer, que Terrassa es va convertir en els anys anteriors al 2007, en una de les ciutats de la comarca on l'habitatge és més car, a causa de la pressió de la demanda i de l'increment del preu del sol; i que, aquesta dificultat cada cop més gran de comprar obra nova, va portar a una major demanda de lloguer i d'habitatge de segona mà, cosa que també va tenir efecte sobre el preu. L'informe (2008) ja alertava de que aquest panorama preocupava als professionals que treballaven als serveis Socials, donat que, a la dificultat d'accés a l'habitatge, es sumaven les dificultats de les famílies treballadores endeutades excessivament per la compra d'un pis, poden tenir en fer front al pagament d'una hipoteca. Els mateixos professionals Socials, es preguntaven, seguin l'informe, com donar suport per evitar els desnonaments, preveient que serien molts més els casos i constatant, que no tenien eines per donar respostes. En aquest sentit també s'alertava de la sobreocupació de pisos per part de la població immigrant i de la dificultat d'aquesta a l'hora de llogar un pis en zones fora de, per exemple, el barri de Ca n'Anglada.

El segon factor ha tenir en compte és que, tot el que s'ha assenyalat fins ara, en aquest apartat, forma part de la situació de la població terrassenca al 2007; i que, la crisi financera espanyola va començar al 2008 després de la punxada de la bombolla immobiliària i com a part de la crisi financera global del 2007-2012. D'aquesta crisi es va derivar la disminució del crèdit a famílies per part dels bancs i caixes d'estalvis, el retall de la despesa pública social i congelació de les pensions, l'augment de l'atur i dels desnonaments entre d'altres; 178.000 execucions hipotecàries durant el trienni 2007-2009, a Espanya, davant les 47.379 del trienni anterior, o les 15.491 famílies desnonades en el primer trimestre de 2011 de que parlava el diari El País (2011), ens donen pistes de quina és la situació actual.

Crec que, davant el previsible augment de les situacions de vulnerabilitat (de les que ja alertaven els professionals socials al 2007) i de l'exclusió social que determina les condicions fins ara assenyalades en aquest TFG, cal una definició de la situació actual. Al 2007 era previsible un augment de desnonaments, de persones sense llar i de persones sense sostre i... al 2017, que podem dir de tot això? Han augmentat aquestes situacions? Eren reals les alertes? Hi ha dades? Sabem de la relació entre sensellarisme i salut mental, quants dels casos actuals mantenen aquesta relació?, si no les hi ha...no existeix el problema? Si no es veuen, no hi són?

En els darrers 10 anys i en un "clima" (socio – econòmic) perfecte per a la proliferació i cronificació dels perfils de sensellarisme i/o sense sostre, què podem dir de la situació actual a Terrassa, quina és la magnitud del problema?

Cal establir una imatge real del sensellarisme a Terrassa, per tal de poder establir estratègies que puguin millorar les necessitats d'aquestes persones.

### 2.2.3 EL RECOMPTE – LES DADES

Per posar un exemple que pugui aproximar-nos a la dimensió del fenomen del sensellarisme, la oficina del Defensor de la Ciudanía de Palma de Mallorca, alertava al 2016 de que més de 300 persones vivien al carrer a Palma de Mallorca població amb 399.093 habitants segons dades de l'any 2014 (cal recordar que Terrassa comptava amb una població de 215.517 l'any 2014 gairebé la meitat de població de la de Palma de Mallorca, 215.214 a l'any 2016 segons dades de l'Idescat)

El recompte que es va fer l'any 2015 a Mallorca de persones “sense sostre” i que va presentar les dades al novembre del 2016 realitzat per l' Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), va xifrar en 426 les persones sense llar, que viuen en algun dels albergs existents, a més a més de les 156 persones “sense sostre” que vivien al carrer de manera permanent.

Si anem una mica més enrere i mirem l'històric de recomptes de la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar Barcelona (XAPSLL), l'estimació inicial de l'Ajuntament de Barcelona a l'any 1995, fixava una xifra de 200 persones que dormien al carrer en una nit, unes 2.000 al llarg d'un any; una xifra que coincidia amb la que arrels xifrava en el 2003 i amb el que la Conselleria de Benestar Social estimava al 2005.

Al 2008 es realitza un recompte de persones que dormien al carrer durant la nit del 12 març, i es va recollir informació de totes les persones que pernoctaven en allotjaments; conjuntament amb la XAPSLL, l'Ajuntament de Barcelona i Solo Mundo, sota la coordinació científica del Dr. Pedro Cabrera (Universidad Pontificia de Comillas), es va obtenir un coneixement més ample de la realitat que va xifrar en 1.870 les persones sense llar, de les que 658 vivien al carrer, 955 en alberg i 256 en assentaments col·lectius, després de fer una prospecció en la ciutat de Barcelona.

Al 2011 aquesta xifra es transforma amb el recompte que es va fer la nit del 8 de novembre del 2011, que va xifrar en 2.791 les persones sense llar; 838 persones al carrer, 1.258 persones en albergs i pisos d'inclusió i 695 en assentaments col·lectius. Des de l'any 2008 al 2015 s'ha realitzat un recompte de les persones sense llar a partir de varies fonts i metodologies comptant, també amb les dades del Servei d'inserció Social (SIS), millorat el treball en xarxa, juntament amb la XAPSLL.

Al 2015, la fundació Arrels, que forma part de la XAPSLL, realitza un recompte la nit del 26 de maig, situant la xifra de les persones que viuen al carrer en 892, després de fer una prospecció en 130 zones de la ciutat.

Les dades provisionals del recompte organitzat per la XAPSLL amb el suport de l'Ajuntament de Barcelona van comptabilitzar 941 persones sense llar, dormint a la via pública, durant la matinada del 18 de maig de 2016; i 1.973 en equipaments municipals o de diverses entitats socials, pisos amb suport social o pensions.

Les dades de Terrassa, hauran evolucionat com les de Barcelona, des del 2007?

### 3.1. FORMULACIÓ DEL PROJECTE

#### **Definició del projecte:**

##### **Nom o títol**

ESTRATÈGIA D'ACOMPANYAMENT EN SALUT MENTAL PER A PERSONES SENSE LLAR/SENSE SOSTRE

##### **Pla o programa al que pertany: en el cas que el projecte estigui situat en un determinat pla o programa més ampli**

Aquesta estratègia pretén implementar un projecte relacionat amb la salut mental en un àmbit professional com és el Servei d'Atenció Immediata (SAI), dins dels Serveis Socials Bàsics de l'Àrea de Serveis a les Persones, Cohesió i Benestar Social de l'Ajuntament de Terrassa on vaig desenvolupar les pràctiques, que va néixer com un servei d'atenció de situacions d'urgència que no era possible atendre des dels serveis socials del territori.

##### **Descripció: explicar breument el projecte en la seva totalitat**

Aquesta estratègia es basa en la coordinació integral d'una intervenció, sobre un enfocament basat en el seguiment del cas, dins d'una estratègia coordinada de treball en xarxa, adreçada a l'acompanyament en la salut mental per a persones sense llar i liderada pel Treballador/a Social (en aquest cas del SAI de Terrassa), com a persona de referència en tot el procés i que pugui garantir l'atenció i defensa de les opcions i drets que té la persona atesa. Mitjançant el lideratge del Treballador/a Social de referència (SAI), s'establirà un equip multidisciplinar que pugui "tutoritzar" el procés i que pugui garantir la facilitat en l'accés a la salut (xarxa de suport social TS SAI - salut TS CSMA); així com un acompanyament en tot el procés (clínic i social: Psiquiatra - TS) i



una adhesió al tractament (mitjançant la col·laboració de: oficina de farmàcia (SPD, Sistema Personalitzat de Medicació) i recursos: alberg social, menjador social (adhesió medicament)

### **Destinatari: grup de persones a les quals s'adreça el projecte**

48

Aquest projecte s'adreça al perfil del SAI de Terrassa; aquest, dirigeix la seva atenció a les persones sense sostre o de sostre fràgil (amb inestabilitat a nivell d'habitatge o que viuen en habitacions i tenen dificultats per mantenir-la) amb sospita de malaltia mental.

### **Objectiu general**

Atendre a les persones sense sostre i sense llar, relacionades amb situacions de risc, de vulnerabilitat i d'exclusió social, amb malaltia mental; acompanyar en l'accés i seguiment dins del canal sanitari, per garantir la seva estabilització i els seus drets, dins d'un abordatge de la situació amb una metodologia de treball en xarxa.

### **Objectius terminals o específics (3 o 4)**

- Facilitar l'accés a la salut, el diagnòstic i l'acompanyament en el tractament (prioritzant aquest com a necessitat fonamental)
- Obrir la possibilitat de compartir la història social i la clínica
- Facilitar el recorregut de la persona atesa, la garantia dels seus drets i necessitats bàsiques
- Establir una coordinació de la intervenció i un treball en xarxa; i quantificar el fenomen del sensellarisme a la ciutat de Terrassa

**Estratègies per a l'acció: enumerar les línies d'acció que contempla el projecte i que es desenvoluparan en el següent apartat.**

Mitjançant el lideratge del Treballador/a Social de referència (SAI):

1. Establiment d'un equip multidisciplinar que pugui "tutoritzar" l'acompanyament que requereix el procés (diagnòstic/tractament/seguiment); treball en xarxa.
2. Facilitar l'accés a la salut (xarxa de suport social TS SAI - Salut TS CSMA)
3. Acompanyament en tot el procés (clínic i social Psiquiatra - TS)
4. Adhesió al tractament mitjançant la col·laboració de: oficina de farmàcia (SPD, Sistema Personalitzat de Medicació), alberg social, menjador social (adhesió medicament); equip multidisciplinar.

**Pressupost i fonts de finançament**

A Terrassa, el Contrato Programa 2016-2019 per a la coordinació, la cooperació i la col·laboració entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales i Familias i l'Ajuntament de Terrassa, en matèria de serveis socials, programes relatius al benestar social i polítiques d'igualtat, defineix els eixos estratègics en els que l'Ajuntament rep finançament per al desenvolupament de projectes; corresponen a àmbits com l'atenció a las persones en situació d'especial necessitat social i de dependència entre d'altres. El pressupost estarà supeditat a la contractació (o no) d'un personal de suport (1 persona) que pot ser professional o auxiliar (supervisat pel professional); però, en principi, l'estratègia d'aquest projecte està pensada per ser assumida pels mateixos professionals que treballen al SAI, dins de les competències pròpies que desenvolupen (els costos materials, humans, tècnics... serien propis, com els de qualsevol de les intervencions del propi servei).

### 3.1.1 ANTECEDENTS - ESTRATÈGIES ASSAGADES

Entre les estratègies assagades en l'atenció de la situació de les persones sense sostre amb trastorn mental, Muñoz M., et al. (2004), fan referència a la situació a la Unió Europea, des del projecte “*To Live in Health and Dignity*” que es va desenvolupar durant l'any 2000 amb la pretensió d'identificar exemples de bones pràctiques en serveis per a persones sense llar i altres poblacions en situació d'exclusió en diferents països europeus. Així doncs, es va establir un “mapa” de serveis existents per a descriure les actuacions que s'estaven duent a terme i identificar models de bones pràctiques. Alguns dels principals resultats de l'anàlisi de 60 projectes de lluita contra l'exclusió social, relacionats amb aquest TFG, en 10 capitals europees són els següents, Muñoz M., et al. (2004),:

-Els serveis estan atesos per equips multiprofessionals, principalment de la salut i de formació social, amb presència d'un número elevat de voluntaris de diferent caire i formació.

-Pel que fa a la relació entre els diferents programes, tothom afirmava treballar en xarxa, tot i que la impressió general és que és molt difícil creure que així sigui. Més aviat existeix una bona predisposició envers la col·laboració; el 98% dels serveis afirma que manté contactes amb altres serveis, però no comparteix objectius ni existeix una planificació comú, que és com hauria d'entendre's el veritable treball en xarxa

-Un enfocament de *case management* o de model de gestió de casos sembla ser l'únic que pot garantir el seguiment de les persones sense llar. És important comptar amb una persona de referència que capti a la persona atesa des del començament i que coordini tota la seva intervenció, social, sanitària, educativa, laboral, etc. El 60% dels programes participants afirma treballar segons aquest model d'intervenció, que tot i ser una xifra elevada, mostra que encara hi ha un 40% de programes que no el segueix.

-Els problemes de salut en aquest col·lectiu són importants: En la promoció i tractament de la salut, trobem que en els programes que van participar en l'estudi hi ha una **més gran dedicació a la promoció de la salut que al tractament pròpiament dit**; a més a més s'observa un menor número de programes de tractament per als problemes de drogues i alcohol, que són els que més afecten a aquesta població.

Vázquez (2011) parla del treball en xarxa no només com a sistema que inclou a serveis i programes, sinó als vincles que s'estableixen entre ells; apuntant que conèixer als serveis amb els que es treballa, la seva filosofia, els seus horaris i sentiments, construeix un context en el que pren significat la coordinació.

Vázquez (2011) apunta que l'objectiu d'una bona coordinació és aconseguir continuïtat assistència i que les coses funcionin de manera eficient; i que, per coordinar en el cas de les persones sense llar **“s’han de buscar formes i elements comuns del llenguatge (social i sanitari, d’organitzacions religioses i no religioses, d’ONGs), crear espais per a les coordinacions (físics, virtuals) i dinàmiques que facilitin la recollida i el feedback de les intervencions”**. (Vázquez, (2011), p. 356)

Vázquez apunta un element central, vital, diria jo en aquest tipus d'abordatge de la situació. Parla de l'element central de la intervenció i d'aquesta coordinació, del nostre treball en xarxa, de la nostra estratègia d'acompanyament: el pacient/usuari/client/persona atesa; és en aquest sentit que fa una reflexió que val la pena recollir literalment, quan puntualitza que:

Es importante no olvidarse que el elemento central de la coordinación es el paciente/usuario/cliente. Hay que mantenerse alerta ante la posibilidad de formas de coordinación perversa (todos actuando con la persona pero sin interactuar entre sí) o ecléctica (todos interactuando entre si y con la persona pero sin su opinión real) y a los riesgos éticos y legales de banalizar la información. Compartir más información de la precisa vulnera la intimidad de la persona, la confidencialidad de la relación y socava la confianza en la misma (p. 356)

### 3.1.2 ENTRE EL TAC (Tractament assertiu comunitari) – OUTREACH ASSERTIU, I EL MODEL DE RECUPERACIÓ; els programes de continuïtat de cures

Els programes de continuïtats de cures, diu Vázquez (2011), són un ventall de formes d'intervenció a llarg plaç que prenen com a focus d'atenció els malalts mentals crònics que pretenen minimitzar la fragmentació de serveis mitjançant una figura clan: el gestor de casos; sembla que el TAC o *Outreach assertiu*, són els programes que s'apliquen més comunament a les persones sense llar als EEUU i es defineixen en tres punts: una ràtio baixa pacients-professionals, incloure professionals diferents dins de l'*staff* de l'equip (TS, psiquiatra, infermer/a) i ser capaços de proveir tractament comunitari a llarg plaç, a persones afectades de malaltia mental greu. Vázquez assenyala que, l'equip multidisciplinar, ha de proveir tota l'atenció, existint una corresponsabilitat de tot l'equip, no d'un únic professional.

El model de Recuperació, seguint l'estudi de Vázquez (2011) és una forma de pensament en el que es focalitza la intenció del professional en treballar, conjuntament amb l'altre, en un camí envers el seu benestar més que centrar-se en el seu tractament. No es confronta un binomi malaltia-cura, sinó un binomi malaltia-benestar, així, el pla terapèutic no es centra en una reducció de símptomes com a fita màxima, sinó a una escolta més profunda dels seus interessos, valors i desitjos que facilitin un canvi vital. En aquest sentit el model de Recuperació “qüestiona el concepte clàssic de consciència de malaltia, ens allibera de l'etiologia de la malaltia per a permetre'ns parlar sobre com ha impactat en la seva existència, dels aspectes traumàtics de la mateixa i de com fer de la recuperació quelcom que valgui la pena” (p. 357)

Amb l'estratègia presentada en aquest TFG, pretenc definir un diagnòstic des de la necessitat d'un tractament, però no, com diu Vázquez (2011) perquè aquest tractament esdevingui un element central en la seva experiència d'exclusió. L'autora apunta que les persones sense llar refusen el diagnòstic, el que a la vegada els permet sobreviure millor (essent l'excèntric i rar, millor que el boig) però els fa rebutjar possibles “ajuts” relacionats amb la malaltia; i que, treballar des de la recuperació, fa que la malaltia esdevingui aliat del canvi

### 3.1.3 ÈTICA

Sembla doncs, com segueix l'autor, que la gestió de casos en el treball social ha estat criticada per ser identificada com un regres a les estratègies conservadores d'ajut, donat que la intervenció del plantejament d'aquest model és observada com una intervenció impersonal, més preocupada per l'economia i els recursos que pel desenvolupament personal dels clients.

A aquest mètode, segueix Viscarret (2014), se'l critica que la gestió de casos comporta més preocupació per la gestió, per la contenció de les despeses i pel control dels costos derivats de la prestació dels serveis, que per un dels objectius tradicionals del treball social com és la preocupació per la problemàtica i desenvolupament del client, que és l'objectiu d'aquest TFG.

En aquest sentit, Vicarret (2014) cita a Kane (1998) apuntant que la gestió de casos, en la distribució del pressupost total per a la intervenció social, és un model realista i congruent d'intervenció, ja que garanteix la justícia social en la distribució de recursos i serveis en assegurar un correcte us dels mateixos en quant a dedicació de temps i cost.

Les persones a qui es dirigeix l'estratègia desenvolupada en aquest TFG, presenten problemàtiques complexes i múltiples; aquestes problemàtiques necessiten una coordinació i una vinculació a diferents servis amb un recolzament a molt llarg plaç.

La gestió de casos que adopta l'estratègia presentada no és una intervenció impersonal, sinó un model d'assegurança de serveis, de recursos i ajuts, de coordinació i de qualitat.

Altre cosa es definir com s'interpreta la idea d'acompanyament social que ha de fer el professional amb el perfil de persones que s'estableix en aquest TFG. En aquest sentit, Jesús Vilar (Professor de la Facultat d'Educació Social i treball Social Pere Tarrés URL; Diplomat en magisteri i Dr. En Pedagogia) consultat en l'elaboració d'aquest TFG, establí unes reflexions sobre: com ha de ser l'equilibri entre el respecte a l'autonomia de l'altre, en relació a la obligació de fer algun tipus de directivitat en nom del principi de "beneficència"; aquest aspecte és el que intentaré establir en les properes línies.

És a dir, fins a quin punt ha de fer-se un "paternalisme jurídic" (que no vol dir s'hagi d'entendre en un sentit anul·lador, sinó en el sentit de fer coses que l'altra persona no

està en condicions de fer sola, de manera que algú les hi faci o la orienti molt perquè pugui haver un mínim d'èxit).

Diu Canimas (2011) que l'autonomia, en un sentit estricte, concerneix només a la llibertat positiva, doncs es refereix a la capacitat d'autogovernar-se un mateix. En aquest sentit, l'autor apunta que, l'ús extensiu que se li ha donat al concepte d'autonomia en àmbits com, el de la intervenció social o sociosanitària, li ha atorgat un sentit negatiu; és a dir, que malgrat que, algú, té les capacitats de prendre una decisió o tasca, se li impedeix (podríem dir que, malgrat la persona té capacitat d'autogovern, alguna cosa li ho impedeix: no es lliure en sentit negatiu).

Aquest projecte té en compte que la capacitat d'autogovern des d'una vessant que no té a veure únicament amb les decisions sinó també amb la capacitat i les possibilitats de dur-les a terme; és a dir d'alguna cosa que li ho impedeix com ho és la malaltia mental. Frankfurt (1944) parlava d' "agents inconscients" explicitant que, com a característica principal d'aquests, és el fet de no importar-li la seva voluntat; els seus desitjos indueixen a les persones a fer certes coses, sense que sigui veritat ni que vol ser induït per aquests desigs ni que prefereix ser induït per altres desigs; no parlarem aquí de la voluntat o la conveniència dels desigs però serveixi aquest apunt per assumir el concepte de l'acompanyament en la "voluntat" (tot i semblar no importar-los) de les persones sense llar amb malaltia mental.

El Decret 151/2008 pel que s'aprova la Cartera de serveis Socials 2008-2009 de la generalitat de Catalunya, parlen d'"autonomia social" (o "autonomia personal i social i d'autonomia personal, familiar, econòmica i social); dins d'aquesta autonomia personal, podem parlar de l'autonomia psíquica en referència a *les persones amb discapacitat, incloent les que tenen deficiències físiques, mentals, intel·lectuals o sensorials*, que, segons cita Canimas (2011), es recull a l'article 1 de la Convenció sobre els drets a les persones amb discapacitat de les Nacions Unides (2006).

Així, podem parlar d'autonomia psíquica incloent en el concepte els processos que tenen a veure amb la voluntat reflexiva, als que provenen de la voluntat afectiva i els de les relacions amb els altres (autonomia moral, emocional i social); parlem d'autonomia psíquica des de la capacitat de servir-se del propi voler (voluntat de què parlàvem

abans) sense la direcció d'altres. No és el cas de les persones a qui va destinada aquesta estratègia; partim d'una idea de necessària direcció (o acompanyament).

En aquest sentit, la Llei catalana 12/2007 de serveis socials, esmenta que, entre els objectius de les polítiques de serveis socials, està : “facilitar que les persones assoleixin l'autonomia personal i funcional en la unitat familiar o de convivència que desitgin “ (art. 4c).

L'article, continua, dient que: “2) Els professionals i les entitats que gestionen serveis socials han d'orientar la seva activitat de manera que es garanteixi especialment la dignitat de les persones, el seu benestar i el respecte a la seva autonomia i intimitat”.

La mateixa Llei estableix com a principi rector el “Foment de l'autonomia personal: Els serveis socials han de facilitar que les persones disposin de les condicions adequades per a desenvolupar els projectes vitals, dins la unitat de convivència que desitgin, d'acord amb la naturalesa dels serveis i les seves condicions d'utilització” (art. 5n).

A l'hora de considerar les condicions i capacitats de les persones per prendre una decisió, cal tenir en compte quatre factors, entre les que trobem que la persona tingui la capacitat cognitiva necessària per a prendre aquest tipus de decisió.

Partim doncs, d'aquest punt de partida; del d'unes capacitats cognitives malmeses inicialment a les que afegim, des de la tasca professional de la intervenció social amb aquests tipus de persones, el respecte a l'autonomia i la disjuntiva entre l'ajuda i el paternalisme.

Semblaria aquí que, amb els termes utilitzats, “agent inconscient”, de voluntat i autonomia psíquica malmesa, estaria reflectint una imatge i un estereotip de la persona sense llar i amb malaltia mental a qui volem acompanyar, que res té a veure amb la voluntat d'aquesta estratègia; i és precisament aquí, que introduiré un altre concepte, que potser sona tant pejoratiu com els termes citats anteriorment... res més lluny de la voluntat d'aquest TFG.

Parlo del paternalisme; i parlo d'aquest terme des de la intervenció èticament correcta, pel bé d'una persona, malgrat no tenir la seva autorització. Recordem que estem parlant de persones a les que no és possible oferir prendre una decisió com la necessitat d'un seguiment mèdic, perquè no hi ha consciència de malaltia.



El paternalisme èticament justificat, diu Atienza (1989), estableix:

Una conducta (o una norma) és paternalista si i només si es duu a terme (o estableix): (a) amb el fi d'obtenir un bé per a una persona o un grup de persones, i (b) sense comptar amb l'acceptació de la persona o persones afectades (és a dir, dels presumptes beneficiaris de la realització de la conducta o de l'aplicació de la norma). (p. 82)

Una conducta o norma paternalista està justificada èticament si i només si: (a) està realment encaminada cap a la consecució del bé objectiu d'una persona o una col·lectivitat; (b) l'individu o la col·lectivitat a la qual s'aplica o destina la mesura no pot donar el seu consentiment perquè té algun tipus d'incapacitat bàsica -transitòria o no-, i (c) es pot presumir racionalment que aquests donarien el seu consentiment si no estiguessin en la situació d'incapacitat indicada en el punt (b) i -per tant- coneguessin realment quin és el seu bé. (p. 83)

Seguint a l'autor Canimas (2011) i després de tot l'exposat fins ara en aquest apartat, el compromís amb la llibertat i l'autonomia de la persona orienta aquesta estratègia; i és el principi que ens servirà per a protegir-nos d'aquest tipus de paternalisme que volem ben lluny; d'aquell que s'empara en el dogmatisme de la raó.

La nostra intervenció parteix d'una voluntat de consentiment de la persona atesa, però la seva autonomia física, psíquica o econòmica és incompleta o és feble. És el cas de la malaltia de la persona sense llar i de la malaltia mental que acompanya la seva situació i que, sota el meu parer, justifiquen les disposicions de Manuel Atienza en abordar el paternalisme èticament justificat. Canimas (2011) diu que el grau de llibertat, i per tant de risc, que deixem assumir a les persones va relacionat amb la seva capacitat d'autogovern. Per tant, (i justificant aquesta estratègia d'acompanyament com a intervenció encaminada a la consecució del bé objectiu de la persona), crec està èticament justificat la intervenció sense consentiment donat el grau d'incapacitat de les persones a qui es destina.

El desemparament de les persones sense llar i amb malaltia mental ens interpel·la sobre els nostres límits ètics i legals a l'hora d'abordar una intervenció; entre l'autonomia del pacient, dels criteris clínics i de la necessitat d'una "forçosa" intervenció.

La negació de la malaltia i el rebuig a la medicació dificulten el diagnòstic i l'adhesió al tractament; amb aquest panorama, els professionals del Treball Social, haurem d'establir altres protocols, altres estratègies que puguin garantir que les persones a les quals atenem disposin de les condicions adequades per a desenvolupar els seus projectes vitals.

Aquesta estratègia pretén “acompanyar”, per garantir els drets; sense privar a la persona de decidir sobre si mateixa, però, sense oblidar que aquesta possibilitat, la de decisió o de voluntat, pot estar minvada i que, sobre aquesta possibilitat, també es pot iniciar una intervenció èticament justificada, èticament responsable i no paternalista.

### 3.1.4 EL SISTEMA PERSONALITZAT DE DOSIFICACIÓ (SPD)

L'SPD és un sistema personalitzat de dosificació de medicaments que proveeix a la persona a la qual atenem, d'un dispositiu de dosificació personalitzada (DDP), multicompartimentat que es prepara a les oficines de farmàcia per part d'un farmacèutic.

Són, doncs, dispositius amb múltiples compartiments, identificats de manera que permetin distribuir els medicaments segons la dosi i la pauta establerta i seguir amb facilitat el tractament. Aquest instrument, millora l'adherència al tractament farmacoterapèutic i està adreçat, fonamentalment, a persones amb dificultats per a l'administració correcta de la seva medicació, a persones amb dèficits sensorials i a persones amb dèficits cognitius lleugers, especialment a persones grans i polimedicades, com es recull a la Guia de seguiment farmacoterapèutic del Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya dèficits sensorials.

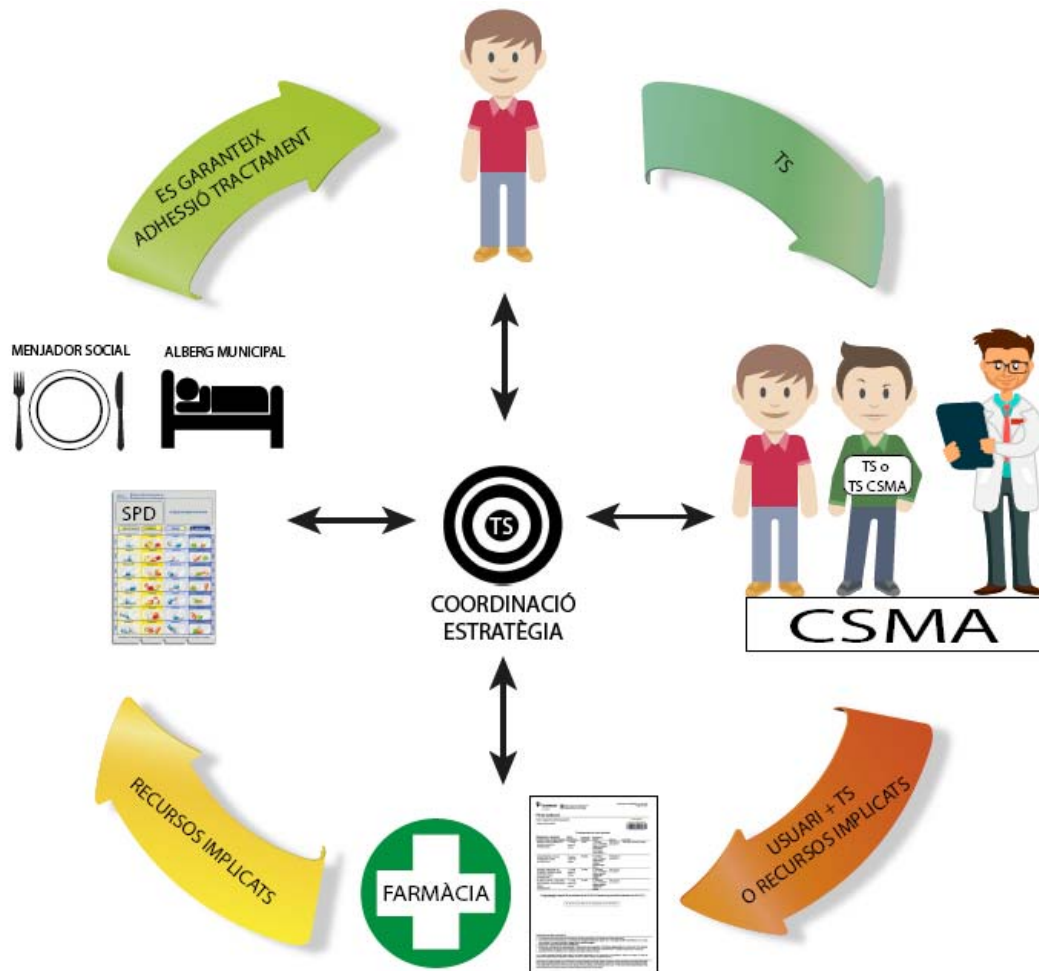
Els DDP, són una eina que, en el marc d'una actuació global, són útils per integrar els diferents aspectes assistencials, com ara facilitar l'administració de la presa diària, detectar i prevenir problemes relacionats amb la medicació i, en el cas de la nostra estratègia d'acompanyament, garantir l'adhesió al medicament i al tractament.

El procediment per a acollir-se al servei passa per:

- La informació per al pacient
- El consentiment informat del pacient (amb la signatura d'aquest o del seu representant o Treballador Social o serveis responsables dins de l'estratègia d'aquest TFG)
- L'entrevista inicial
- L'avaluació de la informació (que permet detectar problemes amb la dosi, pauta, administració durada, contraindicacions...)
- La coordinació amb el metge (sol·licitant la seva col·laboració i la ratificació del pla terapèutic) (dins de l'estratègia d'aquest TFG, el Treballador Social, com a part implicada i seguiment, hauria d'estar inclòs en la coordinació)
- La preparació dels DDP

- El lliurament del DDP (dins de l'estratègia d'aquest TFG, a l'hora de signar el consentiment informat per part de les persones a les quals atenem, s'hauria d'incloure un consentiment per als serveis col·laboradors implicats en l'estratègia, per a la recollida de la medicació)
- Seguiment i revisió del tractament (dins de l'estratègia aquest seguiment i revisió seria compartit amb els serveis implicats, encarregats de l'administració de la medicació)

### 3.1.5 ESQUEMA GRÀFIC ESTRATÈGIA



**Figura 5. Esquema gràfic estratègia**

Font: Toni Marcilla

### 3.1.6 DIAGRAMA DE FLUX ESTRATÈGIA

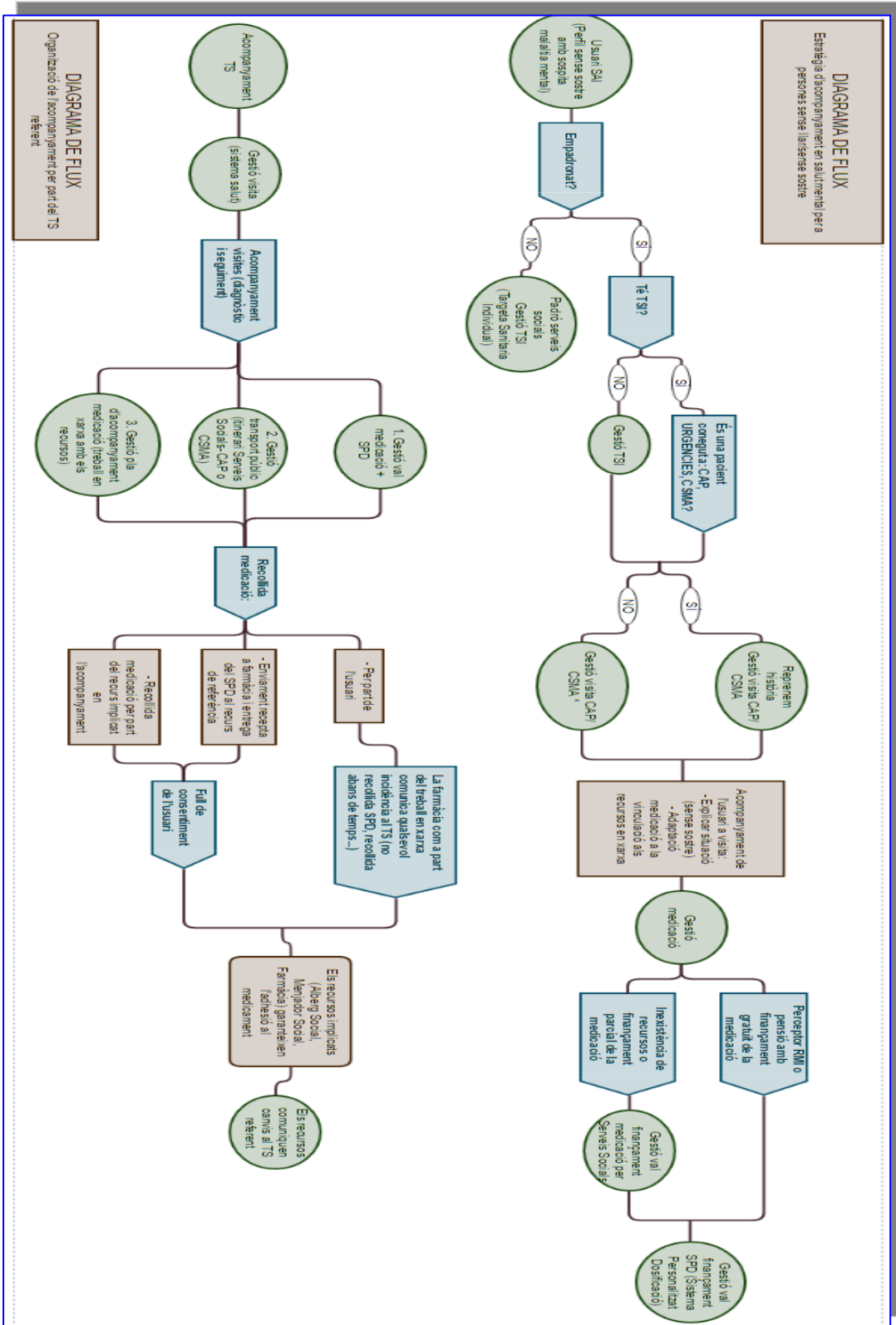


Figura 6. Esquema Gràfic Estratègia

Font: Toni Marcilla

### 3.1.6 DESCRIPCIÓ DE LES DIFERENTS LÍNIES D'ACCIÓ

Una atenció normalitzada i garantir l'accés als recursos és defensar el dret de les persones sense llar per accedir a les mateixes prestacions que la resta de la població; Vázquez (2011) diu que és el sistema el que té que flexibilitzar les seves barreres i objectius per incloure a les persones sense llar; però, mentre això no passi, haurem de buscar estratègies per facilitar aquest accés.

Partim doncs d'un nombre de persones sense llar que pateixen algun tipus de malaltia mental sense estar diagnosticada; una de cada dues persones, segons la **Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2011)**, queda confrontada a la inexistència de cap recurs disponible específic per al trastorn no sever. La inclusió d'aquestes persones a la xarxa pública esdevé en quelcom gairebé impossible doncs, com bé apunta l'informe.... el temps d'espera va més enllà dels temps que solen estar aquestes persones en seguiment per l'entitat social que inicia la derivació; que quant aquesta derivació es produeix els temps entre consulta acostumen a no poder cobrir els canvis en l'estat de la salut mental de la persona, el canvi necessari en el seu seguiment i possiblement en el seu tractament.

La Taula del Tercer Sector, estableix uns dèficits de coordinació sociosanitària, ja assenyalats com a detecció de necessitats, que són la síntesi que defineix els objectius d'aquest TFG; sobre aquest guió he establert l'adaptació a l'estratègia sobre la que versa aquest TFG, aquests són:

#### *1. Dèficits envers la salut:*

- *Deficient tractament i seguiment de la salut*
- *Segmentació sanitària que no permet una intervenció integral:*
  - *Atenent el conjunt de problemàtiques de salut*
  - *Considerant els condicionants de la situació social de la persona*
- *Exclusió de la persona en situació de sense llar de la xarxa de salut*

**Objectius:**

- *Atenció normalitzada i accés a la salut*
- *Estratègia coordinada d'intervenció integral social-sanitària*

**2. Dèficits envers la dignitat:**

- *De la persona en situació de sense llar:*

*Indignitat en el tracte*

- *Del professional de l'àmbit social:*

*No es considera la competència del professional social, o no es considera en el mateix nivell de competència en la seva especialitat, com el professional de salut en la seva*

**Objectius:**

- *Defensa de la dignitat i drets*
- *Lideratge del professional social en l'estratègia d'acompanyament en la intervenció*

**3. En relació als mecanismes de coordinació i comunicació:**

- *La relació i comunicació entre àmbit social i de salut, depèn únicament de la construcció de vincles tècnic a tècnic, propiciats des de l'àmbit social*

- *Traspàs d'informació: deficient en el millor dels casos, normalment inexistent, a tots nivells; tant de:*

*-L'àmbit de salut cap al social*

*-L'àmbit social cap a l'àmbit de salut*

*-L'àmbit social entre les pròpies entitats i recursos o organismes*

- Manca de coneixement del sistema social per part del sistema de salut

- Inexistència d'història clínica/social

**Objectius:**

*-Treball en xarxa i lideratge de l'estratègia per part del Treballador Social*

*-Establiment d'un protocol compartit de derivacions-informacions-comunicacions*

*- Provocar la creació d'una història clínica i social compartida*

63

Sobre la base de tot el que s'ha recollit fins ara, estableixo, doncs:

**Objectiu general:** Acompanyar l'accés a la sanitat de les persones sense llar/sense sostre amb malaltia mental

**Objectiu específic 1:** Garantir l'atenció normalitzada i l'accés a la salut

**Línea d'acció 1:**

-Descripció i justificació:

El tractament i seguiment de la salut, en el cas de les persones sense llar, no es produeix degut a una segmentació sanitària que no permet una intervenció integral que atengui el conjunt de problemàtiques de salut i que consideri els condicionants de la situació social de la persona.

-Objectius:

L'objectiu específic de garantir l'accés normalitzat a la salut ha de partir, necessàriament, d'un treball en xarxa (social – sanitari), d'una estratègia de coordinació amb d'altres sistemes de benestar que tinguin en compte la globalitat del procés d'atenció (transversalitat de la xarxa), que cerqui formes comuns de llenguatge (social – sanitari) i que faciliti (normalitzi) l'accés de la persona a qui atenem als serveis sanitaris de salut mental i al seu tractament.



-Unitats de programació:

UP 1.1: Desenvolupar una estratègia o protocol de treball en xarxa (acabem amb la fragmentació de l'accés sistema sanitari)

a) Descripció i durada:

Establirem un contacte inicial amb tots els actors implicats en la intervenció, uns espais de coordinació, un mètode de comunicació i de treball en xarxa. La durada es condicionaria a la vinculació de la persona a qui atenem amb ambdós sistemes (social – sanitari)

b) Objectius:

- Identificar els referents implicats (serveis implicats socials i sanitaris: CSMA, TS, alberg social, menjador social, farmàcia)
- Crear espais comuns de treball
- Establir periodicitat
- Establir formes de contacte

c) Continguts

Un enfocament de *case management* sembla ser l'únic que pot garantir el seguiment de les persones sense llar. És important comptar amb una persona de referència que capti a la persona atesa des del començament i que coordini tota la seva intervenció, social, sanitària, educativa, laboral, etc.

Vázquez (2011) parla del treball en xarxa no només com a sistema que inclou a serveis i programes, sinó als vincles que s'estableixen entre ells; apuntant que conèixer als serveis amb els que es treballa, la seva filosofia, els seus horaris i sentiments, construeix un context en el que pren significat la coordinació. que l'objectiu d'una bona coordinació és aconseguir continuïtat assistència i que les coses funcionin de manera eficient; i que, per coordinar en el cas de les persones sense llar, s'han de buscar formes i elements comuns del llenguatge (social i sanitari, d'organitzacions religioses i no

religioses, d'ONGs), crear espais per a les coordinacions (físics, virtuals) i dinàmiques que facilitin la recollida i el feedback de les intervencions.(p. 356)

#### d) Metodologia i/o tècniques

El Treball en xarxa esdevé principal com a metodologia per assolir, com diu Vázquez (2011) l'objectiu d'una bona coordinació: aconseguir continuïtat assistencial i que les coses funcionin de manera eficient. És per això que seran importants aspectes com:

- Planificació de contactes entre serveis implicats
- Establiment d'objectius de cada servei i feedback
- Elaboració pla de treball compartit
- Avaluació coneixements adquirits/modificació estratègia

#### e) Activitats i/o Tasques

- Establiment d'espais de discussió i creació (crear elements nous o no contemplats)
- Reunions i periodicitat (casos)
- Recull d'experiència (definir protocol)
- Avaluacions

#### f) Materials/recursos necessaris

Recursos humans: TS i professionals dels diferents sistemes involucrats (o auxiliars si escau)

Recursos materials: espais de reunió, mitjans de comunicació (telèfon, internet)

Recursos econòmics: Subjectes a finançament i a pressupost municipal/catsalut



millor que el boig) però els fa rebutjar possibles “ajuts” relacionats amb la malaltia; i que, treballar des de la recuperació, fa que la malaltia esdevingui aliat del canvi. Aquesta serà la pretensió principal d'aquesta estratègia i unitat de programació.

#### d) Metodologia i/o tècniques

El Treball en xarxa esdevé principal com a metodologia per assolir, com diu Vázquez (2011) l'objectiu d'una bona coordinació: aconseguir continuïtat assistencial i que les coses funcionin de manera eficient. És per això que seran importants aspectes com:

-Elaborar un mètode d'actuació davant la sospita de malaltia mental que convidi a la recuperació de la persona a qui atenem (recepció persona)

-Acompanyar la consciència de malaltia fent que la persona atesa esdevingui protagonista de la seva recuperació

-Elaborar fitxa de contacte i cronograma (planificació de visites)

-Elaborar fitxa de consentiment i autorització de recollida de medicaments pels recursos implicats

-Determinar referents per a la persona a la qual atenem, dins dels serveis participants en l'estratègia

-Avaluació coneixements adquirits/modificació estratègia

#### e) Activitats i/o Tasques

-Establiment d'espais de confluència (crear història social - sanitària)

-Reunions i periodicitat (casos)

-Recull d'experiència (intercanvi coneixements específics d'actuació salut mental - sensellarisme)

-Avaluacions

f) Materials/recursos necessaris

Recursos humans: TS i professionals dels diferents sistemes involucrats (o auxiliars si escau)

Recursos materials: espais de reunió, mitjans de comunicació (telèfon, internet), SPD amb la medicació de les persones a les quals atenem, transport per a les visites (si escau)

Recursos econòmics: Subjectes a finançament i a pressupost municipal (cartera de serveis, medicació, transport – urgència social)

68

g) Indicadors i instruments d'avaluació

-Actes de reunió

-Registre: recollida medicament i adhesió al medicament (serveis)

-Calendari

-Diagrama de flux

-Memòria de casos

**Objectiu específic 2:** Defensar i garantir la dignitat i els drets de les persones

**Línea d'acció 2:**

-Descripció i justificació:

Es tracta de combatre la indignitat en el tracte (envers la persona a qui atenem) i la competència del professional social, en un mateix nivell compartit amb el professional de salut, per liderar l'estratègia d'acompanyament en la intervenció.

-Objectius:

L'objectiu específic de la defensa i garantia dels drets i necessitats bàsiques està relacionat amb la construcció d'una estratègia en xarxa que involucri a tots els serveis a l'abast que puguin emparar-lo i siguin garantia dels seus drets mitjançant el lideratge de l'acció per part del professional social; de la defensa dels drets s'esdevé la igualtat com a reconeixement dels drets de les persones a les quals atenem però també relacionat amb altres objectius (promoció personal).

-Unitats de programació:

UP 2.1: Integració comunitària (recolzament per part dels serveis)

UP 2.2: Pla de treball en xarxa (compartit pels recursos, emparat per ells, liderat pel professional social)

**Objectiu específic 3:** Garantir que la persona sigui partícip del seu itinerari vital

**Línea d'acció 3:**

-Descripció i justificació:

L'acompanyament de la persona atesa per part del professional social, no és l'anul·lació de la persona, sinó l'acompanyament entre sistemes que han de treballar plegats; de la introducció en el sistema sanitari ha de néixer la consciència de la malaltia i, d'aquesta el pla de treball consensuat i elaborat pels diferents professionals social – sanitari.

-Objectius:

L'objectiu específic de garantir que la persona sigui partícip del seu itinerari vital està relacionada amb aspectes com la falta de consciència de la malaltia o l'absència de vincles familiars que, consegüentment, manquen el recolzament de la persona i justifiquen la "tutela" del professional social; la cooperació social és el motor humà per promocionar actituds i capacitats de les persones com a principals protagonistes de llurs vides.

-Unitats de programació:

UP 3.1: Involucrar a la persona en el seu restabliment (assumpció de consciència malaltia)

UP 3.2: Desenvolupar estratègia acompanyament/inclusió social (compartir necessitats i projectes)

**Objectiu específic 4:** Desenvolupar coordinació entre serveis implicats (lideratge)

#### **Línea d'acció 4:**

-Descripció i justificació:

La relació i comunicació entre àmbit social i de salut, depèn únicament de la construcció de vincles tècnic a tècnic, propiciats des de l'àmbit social; liderat pel professional social cal un traspàs d'informació protocolaritzat des de l'àmbit de salut cap al social, de l'àmbit social cap a l'àmbit de salut i de l'àmbit social entre les pròpies entitats i recursos o organismes; així com provocar la creació d'una història clínica/social.

-Objectius:

El lideratge del professional social es justifica des de la preocupació d'aquest, com a referència i vetlla d'una intervenció integral; això passa pel respecte a la participació de les persones ateses i dels professionals que intervinguin en l'estratègia i la creació d'espais de construcció comuns.

-Unitats de programació:

- UP 4.1: Ordenament i coordinació de la xarxa de recursos que intervenen (creació d'espais de construcció comuns- creació equip)
- UP 4.2: Establiment d'un protocol compartit de derivacions-informacions-comunicacions (lideratge i treball en xarxa)
- UP 4.3: Seguiment i estabilització de la malaltia (evitem cronificació o retrocés)

**Objectiu específic 5:** Quantificar el fenomen del sensellarisme a la ciutat de Terrassa

**Línea d'acció 5 :**

-Descripció i justificació:

La inexistència de dades oficials sobre sensellarisme a nivell local criden a la necessitat d'una quantificació del fenomen, de la seva visibilització, d'un recompte. Les úniques dades aproximades són de l'any 2007, Coscolla (2008), que estableixen que entre les persones usuàries dels Serveis Socials de Terrassa, n'hi havia 394 sol·licitants d'ajut per un motiu vinculat al factor residencial; essent la problemàtica més recurrent dins d'aquesta categoria, el desnonament i/o la manca d'habitatge (204 casos): destaquen, també, les males condicions del lloc on viuen les persones (155 casos) i, en menor mesura, les persones que són transeünts i no tenen llar (35 casos).

-Objectius:

Determinar la magnitud del fenomen i establir un pla d'actuació entre agents implicats per definir un pla de treball compartit que estableixi les línies d'acció d'una quantificació de les persones sense llar/sense sostre a la ciutat de Terrassa

Unitats de programació:



- UP 5.1: Sol·licitar formalment la necessitat d'un recompte a la ciutat de Terrassa
- UP 5.2: Establir un intercanvi de dades amb els agents implicats (Taula sense sostre Terrassa)
- UP 4.3: Definir l'estratègia del recompte

### 3.1.7 VALIDACIÓ DEL TREBALL – FEEDBACK

La validació d'aquest TFG s'ha realitzat en base al següent calendari, de reunions, aconseguiment de documents, aportacions i tutories:

Agost/Setembre 2016	Investigació bibliogràfica
5 Setembre 2016	Valoració idea inicial (Oscar Martínez; Pere Tarrés)
4 Octubre 2016	Reunió de presentació idea TFG, recollida aportacions, confecció diagrames (Àngels Bros; TS SAI Terrassa)
18 Octubre 2016	Petició document “Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa”, a l'arxiu municipal, portal de transparència i a l'alcalde de Terrassa
19 Octubre 2016	Reunió de presentació idea TFG, recollida documentació i memòria de la Fundació Busquets (Pep Martí; TS Menjador Social Fundació Busquets)
20 Octubre 2016	Tutoria (Oscar Martínez; Pere Tarrés)
27 Octubre 2016	Reclamació document “Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa” i sol·licitud de consulta a la Biblioteca Pere Tarrés (Carolines)

28 Octubre 2016	S'aconsegueix el document "Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa" mitjançant correu del Sr. Alcalde de Terrassa Jordi Ballart
11 Novembre 2016	Tutoria (Oscar Martínez; Pere Tarrés)
15 Desembre 2016	Tutoria (Oscar Martínez; Pere Tarrés)
24 Desembre 2016	Aportacions al TFG en l'apartat d'ètica després d'una trobada i intercanvi de correus (Jesús Vilar; Pere Tarrés)
22 Febrer 2017	Entrevista i presentació esborrany TFG (Àngels Bros; TS SAI Terrassa)
23 Febrer 2017	Tutoria (Oscar Martínez; Pere Tarrés)
28 Abril 2017	Tutoria (Oscar Martínez; Pere Tarrés)



## 4. FASE D' APLICACIÓ

### 4.1 GESTIÓ I ORGANITZACIÓ

#### 4.1.1 GESTIÓ I ORGANITZACIÓ INTERNA

-Organigrama

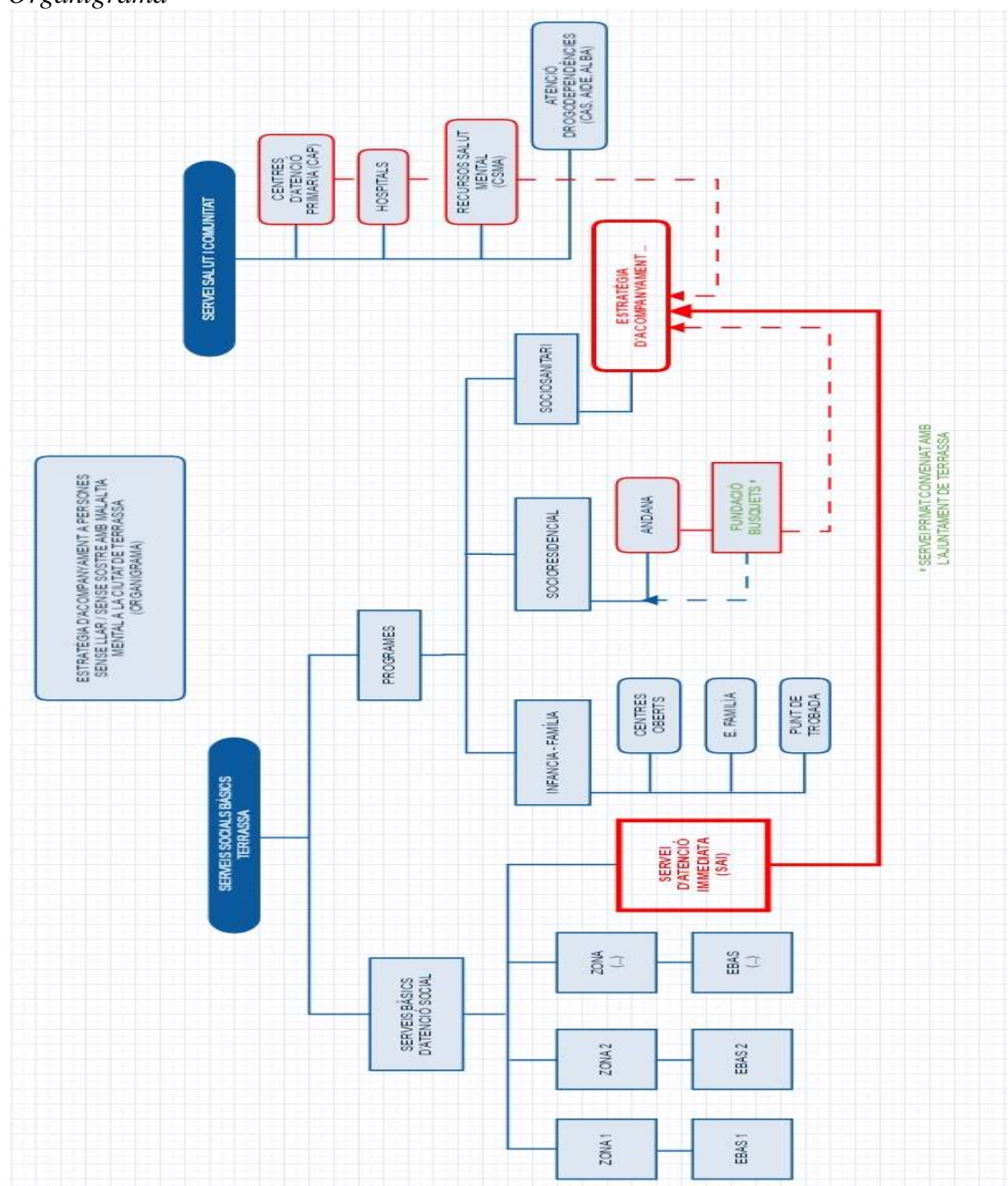


Figura 7. Organigrama d'Organització de l'Estratègia

Font: Toni Marcilla

### *-Organització funcional*

La organització funcional passa per una primera fase de disseny que elaborarà el Treballador Social del SAI, i una fase de presentació als recursos implicats en l'estratègia d'acompanyament alberg social L'Andana de Terrassa i Fundació Busquets (rober, menjador social i dutxes) de Terrassa i CSMA de Terrassa (professionals sanitaris i TS).

76

A partir de la fase de presentació, es passarà a la fase de preparació on es constituirà un equip amb representació de tots els recursos implicats i que s'establirà com a grup de treball que crearà diversos espais de coordinació, seguiment, seguiment i anàlisi de casos (fase execució), avaluació del projecte i elaboració d'experiència (fase d'avaluació)

El Grup de treball implicat en l'estratègia estarà formats doncs, pel Treballador Social que lidera el procés TS Serveis d'Atenció Immediata (SAI), el TS de la Fundació Busquets, el TS del Centre de Salut Mental Adults (CSMA), el TS de l'Alberg Municipal l'Andana i el professional sanitari de referència en l'estratègia, Psiquiatra del CSMA.

Els espais d'organització i funcionament del projecte:

-reunió de presentació estratègia

-reunió de constitució de l'equip de treball (implementació del servei)

-reunió de coordinació de cada servei implicat; organització, gestió, recull de dificultats, aspectes a tenir en compte (reunió de servei: social, sanitari, serveis implicats)

-reunió de coordinació d'equip amb tots els recursos implicats; traspàs d'informacions, incidències, anàlisis d'intervenció, enfortiment de les relacions, identificació amb l'estratègia, organització i creació de documentació, proposta pla de treball amb la persona implicada en l'atenció (tot l'equip de treball)

-reunió de seguiment i anàlisi de casos; anàlisi de possibles dificultats, planificació, desenvolupament i avaluació de les intervencions, presa de decisions, revisió dels plans de treball (tot l'equip de treball)

-reunió d'avaluació del projecte; revisió dels espais de coordinació, incorporació de noves propostes (tot l'equip de treball)

#### *-Espais de coordinació interna*

En parlar d'espais de coordinació, parlem de reunions, funcions d'aquestes, continguts, participants i periodicitat; en definitiva, d'estructures internes de treball de les quals es dota l'equip per tal de consolidar una visió compartida de servei que estableixi línees de treball i defineixi la qualitat de la prestació. El *continuum* en l'atenció a les persones a qui dirigim la nostra estratègia, es garanteix des dels espais de coordinació treball intern, entre serveis implicats, en xarxa, assegurant les connexions entre ells i assegurant també, una visió global de la intervenció. Així doncs, els objectius que persegueix els espais de coordinació interna estan enfocats al consens dels criteris metodològics i tècnics del funcionament dels recursos implicats en l'estratègia, l'assoliment d'una vinculació dels professionals de diferents recursos, abordar les dificultats que vagin sorgint dins de l'estratègia proposada i potenciar la creació d'experiència des d'una vessant de treball en xarxa.

Els espais han de ser operatius i, alhora, mantenint l'especificitat de cada recurs implicat. Els temes a tractar s'hauran de recollir per tal de contribuir a construir nou coneixement. La periodicitat haurà de ser flexible, adaptada a la dinàmica de cada recurs.

L'avaluació, mitjançant uns indicadors consensuats, ens permetrà definir la utilitat dels espais i la millora, per tal d'assolir els objectius marcats.

Per a la nostra estratègia d'acompanyament, es podria establir una freqüència que establís:

1 vegada per setmana: espai de coordinació de cada servei implicat; organització, gestió, recull de dificultats, aspectes a tenir en compte (reunió de servei: social, sanitari, serveis implicats)

1 vegada cada 15 dies: espai de coordinació d'equip amb tots els recursos implicats; traspàs d'informacions, incidències, anàlisis d'intervenció, enfortiment de les relacions,

identificació amb l'estratègia, organització i creació de documentació, proposta pla de treball amb la persona implicada (tot l'equip de treball)

1 vegada al mes: espai seguiment i anàlisi de casos; anàlisi de possibles dificultats, planificació, desenvolupament i avaluació de les intervencions, presa de decisions, revisió dels plans de treball (tot l'equip de treball)

1 vegada l'any: espai d'avaluació del projecte; revisió dels espais de coordinació, incorporació de noves propostes (tot l'equip de treball)

#### *-Mecanismes de coordinació interna*

La organització interna, requereix una gestió entre les relacions entre tasques, les unitats (o serveis implicats) i les persones, mitjançant mecanismes de coordinació interna. Mintzberg (1991) descriu com les empreses dissenyen les estructures de comunicació que permeten coordinar les tasques, persones i recursos, amb el propòsit d'aconseguir la coherència interna necessària per a la consecució dels objectius marcats. Mintzberg (1991) parla de tres mecanismes:

-L'adaptació mútua: que mitjançant la comunicació informal, exigeix la capacitat d'adaptació entre les persones que desenvolupen les tasques (coordinació entre recursos implicats).

-Supervisió directa: que mitjançant la cadena de comandament i el control i l'ordre entre superiors i subordinats, entre autoritat, responsabilitat dins d'una comunicació formal (lideratge de l'estratègia per part del Treballador Social).

-Normalització: que mitjançant l'estandarització i programació de les tasques (dels processos de treball, dels coneixements necessaris per a desenvolupar els treballs, dels resultats esperats dels treballs, de la ideologia que guia el comportament), redueix la necessitat de comunicació formal i informal (espais de coordinació).

Altres autors estableixen mecanismes interns que també són vàlids per a la nostra estratègia com son:

-La comunicació: com a font d'informació i de coneixements

-L'autoritat ( o lideratge): per fixar metes, assignar tasques, dissenyar estratègies, organitzar.

-La cooperació ( o treball en xarxa): per reduir esforços, superar obstacles, generar confiança.

-La creació de protocols: per generar estabilitat i augmentar el control de les activitats o tasques.

-La cultura: com a forma de fer les coses, d'adaptació entre recursos, de descoberta d'estils i de riquesa en la definició de les línees d'actuació.

-Les TIC: com a estructura organitzativa que facilita la coordinació

Tots aquests mecanismes esdevenen en un guió d'influències que han de dirigir la coordinació de la nostra estratègia d'acompanyament a nivell intern.



## 4.1.2 GESTIÓ I ORGANITZACIÓ EXTERNA

### *-Sensibilització*

Les persones que han de ser subjectes de la intervenció, en aquest cas les persones sense sostre/sense llar amb malaltia mental de la ciutat de Terrassa, han de ser conscients de la seva realitat i dels aspectes autobiogràfics que els han portat a la situació que es troben, del moment en què es troben, com es diu a Riberas, G. Vilar, J., i Mora, P., (2013); detectar necessitats dins d'un marc d'intervenció en un model participatiu.

El que caldrà elaborar, mitjançant les entrevistes, és el relat de la pròpia història de la persona atesa i, sobre aquesta premissa, informar de l'estratègia a seguir, de la tasca proposada.

Així doncs, davant la sospita de patologia mental i de la certesa d'un itinerari vital acord al de la persona atesa amb el perfil del SAI (sense llar/sense sostre), s'establirà un recull d'aspectes que han portat a l'actual situació i s'establiran, juntament amb la reflexió amb la persona a la qual atenem i un recull de necessitats manifestades i detectades. Entre aquestes, i dins de l'estratègia presentada, la necessitat d'establir en quin moment es troba la persona a la qual atenem a nivell de salut centrarà la tasca proposada. Dins d'aquesta necessitat i, per tal de poder assolir d'altres necessitats detectades, s'establirà un pla de treball que tindrà com a primer objectiu, com a pas imprescindible per garantir l'èxit i el desplegament de tota la intervenció, l'acompanyament a l'accés a la salut de la persona atesa, com a primera part de la nostra estratègia.

L'etapa de sensibilització, doncs, estaria formada pels següents passos: entrevista, recull d'aspectes autobiogràfics, recull de necessitats manifestades i detectades, necessitat d'una valoració de l'estat de salut de la persona atesa, compromís de la persona, acompanyament de la persona a la qual atenem en l'accés a la salut.

### *-Detecció de minories actives*

La identificació de grups amb incidència en el col·lectiu i que poden facilitar la implicació significativa de persones, versaria dins la nostra estratègia als grups que estan en contacte directe amb el nostre perfil de persones ateses; és a dir: alberg social

L'Andana de Terrassa i Fundació Busquets (rober, menjador social i dutxes) de Terrassa i CSMA de Terrassa (professionals sanitaris i TS).

Caldrà doncs, una formació inicial dirigida a tots els agents implicats, presentant l'estratègia, per tal de comprometre i, alhora transmetre, la necessitat del projecte en qüestió.

#### *-Relació amb altres entitats / Institucions*

El marc relacional concreta, per una banda, la metodologia i la seqüenciació dels continguts; la relació amb les institucions passa forçosament per incloure a aquestes dins de l'estratègia d'acompanyament, donat que l'essència d'aquest projecte és la d'una metodologia de treball en xarxa, liderat pel Treballador Social del SAI; aquest lideratge és el que ha construït la metodologia i ha establert la seqüenciació.

Per altra banda, la participació de les entitats / institucions en aquest estratègia, d'una manera activa, implica també uns espais periòdics de reunió (seqüenciació) que puguin definir o "polir" l'estratègia, mitjançant la participació dels agents implicats, detectant noves necessitats, establint nous marcs d'actuació, observant nous matisos o diferents maneres de fer. Des d'aquesta seqüència de treball comú es construeix una nova experiència que, necessàriament, ha de ser recollida, per a construir un saber, una experiència, que pugui avalar la nostra estratègia.

### 4.1.3 CALENDARI

-Cronograma o diagrama de Gantt

82

PROJECTE D'IMPLEMENTACIÓ D'UNA ESTRATÈGIA COORDINADA D'ACOMPANYAMENT A PERSONES SENSE LLAR/SENSE SOSTRE AMB MALALTIA MENTAL		setembre				octubre				novembre				desembre			
CRONOGRAMA ESPAIS DE TREBALL	RESPONSABLE	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>I FASE ELABORACIÓ DISSENY</b>																	
1 Disseny estratègia	TS	■	■	■	■												
2 Presentació als agents implicats	TS				■												
<b>II FASE DE PREPARACIÓ</b>																	
1 Constitució equip	Representants recursos					■											
2 Coordinació d'equip amb tots els recursos	Grup de treball					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>III FASE D'EXECUCIÓ</b>																	
1 Espai seguiment i anàlisi de casos	Grup de treball					■				■				■			
<b>IV FASE D'AVALUACIÓ</b>																	
1 Espai d'avaluació del projecte	Grup de treball																■
<b>V FASE DE RECOLLIDA</b>																	
1 Elaboració d'experiència	Grup de treball									■	■	■	■	■	■	■	■
2 Memòria	TS					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Figura 8. Cronograma d'Implementació de l'Estratègia

Font: Toni Marcilla

#### 4.1.4 RECURSOS NECESSARIS

##### *-Espais (característiques)*

Dins l'estratègia d'aquest projecte, en parlar d'espais, parlem d'espais de trobada bàsicament, que garanteixin el confort i la seguretat. Per un costat, els espais de trobada del SAI, són els propis dels serveis socials bàsics. Els despatxos d'atenció directa, que ha de ser un espai diàfan, que doni la sensació de proximitat i alhora d'intimitat; amb una insonorització correcta que garanteixi que una conversa en to normal no se sent a fora.

És necessària la privacitat en l'espai funcional i amb requeriments de seguretat, amb paraments vidrats per garantir el control visual dels espais des de l'exterior, amb facilitat de sortida d'emergència del Treballador Social i amb timbre o polsador d'emergència des de l'ordinador.

La il·luminació i la ventilació estarà relacionada amb el confort dels espais i, aquest, com deia abans, amb la sensació d'intimitat. En relació al mobiliari es disposarà d'armaris, arxivadors, ordinador i telèfon, taula cadires. Més enllà de l'estructura física, el clima, l'atenció al procés i l'escolta activa, també formen part de les característiques de l'espai.

D'altra banda, si parlem d'espais de trobada relacionats amb la coordinació amb altres servei, cercarem espais amb unes característiques de versatilitat i flexibilitat, a on hi hagin taules, cadires, mobiliari mòbil, projector, pantalla i a on hi hagi la suficient llum natural i ventilació que puguin garantir unes bones condicions de treball. Aquest espais poden situar-se al mateix SAI (Serveis Socials) com als recursos implicats a l'estratègia; establint una periodicitat de reunions i una rotació d'espais de treball en els diferents recursos implicats fiancem el treball en xarxa i coneixem els altres col·laboradors implicats.

### *-Material fungible*

El materials fungibles són aquells que, previsiblement es gastaran durant la realització de les activitats que es duguin a terme dins l'estratègia d'acompanyament. Aquests, bàsicament són els referits a materials d'oficina per a reunions (paper, bolígrafs, mocadors de paper...) i que hauran de ser reposats la propera vegada que es realitzi l'activitat, o els relatius al transport (tarja viatge) en l'acompanyament a la persona a la qual atenem en l'accés als serveis de salut.

### *-Equipaments*

Entenent els equipaments com a aquells que el municipi de Terrassa destina al desenvolupament de les funcions dels serveis socials bàsics (des d'on partim des del SAI), parlem del centre de serveis socials bàsic, equipament destinat a l'accés als serveis socials de la persona a la qual atenem, però també com a espais de reunió i de coordinació amb les entitats implicades en l'estratègia; aquest, dins de les funcions pròpies d'accés al sistema, dret a la informació, atenció i gestió de serveis i prestacions, ha de comptar amb quatre àrees funcionals, com s'especifica a Model d'equipament de centre de serveis socials bàsics (2013):

Informació: area funcional que concentra els espais d'espera i informació de les persones a les qui atenem

Atenció: acollida i tractament de les persones a les quals atenem

Treball intern: espais destinats als treballadors del centre

Serveis: serveis no específics del centre (recepció, magatzem, serveis...)

D'altres equipaments destinats, serien l'Alberg Municipal L'Andana, i la Fundació Busquets com a entitat privada conveniada amb l'Ajuntament de Terrassa. D'altres equipaments podrien esdevenir els centres cívics com a espais de reunió; i els propis de salut com ara el CAP de referència, Hospital o CSMA, implicats en l'estratègia d'acompanyament.

#### **4.1.5 SOSTENIBILITAT**

Aquest TFG es basa en l'ordenament o optimització d'un servei existent, a partir d'una nova necessitat detectada, en base a unes determinades característiques que presenten les persones que atén.

Així doncs, encara que la sostenibilitat d'aquest projecte estigui condicionada a les possibilitats d'implantació, sí que es contempla un itinerari necessari; la presentació a la Taula de Salut Mental Terrassa com aval d'un procediment acord amb la necessitat, i la presentació a l'Àrea de Drets Socials i Serveis a les Persones de Terrassa, com a aportació al bon funcionament d'un servei.



## 5. FASE D'AVALUACIÓ

### 5.1 AVALUACIÓ: INICIAL, DE PROCÉS I FINAL

#### \*AVALUACIÓ INICIAL

L'avaluació inicial va començar amb el diagnòstic a partir del coneixement de la situació i de la necessitat detectada (anàlisi literatura, anàlisi problema); el punt de partida d'aquest projecte es situava en un anàlisi de la realitat que assenyalava com a necessitat la manca de seguiment mèdic entre alguns col·lectius que tenen dificultat per autogestionar-se els tractaments per circumstàncies personals o de context, en el nostre cas, la condició de sense sostre/ sense llar i la de malalt mental.

L'avaluació d'aquesta situació és la que ens indica el punt de partida i determina el tipus de treball a organitzar

A partir de la necessitat assenyalada, al punt de partida, s'ha establert un treball organitzat per tal d'iniciar el disseny d'una intervenció, determinat per un tipus de treball dirigit a l'accés als serveis, acompanyament en la intervenció, d'abordatge de la situació de la condició sense sostre/ sense llar amb malaltia mental des d'una vessant social i sanitària, de treball en xarxa com a estratègia, de la defensa dels drets i la facilitació a l'accés als recursos.

Definir uns indicadors d'avaluació pel projecte a partir dels objectius de partida i fer-ho des de les unitats de programació, crec que es vital i més, si el projecte té una identitat de treball en xarxa, com és el cas; els criteris d'avaluació de les unitats de programació segueixen aquesta línia, de treball en xarxa, de construcció de coneixement; així les actes, construcció de protocols, memòries, diagrames, calendaris formen part dels objectius de treball de l'equip planificador, així com l'adequació a les noves necessitats que vagin sorgint; assegura una funció de control que segueixi a les variables del disseny de la planificació i la seva execució.

La finalitat és millorar el funcionament del projecte des del mateix inici de la seva construcció i això demana la col·laboració de tots els agents implicats; així, establim



una primera impressió i el seguiment de que aquesta primera impressió i la proposta d'intervenció, siguin acords amb el què volem. Té una funció diagnòstica perquè serveis per definir què és el que tenim i què es vol aconseguir, i una funció orientadora perquè indica quina és l'estratègia, però alhora, permet una retroalimentació per rectificar possibles errors.

Cerquem una avaluació interna, però no només en el procés de construcció o inicial; també el volem en el procés, perquè partim d'un treball en xarxa, a on es demana la col·laboració de les persones directament implicades

#### \*AVALUACIÓ DE PROCÉS

L'avaluació de procés d'aquest projecte ha d'estar centrada en la implementació de l'estratègia; en que la seva aplicació sigui correcta i en el seguiment entre agents implicats per tal de garantir la reorientació del procés en cas que fos necessari. Des de l'inici de la implementació i en base a una categorització de reunions d'equip que ja s'han recollit en el cronograma de gestió interna, es pretén la comparació constant entre la situació real i la situació prevista; el moment de partida comença, ja, amb la presentació del projecte als agents implicats en la realització, a la xarxa i continuarà durant tota l'aplicació de la intervenció; l'avaluació comença des del moment en què es presenta una proposta d'intervenció que es basa en l'esforç compartit de diferents agents, és per això que, ja en la fase de preparació, caldrà anar avaluant si els itineraris de les persones a les quals atenem són el pertinents, si els objectius són suficientment avaluable, si el pla de treball és acord o si el ritme de treball de la pròpia xarxa és l'adequat.

Cercarem, doncs una funció orientadora que ens vagi permetent saber en quin moment estem, quines dificultats ens trobem, l'evolució de la intervenció i la rectificació dels errors.

#### \*AVALUACIÓ FINAL

Al final del procés, després de la implantació del projecte, hem de comprovar que s'han assolit els objectius. Amb el cronograma, s'ha establert una fase d'avaluació, de construcció de coneixement i de memòria que van lligades entre elles; per una banda, volem informació sobre el grau de consecució dels resultats que volíem aconseguir i per

altra, pretén que tant l'èxit com el fracàs esdevinguin en coneixement que es pugui recollir, que sigui experiència. Volem una avaluació dels resultats, dels canvis, de les conseqüències... però també una avaluació de programa que determini el valor del projecte. Serà important doncs, que un dels objectius compartits del nostre treball en xarxa, sigui aquest, el de la construcció de coneixement, el de la generalització dels resultats

### Cronograma Avaluació:

PROJECTE D'IMPLEMENTACIÓ D'UNA ESTRATÈGIA COORDINADA D'ACOMPANYAMENT A PERSONES SENSE LLAR/SENSE SOSTRE AMB MALALTIA MENTAL					setembre		octubre		novembre		desembre					
CRONOGRAMA ESPAIS DE TREBALL/ AVALUACIÓ RESPONSABLE					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>I FASE ELABORACIÓ DISSENY</b>																
1	Disseny estratègia			TS	■	■	■									
2	Presentació als agents implicats			TS				■								
FASE INICIAL. (Funció predictiva) AVALUACIÓ DE NECESSITATS					AVALUACIÓ INICIAL											
<b>II FASE DE PREPARACIÓ</b>																
1	Constitució equip			Representants recursos				■								
2	Coordinació d'equip amb tots els recursos			Grup de treball				■	■	■	■	■	■	■	■	
FASE INICIAL O DE CONSTRUCCIÓ (Funció diagnòstica i control) OBJECTIUS DE PARTIDA/DEFINICIÓ INDICADORS D' AVALUACIÓ					AVALUACIÓ INICIAL											
<b>III FASE D'EXECUCIÓ</b>																
1	Espai seguiment i anàlisi de casos			Grup de treball				■								
FASE APLICACIÓ (Funció orientadora) PROCÉS IMPLEMENTACIÓ APLICACIÓ PROJECTE					AVALUACIÓ DE PROCÉS											
<b>IV FASE D' AVALUACIÓ</b>																
1	Espai d'avaluació del projecte			Grup de treball											■	
FASE FINAL PROCÉS (Funció control, resultats/programa) VALOR ESTRATÈGIA/CONSECUSIÓ RESULTATS					AVALUACIÓ FINAL											
<b>V FASE DE RECOLLIDA</b>																
1	Elaboració d'experiència			Grup de treball				■	■	■	■	■	■	■	■	
2	Memòria			TS				■	■	■	■	■	■	■	■	

Figura 9. Cronograma d'Avaluació de l'Estratègia

Font: Toni Marcilla

### 5.1.1 INDICADORS D'AVALUACIÓ SEGONS ELS OBJECTIUS: EFICÀCIA I EFICIÈNCIA - Instruments d'avaluació; temporalització integrats en l'avaluació d'objectius

Segons els principis d'eficiència, establint uns resultats en base pocs mitjans per aconseguir-los; i els principis d'eficàcia per provar que els objectius s'aconsegueixen i compleixen, es pot establir el següent:

*UP 1.1 Desenvolupar una estratègia o protocol de treball en xarxa amb els serveis implicats en la intervenció*

<b>Objectius d'optimització</b>	<b>Indicador</b>	<b>Punt</b>
<i>Identificar els referents implicats</i>	<i>Número de referents</i>	<i>4</i>
<i>Crear espais comuns de treball</i>	<i>Número de reunions</i>	<i>2 mes</i>
<i>Establir periodicitat reunions</i>	<i>Número de reunions</i>	<i>2 mes</i>
<i>Establir formes de contacte</i>	<i>Número de contactes (formals i informals)</i>	<i>1 setmana</i>

#### **Instrument d'avaluació previst**

*Assistents a la reunió contemplats*

*Acta*

*Acta de reunions*

*Calendari*

*Cronogrames reunions i*

*Full registre TIC*

OBJECTIU	INDICADOR	PUNT D'OPTIMITZACIÓ	INSTRUMENT D'AVUACIÓ
Identificar els referents implicats	Número de referents	4	Assistents a la reunió contemplats (acta)
Crear espais comuns de treball	Número de reunions	2 al mes	Acta de reunions
Establir periodicitat reunions	Número de reunions	2 al mes	Calendari
Establir formes de contacte	Número de contactes (formals i informals)	1 a la setmana	Cronogrames reunions i full registre TIC

*UP 1.2 Procurar un diagnòstic, tractament i seguiment de les persones sense llar amb malaltia mental a Terrassa*

<b>Objectius</b>	<b>Indicador</b>	<b>Punt d'optimització</b>
<i>Garantir primera visita</i>	<i>El número de casos coincideixi amb el número de primeres visites</i>	<i>1 visita per cas</i>
<i>Garantir el tractament (medicament)</i>	<i>El número de casos coincideixi amb el número de seguiments per part de la farmàcia de referència (SPD)</i>	<i>Control de recollida dispensació</i>
<i>Garantir l'adhesió al medicament</i>	<i>Buidatge adequat del blister medicació</i>	<i>Adequació correcta pauta establerta</i>

(correcta administració)

*Compartir seguiment*

*Número de reunions*

*1 al mes*

*social-sanitari*

*o contactes informals*

92

### **Instrument d'avaluació previst**

*Acompanyament físic i anotació*

*al pla de treball cas*

*Registre de dispensació farmàcia*

*Registre d'administració medicament*

*per part recursos implicats (DDP)*

*Actes reunions*

<b>OBJECTIU</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>PUNT D'OPTIMITZACIÓ</b>	<b>INSTRUMENT D'AVALUACIÓ</b>
Garantir primera visita	El número de casos coincideixi amb el número de primeres visites	1 visita per cas	Acompanyament físic i anotació al pla de treball cas
Garantir el tractament (medicació).	El número de casos coincideixi amb el número de seguiments per part de la farmàcia de referència (SPD)	Control de recollida dispensació	Registre de dispensació farmàcia
Garantir l'adhesió al medicament	Buidatge adequat del blister de medicació (correcta administració)	Adequació correcta pauta establerta	Registre d'administració medicament per part recursos implicats (DDP)
Compartir seguiment social-sanitari	Número de reunions o contactes informals	1 al mes	Actes de reunions

## 6. CONCLUSIONS (Des de l'aprenentatge en el Grau de Treball Social)

Aquest TFG neix de la reflexió de l'experiència d'unes pràctiques al SAI de Terrassa, així com de l'aprehensió del coneixement proporcionat per tots aquests anys de Grau en Treball Social. És des d'aquest coneixement copsat, com del que, tot i ser-hi, s'escola en els buits d'una intervenció professional, però no planificada, del que surt aquesta estratègia.

Uns buits que, en diferents moments d'aquest TFG, s'han anat assenyalant; unes carències que s'amaguen rere la transversalitat de la que pretén fer-se còmplice aquesta estratègia. Els diferents professionals amb els que es compta en aquesta estratègia, amb objectius i competències que s'entrellacen, simultàniament, i que parteixen de diferents àrees, necessiten d'una entesa d'un punt de trobada per desenvolupar un dispositiu tècnic de gestió.

A l'assignatura d'Ètica se'ns deia que la construcció del coneixement, a partir de l'experiència, és bàsica per afrontar els dilemes ètics; que els professionals del Treball Social han d'aconseguir preveure el que es vol assolir i la manera de fer-ho, per tal que la resposta a determinats dilemes no esdevingui en una resposta reactiva.

Diu Sales i Guijarro (2017), que “alcanzar la autonomía personal es uno de los objetivos del trabajo social” i Viscarret (2014), que el Treballador Social ha de cercar “la comunicación entre los diversos sistemas implicados en el problema, creando un clima comunicativo que facilite y estimule su solución (p. 300)

Aconseguir aquesta autonomia, lligada a unes necessitats i a uns serveis, i a l'acompanyament en l'accessibilitat a aquests, és el repte a assolir en una intervenció basada en el model de gestió de casos, essència d'aquest TFG; però serà necessària, com bé diu Vilar (2013), que el nostre equip tingui capacitat de previsió, fonamentada en la definició de patrons i d'aportacions d'una experiència elaborada provinent de situacions adaptatives (p. 144)

Sales i Guijarro (2017) diuen que:

Sin vivienda asequible, sin hacer efectivo el derecho a una vivienda digna, el sistema de atención a las personas sin hogar se convierte en un callejón sin salida y la gente atendida no deja de crecer transitando entre la calle y los albergues sin poder alcanzar una vida digna y autónoma. (p. 3)

En línia amb els autors, crec que, els professionals del Treball Social, no podem fer del nostre servei una mera gestió de recursos que, a més a més, esdevingui en trampa; i, alhora, hem de tenir cura en la garantia de serveis i necessitats bàsiques que, tot i no provenir d'una competència específica al nostre abast, han de ser necessàriament contemplades i han d'estar integrades en la planificació que fem amb la persona a qui atenem.

Els ponts, les relacions, les estructures, els mètodes, per apropar els agents implicats en la intervenció s'han de planificar i s'han de construir en el cas de ser inexistents.

D'això és del que tracta aquesta estratègia; de crear estructures quan l'exclusió surt de l'estandaritat a que el sistema de serveis socials dóna emparament.

Tracta, doncs, d'una planificació dels serveis socials que ha d'exigir-se estar alerta; atenta a la fatal possibilitat de caure en una exclusió de l'exclusió; vigilant per no ser còmplice de "quelcom" que, pel fet de no estar contemplat, no pot no ser garantit.

És el cas de l'accés al canal salut i, concretament des d'aquesta estratègia, el de la garantia d'una assistència que cobreixi una necessitat tan bàsica, i alhora tan relacionada amb la situació d'exclusió que representa el fenomen del sensellarisme, com és la salut mental.

## 7. JUSTIFICACIÓ I CONCLUSIONS

Diu Viscarret (2014), parlant del Treball Social sistèmic, que hi ha uns principis metodològics que incorporar a la pràctica professional. Un és el principi ecosocial, que té una màxima, que es la de l'activació de les xarxes socials: *el treballador social ha de, a l'hora de resoldre un problema, activar, enfortir o funcionalitzar les xarxes socials existents, i en el cas de que no n'hi haguessin, crear-les (p 301)*; però l'autor va més enllà encara amb el principi de cooperació, recordant que resoldre els problemes socials de forma sistèmica significa que el Treballador Social ha de col·laborar amb tots els sistemes; sense la seva cooperació el problema no pot ser tractat de manera eficaç i eficient. Així doncs, caldrà l'activació de totes les forces possibles i la coordinació dels esforços de totes elles sota un objectiu comú.

Activació de xarxes socials, cooperació i objectiu comú, justifiquen aquesta aposta d'estratègia.

D'altra banda, parlant dels factors que determinen el nostre punt de partida en l'abordatge de la situació del sensellarisme, sembla que com es diu al Document de Polític FEANTSA (2014) l'habitatge és un determinant social de la salut que impacta sobre les possibilitats de viure una vida sana. S'estableix doncs la manca d'habitatge com a causa dels problemes de salut de les persones sense llar, complicant la recuperació.

Partim doncs de la constatació de la clara relació causa-efecte entre el sensellarisme i els mals resultats de salut. En aquest sentit, el Document de FEANTSA (2014) que diu que:

No hi ha una resposta fàcil al debat entre causes i conseqüències, però el que sí està clar és que una vegada que una persona es converteix en persona sense sostre / sense llar, l'impacta, tant en la seva salut física com a la mental, és significatiu. Les persones sense llar experimenten majors nivells de mala salut física i mental que aquelles que gaudeixen d'habitatge. Tenen un major risc de patir una àmplia gamma de problemes de salut, incloent-hi, entre moltes altres: malalties respiratòries cròniques, trastorns músculo-esquelètics, tuberculosi i problemes cutanis i als peus. Algunes persones sense llar, en particular aquells que dormen al carrer i els usuaris de llarga durada de refugis i albergs, es veuen



desproporcionadament afectats per una múltiple morbiditat incloent l'abús d'alcohol, la dependència de drogues i problemes de salut mental i de salut física. Tot i aquest excés de càrrega de malaltia, les persones sense llar sovint experimenten dificultats en l'accés i l'ús dels serveis de salut. Els proveïdors d'aquests serveis sovint no disposen dels recursos i la flexibilitat per promoure les respostes oportunes a les complexes necessitats de salut d'aquest col·lectiu.

(p.1)

Segons l'informe anual de ProHabitatge (2006), a l'Estat espanyol no hi ha tradició de treball en xarxa o de servei que coordini el sistema de salut, els serveis d'assistència a les persones sense llar i els serveis socials; es a dir, no hi ha procediments administratius que permetin coordinació i intercanvi d'informació d'una manera reglada o protocolaritzada.

Així, la pràctica habitual esdevé en una xarxa informal de coneixements personals, entre professionals, per a derivar les persones ateses. El mateix Síndic de greuges, denuncia aquesta pràctica en el seu informe extraordinari sobre les persones sense llar, que es reflecteix a l'informe de ProHabitatge, subratllant el que en aquest sentit es va dir sobre el cas de la Xarxa de Salut Catalana: amb una falta de visió global de la salut i la persona, posant com exemple que *els serveis hospitalaris donin d'alta a persones sense tenir la garantia que disposen d'una vivenda*.

Les condicions de salut de les persones sense sostre són un entrebanc a l'hora d'accedir a un tractament, sobretot si parlem de salut mental i de la consciència de la malaltia, per posar un exemple; també ho es el fet de disposar de documents oficials d'identificació amb la possibilitat d'accedir als serveis sanitaris o l'empadronament que dona dret a la targeta sanitària per accedir a aquesta atenció ambulatoria i hospitalària; o la dificultat per pagar el 40% dels medicaments subjectes a finançament del sistema nacional de la seguretat social.

La conclusió, ratificada dins de l'informe ProHabitatge, es que les persones sense llar no accedeixen als serveis d'atenció primària i són ateses a través dels serveis d'urgències. El problema és que, quan accedeixen en aquest servei, la seva salut es troba ja en una situació extrema de deteriorament, en la que sovint no hi ha solució possible per a la malaltia.

D'altres aspectes que s'assenyalen al mateix informe com a obstacles són. La falta de protocols sanitaris que permetin derivar amb agilitat a centres socials o socio-sanitaris als pacients, o el dèficit de serveis sanitaris que possibiliten realitzar una valoració integral del pacient.

Arrels Fundació, afegeix com a participant en l'informe, que les persones sense llar tenen especials dificultats per accedir als serveis de salut mental, doncs és el sistema menys desenvolupat; cosa que també corrobora el Síndic de greuges i a què es va referir a l'informe extraordinari sobre persones sense sostre, assenyalant que un programa d'aquest tipus s'hauria d'orientar a oferir una atenció directa a les persones malaltes que viuen al carrer i a sensibilitzar a la societat en general.

El PLASS de Terrassa parla d'un punt que anomena "innovador" en el seu Pla: "Tenir assignat un/una professional de referència que sigui l'interlocutor principal i que vetlli per la coherència, la coordinació amb els altres sistemes de benestar i la globalitat del procés d'atenció (...)".

I continua amb la idea dient que:

És una aposta clara per a la intervenció integral; posar l'accent en aquest punt d'acord amb els principis de coherència i globalitat comporta en si mateix un gran repte des del punt de vista del sistema dels serveis socials, però també quant al treball i el reconeixement de la transversalitat i de la xarxa. Cal reconèixer que, de xarxa, protocols de relació amb aquesta i l'existència de voluntat relacional n'hi ha; el repte és desenvolupar-la. Els principis de coordinació, d'eficàcia i de globalitat en l'acció social coixegen, i es configuren com una font de complexitat. La qualitat en els serveis socials. (p.8)

Al Diagnosi (2013) també es parla de que la condició sense sostre:

Per la seva edat, per problemes de salut física o mental, o a causa de llargs processos de desestructuració social, una part de les persones que avui es troben sense llar requeriran l'acompanyament de professionals i entitats i cal garantir que les noves necessitats derivades de la crisi no les desplacin generant una doble exclusió. L'acumulació de problemàtiques socials, personals i de salut que presenten les menys autònomes d'entre el conjunt de persones sense llar, fa

necessari preveure fórmules d'atenció en la que es coordinin els esforços de les diferents xarxes d'atenció especialitzades. El sistema sanitari, els serveis especialitzats en el malalties mentals i els serveis d'atenció a persones drogodependents, són alguns dels actors que atenen de manera parcial o sectorial a aquestes persones que poden passar successivament per diferents recursos residencials sense trobar-ne cap d'adient a les seves múltiples problemàtiques. Es presenta aquí un repte que no és nou ni apareix motivat per la crisi però que el context de gran demanda de recursos fa més urgent que mai. (p. 49)

**Aquests són, doncs, els principis orientadors que justifiquen aquest TFG: la garantia de l'accés als serveis, la intervenció integral liderada pel Treballador Social de referència i el desenvolupament d'una estratègia d'acompanyament i de treball en xarxa.**

M'agradaria acabar aquest TFG reiterant les paraules que, abans, utilitzava citant a Sarabia (2007) quan diu:

Tanto en el ámbito sanitario como en los servicios sociales, cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional) y cada escala territorial (local, provincial, regional, departamental y estatal) se rige por sus propias normas, que, la mayoría de las veces, no tienen en cuenta la coordinación con el resto. Cada estamento asistencial es concebido como un mundo en sí mismo, ajeno a lo que pasa fuera de él. Así, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano. (p. 7)

Així doncs i amb tot el que s'ha establert en aquest TFG, es pot concloure que:

1. És necessària la incorporació i activació de les xarxes socials en la nostra pràctica professional.
2. És necessari, també, que aquesta activació de forces estigui coordinada i encaminada a un objectiu comú.

3. Cal establir uns procediments administratius que permetin que tant la coordinació com l'intercanvi d'informació esdevingui d'una manera reglada o protocol·litzada.
4. L'habitatge és un determinant social de la salut i, la seva manca, és causa de molts problemes de salut.
5. Les persones sense llar/sense sostre tenen especials dificultats per accedir als serveis d'atenció primària o salut mental.
6. La salut de les persones sense llar/sense sostre, representa un entrebanc a l'hora d'accedir al tractament, sobretot si es parla de salut mental o de consciència de malaltia.
7. La fragmentació dels serveis en l'atenció de les persones sense llar/sense sostre com els problemes derivats d'aquesta situació, físics o mentals, són un entrebanc que fa imprescindible l'acompanyament dels professionals del Treball Social
8. La gestió de casos que adopta l'estratègia presentada no és una intervenció impersonal, sinó un model d'assegurança de serveis, de recursos i ajuts, de coordinació i de qualitat.
9. El paternalisme èticament justificat s'esdevé com una forma d'acompanyament apropiada en la disjuntiva entre l'ajuda i el paternalisme, quan les capacitats cognitives de les persones ateses estan malmeses.
10. El compromís amb la llibertat i l'autonomia de la persona orienta aquesta estratègia; i és el principi que ens servirà per a protegir-nos d'un paternalisme clàssic: d'aquell que s'empara en el dogmatisme de la raó.
11. Cal establir quina és la dimensió del fenomen del sensellarisme a la ciutat de Terrassa.

Posar final a la fragmentació, assumint la coordinació integral des d'una vessant de Treball Social de gestió de casos, oferint l'acompanyament de la xarxa per garantir les necessitats canviants del nostre perfil de persones a les qui atenem; en un procés dinàmic, des del protagonisme en la intervenció de la persona i des de la garantia dels

seus drets, és el repte d'aquest TFG. Però, abans, potser, caldria quantificar el problema. Cal establir quina és la dimensió del fenomen del sensellarisme a la ciutat de Terrassa per acabar amb la invisibilització o, inclús, la negació de la presència d'aquest col·lectiu; diferents veus, informes i articles de diari identifiquen aquesta realitat; diferents circumstàncies socio-econòmiques apunten al creixement d'aquest fenomen en els darrers anys i de la correlació entre la situació sense llar/ sense sostre i la malaltia mental.

Quantes d'aquestes persones accedeixen als serveis socials? quantes no s'han adreçat a ells mai?, (tot i existir!) de quina manera els estem atenent? de quina manera els podem atendre? Són preguntes que necessiten d'una resposta, d'un emparament institucional, d'una responsabilitat municipal. Tant de bo, aquest TFG pugui ser el punt de partida d'una interpel·lació institucional, que es preguntí per si és real el que aquí s'explica, per quina és la dimensió de la tragèdia, que es comprometí amb la visibilització d'aquesta realitat i estableixi les bases per materialitzar un recompte a la ciutat de Terrassa; que aquest TFG esdevingui en eina o no, després, estarà condicionat per aquesta premissa.

Serveixi, si més no, com a contribució (sense presumptuositat alguna) a la millora de la ciutat que vull, de la societat que cerco, del compromís que construïm des de la corresponsabilitat en la garantia dels drets. Allen Frances, considerat com un dels psiquiatres més llegit en l'actualitat, va dirigir al 1987 el grup de treball que va elaborar el DSM-IV; i que ha col·laborat en la posada en marxa d'Equips de Tractament Assertiu Comunitari, seguint el "model Wisconsin", basant-se en l'atenció fora del despatx, en les intervencions als domicilis dels pacients; va dir una frase en una entrevista concedida a la contra de La Vanguardia que, crec, és el millor principi per acabar (o iniciar) la tasca que pretén assolir aquest TFG i aquest compromís:

“Una sociedad se mide por cómo cuida de los más vulnerables”

## 8. BIBLIOGRAFIA

Atienza, M. (1989). «Paternalismo i consensu». A: Muguerza, J. et al. El fundamento de los derechos humanos. Madrid: Editorial Debate.

CABRERA, Pedro; Rubio, Maria José; Blasco, Jaume (2008). *Qui dorm al carrer? Una investigació social i ciutadana sobre les persones sense sostre*. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya.

Cabrera, P. J. I Rubio, M. J. (2008) “*Las personas sin hogar hoy*”. Revista del Ministerio de trabajo e inmigración, pp. 51-75 Madrid.

Canimas, J. (2011) Ètica aplicada a l'educació social. Barcelona. Editorial UOC S.L. ISBN: 978-84-694-3296-9

Caridad, R. (2004) Personas sense llar i salut mental. Revista d'Educació Social, núm. 27 pp. 55-78. Projecte Vincles. Caritas Diocesana de Barcelona.

Coscolla, R. (2008) Diagnòstic sobre l'exclusió social a la ciutat de Terrassa. Barcelona. Unitat de Projectes Socials de la Fundació Pere Tarrés – URL

De la Guia, M. (2015). LA PROBLEMÀTICA SOCIAL DE LES PERSONES SENSE LLAR: CAUSES, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I PERCEPCIÓ DE SALUT.

Doi: 10.7203/anuari.psicologia.16.2.127

Document de Polític (2014) Cuidados paliativos en personas sin hogar. European Federation of National Organizations working with the Homeless Chaussée de Louvain (FEANTSA), 194, 1210 Brussels – Belgium.

Faris, R. E. L., & Dunham, H. L. (1939). Mental disorder in urban areas. Chicago: Chicago University Press.

Frankfurt, H. G. (1994 [2007]). «Autonomy, necessity, and love». Trad. castellana de H. Pons. «Autonomía, necesidad y amor». A: Necesidad, volición y amor. Buenos Aires: Katz.

Gisela, R., Vilar, J. I Mora, P. (2013) Elaboració de projectes socials. Disseny i avaluació de les accions socioeducatives. Fundació Pere Tarrés URL. Barcelona. Ed. Claret.

Hernández, J. A. (2011) 15.491 familias desahuciadas en el primer trimestre de 2011. Madrid. El País.

Matulic, M. V., (2010) Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: un reto pendiente de los servicios sociales de proximidad; Documentos de Trabajo social nº47, pp 9-30. ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173 – 8246

Memòria Fundació Busquets de Sant Vicenç de Paül (2015)

Mille, J. M. (2002). Manual bàsic d'elaboració i avaluació de projectes. Útils Pràctics. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Participació Ciutadana.

Mintzberg, H. (1991) The Effective Organization: Forces and Forms. Sloan Management Review, 32 (2), 57-67.

Oficina de Suport Tècnic als Serveis Socials de l'Àrea d'Atenció a les Persones/ Servei d'Equipaments i Espai Públic de l'Àrea de Territori i Sostenibilitat de la Diputació de Barcelona (2013) Model d'equipament de centre de serveis socials bàsics. Diputació de Barcelona.

PLASS TERRASSA (Pla Local d'Actuació en Serveis Socials) 2010-2013. Ajuntament de Terrassa.

PLIS TERRASSA (Pla Local d'inclusió Social) 2011. Ajuntament de Terrassa.

Prohabitatge (2006) Informe anual Salud y Sinhogarismo. Barcelona: FEANTSA

Riberas, G., Vilar, J., Mora, P. (2013). *Elaboració de projectes socials. Disseny i avaluació de les accions socioeducatives*. Barcelona: Claret.

Roman, M. A. (2014) Marc de la intervenció social IOC; dins de Context de la intervenció social CFGS.ISO.M01/0.14

Sales, A. (2013) Diagnosi 2013; Les persones sense llar a la ciutat de Barcelona i l'evolució dels recursos de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar. XAPSELL Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar. Barcelona.

Sánchez Morales, M<sup>a</sup> Rosario H. “*En los límites de la exclusión social: Las personas sin hogar en España*”. *Obets. Revista de Ciencias Sociales*. Vol 7, N. 2 (2012-) ISSN 1989-1385, pp. 307-324 Alicante.

Sarabia, A. (2007) La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, ISSN 1134-7147, N<sup>o</sup>. 42, 2007, págs. 7-17

Subirats, J.(2004), dins de María V. Matulic (2010) Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: un reto pendiente de los servicios sociales de proximidad; *Documentos de Trabajo social n<sup>o</sup>47*, pp 9-30. ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173 – 8246

Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2011). *DISFUNCIONS ENTRE ELS ÀMBITS DE SALUT I SOCIAL*. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència. Barcelona. Escola Universitària d'infermeria Sant Joan de Déu.

Tezanos, J. F. (2001). *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Uribe, J. i Alonso, S (2009) *Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària*. Barcelona. Fundació Jaume Bofill.



Vázquez, M. I. (2011) *El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar*. Madrid. Estudios de Psicología, 16 (3). ISSN Electrónico 1678-4669

Vilar, J. (2013) *Cuestiones Éticas en la Educación Social. Del compromiso político a la responsabilidad en la práctica profesional*. Barcelona. Editorial UOC.

Viscarret, J. J. (2014) *Modelos y métodos de intervención en trabajo Social*. Madrid. Alianza Editorial

#### **-WEBGRAFIA:**

Ballester, L., Muñoz, A.,(2009). Treball comunitari: treball socioeducatiu en xarxa. *IN. Revista Electrònica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*, V. 1, n. 1, pp. 91-108. Recuperat a:

[http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol1\\_num1/ballester-munoz/index.html](http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol1_num1/ballester-munoz/index.html)

Bones, K., Pérez, K., Rodríguez, M., Borrell, C. i Obiols, E. (2010) Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* 2010 Vol. 22 nº 3, pp. 389-395. Recuperat a:

<http://www.psicothema.com>

Capó, J. (23 juny 2016). El defensor del ciudadano alerta de que más de 300 personas viven en la calle / (5 noviembre 2016). 156 personas viviendo en la calle. *Diario de Mallorca*. Recuperat de:

<http://www.diariodemallorca.es/palma/2016/06/23/defensor-ciudadano-alerta-300-personas/1128210.html>

<http://www.diariodemallorca.es/mallorca/2016/11/05/156-personas-viviendo-calle/1163088.html>

*Diari deterrassa.es* (2016). Terrassa está a solo 400 habitantes de ser la tercera ciudad de Catalunya. Recuperat a:

<http://www.diari deterrassa.es/terrassa//2016/01/18/>

INE. Instituto Nacional de Estadística. (2016). Recuperat a:

<http://www.ine.es>

La Torre del Palau. Diari Terrassenc Independent i Català (2009/2014) El nombre de persones sense llar es dispara. Terrassa perd població estrangera per quart any seguit.

Recuperat a:

<http://www.naciodigital.cat/latorredelpalau/noticia/>

Muñoz, M., Pérez, E. i Panadero, S. (2004) Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación psicosocial* 1(2), 64-72.

Recuperat a:

<http://www.elsevier.es>

*Programa d'actuacions d'Integració i Convivència 2014-2015*. (2014). Terrassa.

Recuperat a <http://ajterrassa.es>

RECOMPTE BCN 2016 (5/11/2016). Històric de recomptes. Xarxa d'atenció a persones sense llar, XAPSLL. Recuperat de:

[http://www.recompte.barcelona/?page\\_id=65&lang=e](http://www.recompte.barcelona/?page_id=65&lang=e)

Sales, A. i Guijarro, L. (2017). *Atrapados en Barcelona. La burbuja de los alquileres y las personas 'sin techo'*. Recuperat de:

<http://ctxt.es/es/20170419/Firmas/12258/brubuja-alquileres-infravivienda-barcelona-precariedad-albert-sales-laura-guijarro.htm>

SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA (2006). *El fenomen sense llar a Catalunya: persones administracions, entitats*. Barcelona: Síndic de greuges de Catalunya.

Recuperat a:

<http://www.sindic.cat/site/unitFiles/2178/25-Fenomen%20sense%20llar.pdf>