

## DOCUMENT DEFINICIÓ MODEL DE LES COMUNITATS TERAPÈUTIQUES

### 1. INTRODUCCIÓ

#### 1.1. Preliminar:

Aquest document és el resultat de mesos de treball, realitzat per la Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, PPRR i CC de Catalunya i representa la instantània dels seus acords per a un temps de canvi cap al reconeixement del seu valor, dels seus orígens, dels seus enfocaments teòrics, de la seva inserció en el Sistema Socio-Sanitari; i en definitiva, de la seva naturalesa, que ha estat motiu de control i avaluació en mes de 20 anys d'història.

Amb vocació de servei públic i de col·laboració amb l'Administració per a la plena integració de les persones amb conductes addictives i les seves complicacions associades, aquest document no fa un anàlisi dels postulats psico-sociològics que li han donat fonament, ja que ha estat decidit per unanimitat, que cada recurs exposi els seus, complint el guió que li competeix en el marc normatiu d'una Xarxa d'assistència Pública centrada en l'atenció a la Persona, entesa a aquesta com Ciutadà/na de Ple Dret a la Unió Europea sense contradiccions amb altres experiències assistencials.

#### 1.2. Breu recorregut històric de les CCTT

##### 1.2.1 – Les Ciències Mèdiques.

Durant segles les addiccions van estar relacionades amb desviacions en la cultura occidental per embriaguesa alcohòlica i l'alcoholisme crònic, sense que es fes referència a altres tipus d'addiccions, mentre que per altra banda la bio-medicina, des d'Hipòcrates a la Il·lustració (XVIII) tractés als alienats mentals en base a preceptes morals (avui neuro-psíquics) la majoria de vegades executant-los o aïllant-los en condicions infrahumanes, fins que Phillipe Pinel <sup>1</sup>(1745-1826) al 1793 aconseguí de l'Assemblea francesa alliberar de les cadenes als alienats i va iniciar la Psiquiatria Científica que s'estengué en poc temps cap al nord d'Europa. Ja al segle XIX John Connolly (Irlanda 1794-1866)<sup>2</sup> demostra la millora significativa dels malalts mentals lliures de cadenes.

Per altra banda, en el camp social "De Morbis Artificum"(1700) de Ramazzini pot considerar-se partida de naixement de la medicina social o la "política mèdica" que s'anirà imposant.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - *Extracte de Goic A., Grandes médicos humanistas, pàgs 75-84; Editorial Universitaria, Santiago de Chile. 2004*

<sup>2</sup> *En 1856 John Conolly publica libro "Treatment of the Insane without Mechanical Restraints"*

<sup>3</sup> El Percival's Medical Ethics és l'obra fundacional de la deontologia mèdica que fou redactada al 1792 com a reglament per al Manchester Royal Infirmary, i publicada al 1805, inscrivint-se en una viva polèmica de l'ambient mèdic de l'època. S'avança en medicina preventiva a partir de la vacunació antivariòlica (Jenner, 1798), en medicina legal amb l'apogeu del poder civil (P. Zacchia, "Cuestiones medico-legales", 1621-1635), o en la higiene social com a medicina d'Estat (el System de J. P. Frank, 1779-1789), higiene i economia política (M. Pettenkofer, *Sobre el valor de la salut para una ciudad*; 1873), completant-se la "sanitat científica" amb la incorporació de l'estadística i l'epidemiologia.



Així, la necessitat de control social augmenta el poder mèdic durant els segles XVIII, XIX i als inicis del XX. D'una banda la medicina per interès de l'Estat en la salut pública, com ha estat el cas de la "política mèdica" de J. P. Frank, clara expressió de despotisme il·lustrat.<sup>4</sup>

En aquest marc, Sigmund Freud, (1856-1939) metge neuro-patòleg i clínic, a finals del segle XIX té el mèrit junt amb José Breuer (Estudis sobre la histèria) de relacionar els desordres psicossomàtics amb el medi familiar – social (l'experiència) i als inicis del segle XX funda la moderna psicoteràpia i l' "escola psicoanalítica" fora de l'entorn acadèmic oficial. Per aquells temps cal introduir el pensament de William Mc Dougall (1871-1939) com primer metge-psicòleg comportamental-social<sup>5</sup> i la reflexologia ruso-soviètica (actes condicionats en animals i simbologia del llenguatge) d'Ivan Pávlov (1849-1936)<sup>6</sup> que aporten a la neuro-psiquiatria les bases per al desenvolupament de les neurociències i de la psicologia conductista iniciada per John Watson (1878-1958) als EEUU.

El psicoanàlisi i el conductisme van polaritzar el desenvolupament de la naixent psicologia clínica però van dotar de fonaments a variants psicodinàmiques, humanistes, emotivo-conductuals fins als desenvolupaments d'Skinner (1904-1990)<sup>7</sup>. L'actual conductisme-cognitivisme, amb les seves llums i ombres, basat en l'escepticisme materialista de Francis Bacon (1571-1626) sense les experiències de Pávlov i els seus col·laboradors en Reflexologia, que desborden les pretensions d'aquest resum, es contenen en els postulats i models d'intervenció terapèutica més estesa de les actuals CT.

El concepte de "Comunitat Terapèutica" com alternatiu al d'institució Psiquiàtrica convencional, l'aplica per primera vegada Thomas Main, a l'hospital Psicoanalític "Cassel Hospital", (Richmond) com a mètode d'intervenció grupal seguint postulats de W. Bion,<sup>8</sup> que profunditza sobre els grups i lideratges des del psicoanàlisi de Melaine Klein.

Però passaran alguns anys per a que Maxwell Jones doni contingut i cos teòric al concepte, a partir de la publicació d'observacions fetes i la seva experiència en diversos hospitals militars i psiquiàtrics des de l'any 1941-1960, associant-se des d'aleshores aquest concepte "reformador de l'hospital tradicional psiquiàtric" al seu nom.

Per a Maxwell Jones la transformació de l'hospital psiquiàtric en "Comunitat Terapèutica Democràtica" i "democràcia institucional" significava que els rols respectius de professionals i usuaris no podien ser asimètrics ni contradictoris, encara que sí diferents i complementaris, sobretot, molt explícits. Les diferències de rols tenien a veure per tant, amb el bon saber i la

<sup>4</sup> D. Gracia, "El nacimiento de la clínica y el nuevo orden de la relación médico-enfermo", a Cuadernos

Hispanoamericanos 446-47, i J. A. Mainetti, *La crisis de la razón médica* (Cap. "La crisis de la razón clínica"), Quirón, La Plata 1988.

<sup>5</sup> "...els psicòlegs han de deixar d'acceptar l'estèril i estreta cocepció de la seva disciplina com a ciència dela consciència, i fer valer audaçment la seva pretensió de construir la ciència positiva de la conducta o comportament. La psicologia no ha de considerar que tota la seva tasca rau en la descripció introspectiva del fluxe de consciència, perquè aquesta és només una part preliminar del seu treball. Tal «descripció introspectiva», tal «psicologia pura» mai pot constituir una ciència, o, al menys, no pot elevar-se al nivell d'una ciència explicativa; mai podrà ser per ella mateixa de gran valor per a les ciències socials..."(Obtingut de "[http://es.wikipedia.org/wiki/William\\_McDougall](http://es.wikipedia.org/wiki/William_McDougall)")

<sup>6</sup> Iván Pávlov (1849-1936) Metge, cirurgià, filòsof i Premi Nobel de Medicina.

<sup>7</sup> "Some fundamentals" of B. F. Skinner's Behaviorism, Delprato i Midgley, *American Psychologist* Vol. 47, Nº 11, 1507-1520 (Trad. de Zarzosa Escobedo, L.G. a Contextos- info@conducta.org :

<sup>8</sup> Bion, W. R. (1948b). *Experiences in groups*, Human Relations, vols. I-IV, 1948-1951, Reprinted in *Experiences in Groups* (1961).



utilització dels mateixos en termes d'ajuda i eficaç atenció a les necessitats dels usuaris. Òbviament aquest "saber" establia un principi de relativa desigualtat, extrem no considerat important per Jones, perquè al cap i la fi, alguns devien ser "responsables" de la Institució.

A la línia de Jones, experts de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a les seves primeres èpoques, emfatitzava conformar un grup de professionals amb una titulació adequada per realitzar les tasques, formats per actuar segons un criteri democràtic. Entre aquests professionals podrien participar persones que haguessin patit problemes similars al dels usuaris la qual cosa proporcionaria un major grau d'empatia a l'equip, sempre que el seu rol es justificués després d'una titulació o preparació adequada. Observis que encara avui, no és la "democràcia" el que domina a les institucions hospitalàries psiquiàtriques, ni ho serà en molts anys.<sup>9</sup>

### 1.2.2 – La Iniciativa Social i les Ciències Socials.

Es pot afirmar que les Ciències socials van nàixer i van florir "fora del món acadèmic i de les universitats" encara que amb posteritat se'ls reconegués i incorporés a finals del segle XIX com a branques escindides de la Filosofia. Els seus antecessors més directes foren alemanys: Immanuel Kant (Pare de la Gestalt), Hegel (Filosofia de la Història), K. Marx (Materialisme Històric), F. Engels (Estudis sobre els Orígens de la Família, La Classe obrera a Anglaterra); Compte a França (Filosofia Positiva) el mateix McDougall, fins que Emile Durkheim va assenyalar les bases de la moderna Sociologia amb les seves obres *El Fet Social* i *De la divisió del treball Social*.<sup>10</sup>

Però tota aquesta aportació a les Ciències Socials va commoure poc a l'univers mèdic-acadèmic i molt menys es traduí – excepte per les mobilitzacions socials- en canvis d'actitud davant els grups de malalts marginats de les societats industrials avançades. Foren circumstàncies polítiques concretes que van determinar l'aparició de "moviments socials solidaris" i altres experiències comunitàries basades en l'ajuda mútua per la Lluita pels Drets de l'Home,<sup>11</sup> les que van dotar de contingut teòric i pràctic al nucli principal de les Comunitats Terapèutiques.

Els més antics precedents religiosos europees daten de Gheel (1850)<sup>12</sup> i del que actualment es pogués considerar "teràpia de grup en Comunitat" els hem localitzat als EEUU per l'obertura (1889) de la "Hull House" de Jane Addams, (1860-1935) sociòloga feminista i Premi Nobel de la Pau al 1931, la qual va extreure la idea de Samuel A. Barnett; pastor evangelista i fundador del Toynbee-Hall (Anglaterra) uns anys abans.

No es pot establir una relació lineal des d'Addams a la fundació d'AA.AA finalitzada la Llei Vostad (Seca) als EEUU, però no hi ha dubte de l'enllaç entre els postulats d'AA.AA, amb

<sup>9</sup> De Onésimo González Álvarez: *Portularia Vol. VII, no 1-2. 2007, [189-202], issn 1578-0236. © Universidad de Huelva...* "Manuel Desviat, en 1998, en declaracions a *Diario Médico* (9-octubre-98) a propòsit del Dia Mundial de la Salut Mental denunciava com "les normes que sancionen els drets humans dels pacients mentals són escassament conegudes pels professionals. A més es vulneren sistemàticament al nostre país".

Al febrer de 1999 fou empresonat el gerent d'un psiquiàtric de Lleó, per robar als malalts (el fiscal l'acusa de buidar les seves llibretes d'estalvi), el mateix hospital on uns anys abans (1991) una investigació periodística havia mostrat... "malalts lligats als seus llits dia i nit o embolicats amb camises de força, electroxocs arbitràries..."

<sup>10</sup> Durkheim;E. *De la division du travail social/* (1893), */Les règles de la méthode sociologique/* (1895)

<sup>11</sup> Hernández Monsalve, M; "La Psiquiatria Comunitaria" *Publicat com capítol del llibre: Imágenes de la Psiquiatria Española. Asociación Mundial de Psiquiatria. Ed. Glosa. Barcelona 2004; pàg: 585-602 . Una mostra de la història d'Espanya recent sobre psiquiatria comunitària on per descomptat no s'esmenten les CCTT.*

<sup>12</sup> Huertas García-Alejo, R: *Comunitat de Gheel i los canónigos de Santa Dimphne (Bélgica; mitjans segle XIX)* R.AEN. Vol. VIII. N.O 25.1988



l'experiència de Dederich amb Synanon en seus "Llocs de Vida" per a marginats – drogodependents i els posteriors programes DAYTOP, que van assumir diversos dels seus postulats, incloent la "confrontació en grup", però es van distanciar de l'"aïllament de per vida".

### 1.3 – Les Comunitats Terapèutiques a Espanya.

Des de 1979 al 84 es produeix una eclosió de Centres Assistencials per a drogodependents a Espanya, fins a superar els 300. D'aquests, més d'un centenar es definien com CT, representant la part més substancial de l'assistència que es donava a Espanya i eren destinades, quasi exclusivament, a persones addictes a la heroïna.<sup>13</sup>

La moderna i professional CTD espanyola mai va pretendre ser "Lloc de Vida", a l'estil Synanon de Dederich

El model "Daytop" arribà a Espanya des de diferents propostes, pel desenvolupament natural d'auto-ajuda (AA.AA) amb escassa participació de professionals, que van determinar de manera indirecta, però per la seva eficàcia i baix cost, uns models generals d'organització que encara avui s'observen amb modificacions, en moltes CTD; les quals s'han anat professionalitzant, ja sense el "fantasma de l'heroïna-prohibició", combinant diferents enfocaments psico – pedagògic – soci – terapèutics, al servei de Persones que fracassen en els seus tractaments ambulatoris o pateixen infermetats associades (patologia dual o múltiple) i requereixen d'internament temporal en un medi protegit, integrats en xarxes autonòmiques.<sup>14</sup>

Cal destacar a més que no va significar per a les noves organitzacions espanyoles l'adhesió teòrica lineal als postulats DAYTOP ni als "Llocs de vida" proposats per Dederich, ja que les CT dels anys 86 avaluades, creades en la seva immensa majoria entre 1979-1986<sup>15</sup> – exceptuant a les iniciatives evangèliques – van nàixer d'acord a postulats professionals de diferent signe; van impulsar la creació de xarxes públiques i es van desenvolupar entre la indiferència i el rebuig de les autoritats del PNSD seguint els seus diferents fonaments teòrics que encara persisteixen i els continuen donant sentit o "personalitat institucional" en l'entramat assistencial del segle XXI.<sup>16 17</sup>

En aquest període, a Espanya, es produeix un canvi quasi únic a Europa: el procés de diferenciació del sector de les CCTT professionals respecte de les no professionals i l'impuls de l'associacionisme.

L'any 1986 es constitueix **l'Associació de Professionals de CC.TT. (APCTT)** que propugna un model de CT professional en base als següents principis (APCTT 1989):<sup>18</sup>

<sup>13</sup> Larraña, E; "1985 - Las Drogas como problema social: tipologías y tratamiento". *Reis* 34/86 pàgs 83-109

<sup>14</sup> - Llorente del Pozo; M; Fernández Gómez, C. "Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro" *Revista "Adicciones"*, 1999; Vol11 Núm.4 Pàgs: 329-336.

<sup>15</sup> Rodríguez Cabrero, G; Comas Arnau, D: "La integración social de drogodependientes"; *PNSD 1988 (Estudio 1986-87)*

<sup>16</sup> Es va reflectir a les CTD espanyoles tot el ventall de tendències psico-socials que s'havien demostrat útils en el tractament de les addiccions: Grups de confrontació"; abordatges psicodinàmics; tècniques procedents de la psicologia cognitivo – conductual i psico – pedagògic – laboral, enteses com a pas per a la reinserció i integració social.

<sup>17</sup> - Hernández Monsalva; M; "La Psiquiatria Comunitaria". *Capítol del llibre "Imágenes de la Psiquiatria Española – Asociación Mundial de Psiquiatria"* de. Glosa – Barcelona 2004 pàgs: 585-602.

<sup>18</sup> Comas D.1993 "Asociación de profesionales de Comunidades Terapeuticas para toxicómanos. San sebastian. APCTT

- la definició del concepte de "professional",
- l'acceptació de les directrius "científiques" en la pràctica assistencial, en especial les directrius terapèutiques i pedagògiques
- l'existència d'un equip multidisciplinar, diferenciat del grup de residents i amb contracte laboral
- Programa assistencial descrit, clar, obert i en permanent revisió
- Criteris de diagnòstic, admissió i alta
- Existència de protocols mèdic, psicològic i social
- propiciar la formació dels propis professionals
- Sistema d'avaluació de resultats i anàlisi autocrític
- Col·laboració amb programes de tractament ampli i global
- Temps limita d'estada del resident a la CT
- Propòsit d'integració d'aquest a la vida social comú
- respecte estricta als drets dels usuaris
- obrir un debat sobre l'ètica de les CCTT
- Control objectiu i garantit de l'abstinència de drogues d'abús
- Inexistència d'adoctrinament ideològic

L'APCTT també va elaborar el primer sistema d'homologació de les CCTT professionals,<sup>19</sup> així com el sistema estandar d'avaluació i seguiment.<sup>20</sup>

Aquest moviment associatiu va representar el primer referent professional, tan per l'administració com per las institucions, del model, així com l'assumpció de criteris clars de professionalitat en el sector.

Les CC.TT. actuals han desenvolupat i evolucionat molt significativament respecte als seus orígens històrics; tot i això, el terme CT resulta genèric i poc precís, aplicant-se a una gran varietat de institucions residencials, de titularitat pública o privada, que han aconseguit en algun dels casos un alt grau de sofisticació. Un respectable número d'aquestes manté com a referent el model de CT tradicional Americà, mentre que d'altres mes professionalitzades, han adoptat models alternatius, combinant la auto-ajuda amb postulats de l'atenció individualitzada en salut mental, morbiditat mèdica, qualitat<sup>21</sup> i serveis assistencials comunitaris.<sup>22</sup>

#### 1.4 - Evolució de les CCTT a Catalunya

Les CCTT sorgeixen per iniciativa del moviment associatiu com a resposta, en temps real, al problema de les drogodependències als inicis dels anys 80; donant una atenció atomitzada i amb recursos precaris. No existia la coordinació formal entre centres, ni consens de programes, ni es compartien experiències. Cada centre aplicava la seva pròpia metodologia i filosofia d'intervenció.

<sup>19</sup> Comas,D; 1994. "Criterios y normas para la homologación de Comunidades terapeuticas Profesionales para toxicómanos".Barcelona. APCTT

<sup>20</sup> CarronJernandez C;Llorente,J.M. 1995. "Sistema estandar de evaluación de la APCTT".Barcelona. APCTT

<sup>21</sup> Martín,J; Fernández Gómez C: 1996 "Indicadores de calidad en CTD".

<http://www.google.es/indicadores de calidad en Comunidades Terapéuticas>.

<sup>22</sup> - Aramendi Jauregui, P: 2005."La inserción laboral de las personas con problemas de drogas". <http://tecnologiaedu.us.es/formaytrabajo/Documentos/aramendi.pdf>





A Catalunya, com a la resta de l'estat Espanyol no hi havia cap legislació Autònoma, fins que el Parlament va aprovar la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.

Aquesta llei que va ser pionera a l'Estat, tenia com a objecte "establir i regular les mesures i les accions que han de permetre una actuació efectiva de les Administracions públiques de Catalunya en el camp de la prevenció i l'assistència de les situacions a què donen lloc les substàncies que poden generar dependència a fi de coadjuvar a l'esforç solidari de tota la societat per millorar l'atenció social i sanitària de les persones afectades per la problemàtica generada per l'ús o l'abús d'aquestes substàncies".

Es dona per suposat que en tot el referent a les actuacions des de la vessant sanitària sobre "substàncies que afecten els estats de consciència" no podia ser abordat pel Parlament, ja que aquestes competències sempre les mantingué l'Estat, havent-se creat al 1986 l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (OTD) que exercia les funcions de planificació i programació derivades del desplegament d'aquesta llei en el marc del PNSD i d'enllaç de coordinació estatal, aleshores modificada per les lleis 10/1991, 8/1998 i 1/2000.

L'any 1986 també es constitueix la Comissió de Coordinació i de Lluita contra les Dependències de Drogues que pretén donar resposta a la necessitat de desenvolupar una acció coordinada entre els diferents departaments del Govern i les administracions locals. Aquesta Comissió exerceix les funcions de planificació i programació del desplegament de la llei i dins de l'àmbit estatal es coordina amb el Pla Nacional sobre Drogues.

Al 1987 l'Òrgan Tècnic de Drogodependències rep l'encàrrec d'elaborar un Pla d'actuacions aprovat pel Consell Executiu i presentat en comissió al Parlament de Catalunya que determina un conjunt de propostes d'actuació coordinades entre les diferents administracions de Catalunya per prevenir les drogodependències i facilitar assistència i rehabilitació a les persones afectades.

Dins de l'àmbit estatal es coordina amb el PNSD, que el finança en part. Ambdós plans volien ser una resposta de l'Administració a la forta exigència social de resoldre el problema del consum d'heroïna, encara que el Pla de Catalunya es dirigeix a totes les drogodependències i considera els problemes relacionats amb l'alcohol i les drogues des d'una perspectiva de salut pública. Si bé a una part considerable del territori Espanyol l'atenció a les drogodependències es va assumir des de la Xarxa de Salut, a Catalunya es constitueixen dues xarxes paral·leles: la Xarxa de Salut Mental i la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD).

La XAD queda així integrada per centres dependents de diversos organismes (administracions locals, organitzacions no governamentals, Institut Català de la Salut), les seves activitats estan coordinades per l'Òrgan Tècnic i amb la col·laboració del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

A nivell funcional, la XAD queda estructurada en quatre nivells assistencials:

- Primer nivell. Atenció primària sanitària i social. (diagnòstic de la detecció precoç i de consumidors de risc)
- Segon nivell. Centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS).<sup>23</sup> Ofereixen tractament especialitzat en regim ambulatori. Estan integrats per equips

<sup>23</sup> Al principi, aquests centres estaven sectorialitzats a partir d'una base geogràfica comarcal.



- multi-disciplinaris i dissenyen un programa de tractament que pot incloure la utilització d'altres dispositius especialitzats de la XAD.
- Tercer nivell. Unitats hospitalàries de desintoxicació, Comunitats Terapèutiques.
  - Quart nivell. Centres i programes de reinserció.

A nivell de finançament, la XAD pertany al Departament de Salut, excepte les CCTT i els programes de reinserció, que estan subvencionats pel Departament d'Acció Social (ICASS). Aquest serà un tema que influirà en la pròpia evolució d'aquests dispositius.

Fins a la regulació del sector d'atenció de les drogodependències a Catalunya, que es va dur a terme amb la formació de la Xarxa de drogodependències (XAD), hi havia certa confusió sobre "Què era i què no era una C.T.", els equipaments residencials existents provenien, com s'ha dit, de diferents àmbits i filosofies.

Partint d'aquestes premisses – diferents orígens i concepcions filosòfic – científiques de diferent signe, tal com s'han enunciat al llarg de l'exposició, les CCTT de Catalunya van observar una tendència cap a la professionalització, sense deixar de banda els seus postulats centrats en el valor del Grup i l'Experiència com agents normalitzadors i la intervenció professional multi-disciplinària, i s'obrí el camí cap al compromís de la persona en el seu procés de canvi, rehabilitació i integració social.

- Model professional centrat en la Persona

Des de l'inici van partir dissenys i plantejaments teòrics professionals, alguns més considerats i uns altres menys. Amb uns programes de curta o mitja estada, on es treballava amb el drogodependent com a responsable del seu propi procés, de l'objectiu final i compartit en sortia la reinserció o inclusió social dels mateixos.

Les entitats que resten actualment com a dispositius de la XAD, han nascut professionals o han fet canvis cap a un model professional, encara que el seu origen hagi estat un dels abans esmentats.

L'any 1998 es fa el primer intent de sistematitzar des de les entitats i l'ICASS, l'elaboració d'una "Cartera Mínima de Serveis", publicada l'any 2001. Es quan es defineix la Missió, la Visió i els Valors i s'indiquen els elements mínims amb els que ha de comptar i oferir una CT que es consideri professional d'acord al Document de suport nº 2 Serveis. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya.

Es funda la Coordinadora de CT i PR amb, entre altres, els següents objectius:

- Promoció i desenvolupament d'aquests dispositius com a modalitat d'atenció i tractament professional
- Col·laboració i cooperació amb l'administració en la funció pública d'atenció als drogodependents, així com amb la determinació de les estratègies, plans i polítiques al respecte.
- Desenvolupament de la recerca, del treball científic i de la qualitat; promoció de tot tipus d'estudis dels nostres serveis per contribuir a l'eficàcia en la gestió i sostenibilitat dels mateixos...
- Constituir-se en grup de defensa dels interessos del sector de les CT i PR per a drogodependents.



- Compromís de defensa i d'aplicació de la Cartera de Serveis Mínims... Adequar els costos dels serveis i els seus programes i optimitzar la forma de contractació dels nostres serveis amb l'administració.

El 28 de febrer de 2006 s'aprova el Pla Director de Salut Mental i Addiccions, presentat pel Departament de Salut i elaborat amb la participació de tots els Departaments implicats: Acció Social i Ciutadania, Justícia, Treball, Educació, i Salut.

Aquest Pla defineix els objectius fonamentals per establir les intervencions i accions prioritàries que cal dur a terme per part del sistema sanitari i altres institucions implicades.

## 2. SITUACIÓ ACTUAL. NECESSITATS DETECTADES

### 2.1 - Indicadors de Qualitat.

La tendència observada en l'Administració entre el 2007-2010 ha tendit cap a la regulació del sector, promovent estudis de Qualitat per a totes les CTD que s'integraven en la Xarxa Pública d'Atenció a Drogodependents de l'ICASS amb l'objectiu d'arribar al final de la primera dècada del segle, concertar serveis, seguint l'acordat deu anys abans per a les residències assistides de Tercera Edat i ajustades a la Llei de Serveis Socials de Catalunya.

Com a resultat d'aquests acords i estudis, es van consolidar indicadors de Qualitat a totes les entitats de la XAD i es van desenvolupar protocols d'intervenció d'obligada revisió periòdica, centrats en els drets de la Persona.

Malgrat tot, aquest procés no va passar de ser un "inici", ja que les actuacions de control i seguiment "extern" previstes i posteriors, es van suspendre; probablement per manca de recursos econòmics a raó de la crisi que afecta a tots els estaments de la nostra Administració Pública. No obstant, les entitats integrades a la Coordinadora de CCTT i PPRR no han deixat de treballar per unir criteris i per la millora de la qualitat dels seus serveis, havent elaborat propostes a més de participar en diferents fòrums de debat en el marc de la FCD, Taula Tercer Sector, etc.; sent en l'actualitat l'espai dins del "Tercer Sector" on millor es coneixen i interactuen els seus integrants.

### 2.2 - Marc normatiu legal - Contradiccions.

Actualment, a Catalunya, l'autorització administrativa de les CC.TT. l'atorga el Departament de Salut de la Generalitat i s'inscriuen – per partida doble- en el Registre corresponent del Departament d'Acció Social i Ciutadania. Igualment la vigilància pel manteniment de les condicions mínimes dels serveis i l'atenció de queixes i reclamacions corresponen, també, al servei d'inspecció del Departament de Salut.

Per altra banda, per poder rebre finançament i/o subvencions de l'Administració (ICASS), les Comunitats Terapèutiques han d'estar inscrites en el Registre d'Acció Social i Ciutadania.

Fins ara, no existeix el reconeixement administratiu de la tipologia de servei "Comunitat Terapèutica" a Catalunya, almenys com a denominació en les autoritzacions de l'Administració. Les CC.TT., per part del Departament de Salut, són "llocs socio-sanitaris", amb la tipologia de "centres residencials d'assistència a les persones drogodependents".





Actualment hi ha a Catalunya 32 centres autoritzats amb aquesta tipologia, dels quals 19 reben finançament del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Actualment hi ha diversitat de tipologies, nomenclatures i normatives dels dos departaments, aplicables a les CC.TT. i sense que cap d'elles s'acostin i/o intentin reflectir els aspectes propis i distintius de la metodologia d'intervenció de las CT de professionalitat consensuada, a més del cert confusionisme ja citat, ha propiciat que determinats centres i serveis s'hagin pogut acreditar i registrar com a "Comunitat Terapèutica" només acomplint els requisits bàsics exigits a qualsevol tipus de centre residencial per a drogodependents, encara que la seva finalitat sigui diferent (llars d'acolliment, psiquiàtrics, etc.) i les metodologies siguin d'altres tipus (assistencialistes, biomèdiques, de contenció o custòdia), sense tenir els mínims proposats per Jones o en la línia de les directives més recents de la UE.

### 2.3 – D'acord amb les poblacions assistides i els resultats.

Les característiques de la població de drogodependents que normalment s'atén a les CC.TT. venen determinades per la conjunció simultània en un mateix individu de diverses simptomatologies i problemàtiques tant de tipus comportamental, emocional, cognitiu com social, d'adaptació i ajustament al seu entorn i a la apropiada imatge, així com també psicològic-psiquiàtric i inclús de tipus mèdic-somàtic.

La quantitat i el grau d'importància d'aquestes simptomatologies i/o trastorns varien d'un individu a altre però comparteixen entre sí la seva llarga evolució i la distorsió i/o deteriorament ocasionat en les seves capacitats i estils de maneig amb l'entorn. Solen estar força minvades les capacitats d'autocura i, especialment, les capacitats de control de d'impulsivitat i de relació adequada amb l'entorn, així com també sol estar afectats o força disminuïts el sentit gregari social i el sentiment de pertinença en general.

Com a conseqüència de tot això, i sobretot en quan es tracta d'addiccions per substàncies il·legals, els sol caracteritzar també uns hàbits i estil de vida fortament impregnats pels valors propis la subcultura de la drogoaddicció o dels àmbits on han desenvolupat i afermat la seva conducta addictiva, a més del baix nivell de qualitat de vida conseqüent.

Les dificultats per assolir responsabilitats i compromisos, tant en l'esfera personal, social com laboral, a més del patiment, el desarrelament i les conductes inapropiades i fins i tot autodestructives a curt o llarg termini, solen ser també algunes de les característiques d'aquesta població.

Quan l'individu es troba en un estat avançat del seu procés de drogodependència i les diferents àrees d'adaptació, de relació i de maneig amb el seu entorn comencen a estar seriosament afectades i apareix un quadre de dissocialització, acostuma a ser necessari una atenció integral de la persona en règim d'ingrés en Comunitat Terapèutica, ja avui dia és l'únic model de tractament que possibilita un abordatge suficientment ampli per donar una resposta terapèutica multifactorial que abasti, de manera simultània, la major part dels aspectes a modificar en el subjecte.



## 2.4 - Sobre la informació de les CTD a la Xarxa Pública.

El temps de crisi i l'atur fan preveure una ocurrència d'addiccions a substàncies il·legals per sobre de les taxes observades en l'últim decenni, amb la qual cosa, els dispositius de la Xarxa no poden quedar restringits als serveis ambulatoris, a la reducció de danys i als programes de substitució amb metadona.

Entre els mateixos professionals del sector (CAS, Unitats Hospitalàries, etc.) hi ha força desconeixement i confusió respecte el que és, què s'hi fa, com i per a què serveix una C.T.D. que situen encara el concepte de "granja" o organització "total i segregadora".

La qual cosa provoca no poques vegades mals entesos i demandes a les CT fora de la seva missió i/o possibilitats, tant material com "normatives" com metodològiques. De vegades les demandes prioritzen:

a - La cobertura de necessitats socials bàsiques que causen "emergències" afegides en els usuaris i que, en realitat no justificarien la intervenció – metodologia de la CT, i justificarien tant sols les cobertures mínimes que exigeix la normativa per un altre tipus de servei (albergs, centres d'acollida immediata, unitats psiquiàtriques, etc.)

b - Situacions de perill social com alternativa a condemnes de presó sense expressa determinació de la persona addicta i amb dubtosa consciència de canvi. .

c - Fracassos successius d'intervencions ambulatories, quan les persones mostren afectacions greus i secundàries a la seva addicció amb anys i anys d'evolució ininterrompuda.

d – Necessitats de contenció psico-farmacològica per estances fracassades en centres psiquiàtrics.

e - En les etapes de reintegració al medi social, tampoc hi ha recursos contundents per a completar el treball realitzat durant mesos a la CTD. Molts dels recursos a l'abast, els han proposat i es van fer realitat per iniciativa de les entitats que gestionen les mateixes CTD, ja que, des de la xarxa de CAS i Serveis Socials Municipals, manca fins i tot temps per garantir un seguiment psico-social de mínims.

Això més aviat reflecteix les mancances de l'oferta assistencial d'altres tipologies de serveis, diferents de la CT, no tant orientats al tractament de conductes addictives amb trastorns de personalitat, si no d'emergències soci-sanitàries com de recursos per les sortides .

## 2.5 - Propostes:

2.5.1 -Adequació de totes les CT a la Llei de Serveis Socials de Catalunya, establint un temps de recorregut i inversions que possibilitin el registre de totes les entitats dins la normativa vigent.

2.5.2 -Ampliar les dotacions i prestacions de les CC.TT. amb algunes d'aquestes cobertures bàsiques per a persones que les necessitin d'acord a Llei, com s'ha fet per a tractaments de deshabitació a Metadona, i amb els pisos de reinserció, sempre entesos com a elements reforçadors i de benefici del tractament però, mai com a objectiu principal en si mateix per la CTD.

2.5.3. - Diagnòstic i tractament de persones amb patologia múltiple amb cobertura d'altres necessitats que las CTD han abordat sense reclamacions i molt esforç, ja que les persones amb trastorns per drogodependència presenten habitualment alteracions psicològiques i/o psiquiàtriques de difícil diagnòstic en medi obert, de manera que el tractament en Comunitat Terapèutica, on es garanteix l'abstinència al consum, ofereix una eina molt vàlida per a realitzar i reavaluar al temps:

- psicodiagnòstic més ajustat, que serà una peça clau en els èxits i/o modificacions del Pla Terapèutic Individual a persones que presenten trastorns amb l'Eix I del DSM IV-R per abús i dependències de substàncies psicoactives, a més de trastorns de Personalitat associats (Eix II - Patologia Dual)

- Intervenció per l'Eix IV desequilibris socio-familiars i laborals; abordats des de la confecció consensuada del PTI dins les CTD professionals i en permanent reelaboració .

2.5.4. Coordinació acurada de CT i PR amb la Xarxa CAS del ICS, els hospitals i Xarxa Bàsica de Serveis Socials per intervencions coordinades de prevenció primària i secundària, lo mateix que d'acord a les fases del procés col·lectiu i individualitzat. Cal per aquest extrem es compte al suport de dels departaments implicats.

## 2.6 – Reptes.

Prenem les paraules de la Delegada de Govern al PNSD presentant el programa "2009-2016":

*...“La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 <sup>24</sup>rechaza la imagen normalizada del consumo de drogas nacida de su asociación con el ocio, se pronuncia por la normalización de la asistencia al consumidor y la garantía de la asistencia sanitaria con el establecimiento de un circuito terapéutico en directa conexión con los servicios sociales y los laborales, por la incorporación de la prevención de las drogo-dependencias a la agenda de salud, la mejora de los programas de disminución del riesgo y los de reducción del daño, la mejora de la atención específica a la patología dual, la priorización de programas en ámbitos sensibles como prisiones o los dirigidos a poblaciones vulnerables en riesgo de exclusión social. Y, finalmente, aboga por la instauración definitiva de la cultura de la evaluación, del fomento a la investigación y por la mejor y más inmediata transferencia de los resultados a la práctica clínica.”...*

Carmen Moya García  
Delegada del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues.

## 3. MARC TEÒRIC DE LA INTERVENCIÓ

---

El marc teòric de la CT té un referent comportamental i un referent democràtic: Intenta aconseguir l'equilibri entre la direcció de la conducta i l'organització d' autonomia i de competències individuals dels usuaris.

---

<sup>24</sup> Butlletí Oficial de l'Estat del 13 de febrer de 2009, mitjançant resolució de 2 de febrer de 2009, de la Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues, per la que es publica l'Acord del Consell de Ministres pel qual s'aprova l'Estratègia Nacional sobre Drogues 2009-2016.

Es nodreix de:

1. El model de CT americana, estructurat i normatiu, més pròxim a la modificació de la conducta.
2. Les idees i el context de la CT en el marc democràtic anglès, basades en la psiquiatria comunitària i l'aprenentatge social (Maxwell Jones, 1970).
3. Els grups d'ajuda mútua.
4. El model Comunitari i les metodologies d'intervenció comunitària en col·lectius territorialment localitzats i amb problemàtiques compartides entre els seus membres.
5. Model Bio-Psico-Social tan des del punt de vista de la comprensió fenomenològica com des del d'intervenció assistencial

La drogodependència al considerar-se un fenomen multicausal i multidimensional sovint requereix també d'un abordatge igualment múltiple, que permeti una intervenció simultània en les diferents àrees a tractar. Bona part d'aquesta multicausalitat es d'etiologia "interna", es a dir, producte de mancances, d'aprenentatges erronis, etc. de la pròpia persona, però no poques son de causalitat "externa" (estímuls ambientals, relacionals, etc.) difícils d'aportar a consulta pel seu anàlisi i diagnòstic i més difícils encara d'abordar i tractar simultàniament als altres factors "interns".

#### 4. DEFINICIÓ DE COMUNITAT TERAPÈUTICA: EIXOS ESPECÍFICS DE LA INTERVENCIÓ

##### 4.1. Definició del Servei:

La Comunitat Terapèutica és un recurs assistencial professionalitzat que, emmarcat dins l'assistència terciària a la salut, proporciona serveis especialitzats de tractament, que donen continuïtat i complementen les intervencions terapèutiques iniciades en l'Atenció Primària/Secundària de Salut. Intervé en el procés terapèutic de rehabilitació de drogodependents quan es precisa una intervenció més àmplia, intensiva, i dilatada del malalt, incidint sobre la seva conducta addictiva, els seus problemes psicossocials, els trastorns emocionals i relacionals, i sobre els comportaments socials quan, per la seva magnitud i/o cronicitat, fracassa o no n'hi ha prou amb el seu abordatge en règim ambulatori. En essència, la C.T. és la reproducció d'un espai social construït amb la finalitat terapèutica de proporcionar als seus usuaris, un tractament integral que afegeix a les intervencions tradicionals la potència reeducadora de l'experiència participativa en la vida comunitària, experiència orientada a aconseguir el control i l'extinció de les conductes addictives.

Són aspectes característics d'aquest tractament comunitari:

- Intervenció psicoterapèutica individual, entesa com el tractament de l'estat psíquic de l'usuari, mitjançant la relació dual entre aquest i el psicoterapeuta, així com el conjunt de tècniques, pautes, compromisos i feines que s'en deriven
- Èmfasi en el grup, la cohesió grupal i les interaccions entre els seus membres per promoure l'aprenentatge social

- Participació activa del pacient en el desenvolupament del seu propi tractament amb seguiment proper i quotidià de la seva evolució
- Intervenció socioeducativa, entès com el procés d'ajuda i assistència que es deriva de la intervenció professional
- La teràpia ambiental, entesa com a diferents elements del medi que incideixen com a estímul positiu i d'efectes potencialment terapèutic
- La teràpia ocupacional i el temps programat d'oci, fonamentalment la utilització del treball i de l'activitat i creativitat personal, amb finalitat educativa, terapèutica i integradora
- Intervenció bio-mèdica-psiquiàtrica individualitzada des de l'ingrés fins l'alta amb suport i control de medicació que inclou la coordinació amb professionals sanitaris externs.
- L'existència d'una cultura institucional pròpia i distintiva que, com a conjunt de creences, actituds i pautes de conducta, regulen la quotidianitat de la C.T. proporcionant cohesió i sentit comunitari dels seus membres i que, a la vegada, actua com a primer model personal i social de conducta i de valors, vàlida per a substituir els hàbits i pautes de conducta vinculades al llarg del període d'addicció.

#### 4.1.1 Objectius

##### Objectiu general:

Oferir a l'usuari un espai comunitari en règim residencial estructurat amb finalitat terapèutica orientat a aconseguir l'extinció de les conductes addictives i la posterior incorporació de conductes adaptatives que facilitin la integració social de forma autònoma.

##### Objectius específics:

- Aconseguir l'estabilització emocional del resident
- Identificar les necessitats individuals i planificar el seu abordatge (aspectes relacionals, de maneig personal amb l'entorn, d'autocura i autoexigència, de salut física i psíquica, així com també aspectes laborals, socials, etc.)
- Adquirir i consolidar hàbits saludables
- Adquirir i desenvolupar el sentiment de pertinença
- Acceptar i integrar el concepte de límit (normativa, horari...)
- Extingir del patró de conducta addictiva, adquisició de nous valors i comportaments (tolerància a la frustració, aplaçament de les satisfaccions immediates, capacitat d'esforç i planificació)
- Adquirir i mantenir noves responsabilitats i compromisos

- Augmentar la consciència de problema, la motivació i l'acceptació cap el canvi
- Adquirir noves habilitats socials que facilitin una adequada relació amb l'entorn
- Participar activament en el propi procés de canvi
- Adquirir estratègies i fomentar les seves capacitats personals, dirigides a potenciar la seva autonomia en totes les activitats de la vida diària
- Potenciar l'autoconeixement
- Incorporar el treball psicoterapèutic com a eina de canvi.

#### 4.2. Necessitats d'atenció

La drogodependència és l'exteriorització d'un trastorn psíquic que afecta a la globalitat de la persona amb el deteriorament consegüent en les seves dimensions psíquica, físiques i socials, el qual, deixat a la seva natural evolució s'observa un transcurs tòrpida de seqüeles importants fins irreversibles.

Per un costat, tenim els efectes que produeix la pròpia substància que sovint causen gran deteriorament a nivell físic, psíquic socioeconòmic i social, deixant seqüeles importants .

Però no podem oblidar que l'addicció és a més de malaltia -en tant s'allunya dels patrons acceptats de consum- un símptoma d'un altre malestar preexistent que requereix el diagnòstic i tractament dels seus factors desencadenants. El seu abordatge i elaboració en un medi lliure de substàncies possibilita consolidar un procés de canvi cap a l'abstinència estable.

Aquest abordatge global de la toxicomania requereix d'una intervenció des del model bio-psico-social i educatiu, que sigui intensiva i des de la quotidianitat.

Per això les C.T. des de la seva vessant de construcció d'una micro-societat on s'acaben reproduint els models i comportaments individuals, posant en manifest les principals dificultats de cada persona, permet així la intervenció terapèutica grupal i individual des de les diferents vessants (psicològica, sanitària, educativa, relacional...).

La drogodependència és definida l'any 1964 per l'OMS com: "..... l'estat psíquic, i a vegades físic caracteritzat per un conjunt de respostes comportamentals que inclouen la compulsió a consumir la substància de forma continuada amb la finalitat d'experimentar els seus efectes psíquics o, en ocasions, d'evitar la desagradable sensació que produeix la seva carència. Els fenòmens de tolerància poden o no estar presents. Una persona pot ser dependent de mes d'una substància".

Per un altre costat, en el DSM IV marca els criteris per a la dependència de les substàncies quan es produeix l'existència d'un patró desadaptatiu de consum de substàncies que comporta un deteriorament o malestar clínicament significatiu, expressat per tres (o més) dels ítems següents, en algun moment d'un període continuat de dotze mesos.

➤ tolerància, definida per qualsevol dels següents ítems:

- una necessitat de quantitats marcadament creixents de la substància per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat
- l'efecte de les mateixes quantitats de substància disminueix clarament amb el seu consum continuat.

➤ abstinència, definida com qualsevol dels següents ítems



- la síndrome d'abstinència característic per a la substància
  - es pren la mateixa substància (o una molt semblant) per alleujar o evitar els símptomes d'abstinència
- 
- la substància es consumeix en quantitats més grans o durant un període més prolongat del que originalment es pretenia.
  - existència d'un desig persistent o esforços infructuosos per controlar o interrompre el consum de la substància
  - la utilització de molt temps en activitats relacionades amb l'obtenció de la substància (per exemple, visitar diversos metges o desplaçar llargues distàncies), en el consum de la substància o en la recuperació dels seus efectes
  - reducció o abandonament d'importants activitats socials, laborals o recreatives degut al consum de la substància.
  - es continua consumint la substància malgrat tenir consciència de problemes psicològics o físics recidivants o persistents que semblen causats o exacerbats per l'ús de la substància.

Alguns dels principals criteris de derivació a CT són:

- necessitat de contenció
- procés reiterat de tractaments ambulatoris sense èxits rellevants
- necessitat d'allunyament de l'entorn
- desestructuració familiar
- desestructuració d'hàbits bàsics i/o socials

No podem oblidar que la drogodependència és un trastorn que pot ser secundari a altres trastorns. Per aquest motiu és bàsic intervenir en els factors associats a l'inici i manteniment de la conducta addictiva, prevenint així que amb el temps es repeteixi el problema amb la mateixa o altres substàncies d'abús.

Però no tots els drogodependents han de fer tractament en una CT. Hi ha persones que obtenen bons resultats en programes de tractament ambulatori

#### 4.3. Principis de la intervenció:

Les CC.TT. des de la seva particularitat de micro-societats on s'acaben reproduint els models i comportaments individuals, i on es posen en manifest les principals dificultats de cada persona, permeten la intervenció terapèutica grupal i individual, de forma simultània des de les diferents vessants (psicològica, sanitària, educativa, relacional...) Aquesta simultaneïtat d'intervencions dins un mateix marc global que proporciona coherència i elements reals i compartits de treball, d'evolució i de canvi personal dins un mateix context comú, és la base del model comunitari d'intervenció característic de les CC.TT.

Tal i com queda recollit al Manual de Bones Pràctiques<sup>25</sup>, i tenint en compte la definició de la OMS que contempla la salut com un estat complet de benestar físic, mental i social, els principis que orienten totes les intervencions en la CT es poden resumir en els següents punts:

- Atenció centrada en la persona: tenint en compte que cada persona és única i diferent, la planificació de la intervenció ha de partir d'una avaluació acurada de les seves necessitats i potencialitats, així com de l'avaluació del seu entorn.
- Inclusió comunitària: cal disposar i desenvolupar programes que prevegin la implicació i participació en el teixit social
- Capacitat d'escollir: tota intervenció ha de contemplar el dret i la responsabilitat de les persones d'escollir com ha de ser la seva vida, i de participar de manera activa en la presa de decisions que li afecten.
- Diversitat: la intervenció ha d'estar planificada perquè arribi a totes aquelles persones que se'n poden beneficiar, sense cap mena de discriminació per raons de gènere, raça, religió, creença o filiació de naturalesa política.
- Flexibilitat: en la mesura del possible, cal adequar la intervenció a les necessitats de cada persona, tenint en compte les línies del Programa Terapèutic de cada centre i del Reglament de Règim Intern.
- Funcionalitat: la intervenció ha d'estar dirigida a la millora dels dèficits i mancances de cada persona, afavorint el seu desenvolupament personal integral incloent els aspectes biomèdics i la mobilitat reduïda.
- Qualitat de vida: el procés terapèutic ha d'afavorir la qualitat de vida de les persones ateses a la sortida del centre. Aquest ha de ser resultat clau de la intervenció; ha de ser l'objectiu de la intervenció.
- Qualitat: la intervenció ha de tenir un ànim de millora permanent, disposant d'instruments per a detectar dèficits i establint d'estratègies de millora.
- Treball interdisciplinari: la intervenció ha d'anar dirigida per un equip multidisciplinari que treballi de forma interdisciplinària i es coordini -interns o externs- amb els altres agents o serveis que es requereixen per tal de poder fer l'abordatge i tractament ampli de la persona.

#### 4. 4. Perfil d'usuari

Persones de 18 a 65 anys, amb un problema de conducta addictiva (generalment policonsumidors d'alcohol i cocaïna) que necessiten d'una intervenció ampla i intensiva des de les diferents vessants (psicològica, sanitària, educativa, relacional...).

Segons el tipus de CT

---

<sup>25</sup> ("Bones pràctiques: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències" Col·lecció Eines; 3. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials)

INTENSIVA/ PSICOTERAPÈUTICA	EXTENSIVA/SOCIOTERAPEUTICA:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consum inicial i/o cronificat</li> <li>• Edat mitja 30 anys aprox.</li> <li>• Pot haver desestructuració social, familiar i laboral o no.</li> <li>• Possibilitat d'inserció laboral a mig termini.</li> <li>• Sol existir suport familiar i/o social.</li> <li>• Capacitats cognitives més conservades</li> <li>• Possibles patologies mentals associades (sempre que permetin el seguiment del programa).</li> <li>• Major nivell de motivació.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consum cronificat.</li> <li>• Edat mitja 45 anys aprox.</li> <li>• Important desestructuració social, familiar i laboral.</li> <li>• Poques perspectives d'inserció laboral a curt i mig termini.</li> <li>• Escàs o nul suport familiar i/o social.</li> <li>• Major deteriorament cognitiu, físic i social.</li> <li>• Presència de patologies mentals associades.</li> <li>• Sol haver un nivell menor de motivació cap al canvi d'estil de vida</li> </ul>

#### 4.5. Condicions d'admissió

Els requisits que ha de complir una persona per ser candidat/a a beneficiar-se d'un tractament a CT són:

Majors de 18 anys, indistintament del gènere.

- Amb capacitat i autonomia suficient per participar activament en les activitats del programa terapèutic.
- En cas de patologia psiquiàtrica, aquesta ha d'estar controlada i compensada.
- No tenir cap infermetat infecto-contagiosa en fase aguda.
- Voluntarietat per l'ingrés.

#### 4.6. Temps d'estada

El temps d'estada a la Comunitat Terapèutica comprèn una durada d'entre 6 i 18 mesos, en funció del programa terapèutic i de les necessitats individuals de cada resident.

## 5.- METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

---

### 5.a. FASES DE LA INTERVENCIÓ

En termes generals, podríem dir que les fases que componen un tractament de Comunitat Terapèutica són quatre des del dia del ingrés (sense comptar la fase prèvia de pre-admissió). Els temps que es relacionen a continuació responen a una estimació aproximada tenint en compte tant els centres que treballen amb processos terapèutics més intensius com els de caràcter més extensiu.

Pre-admissió: és la fase de valoració de l'adequació de la demanda dels usuaris al centre. Es fa una o varies entrevistes d'admissió que facilita la informació per a la primera valoració i es proporciona a les persones usuàries la informació necessària per a dur a terme l'ingrés. El temps és variable en funció de la llista d'espera.

- 1- Acollida i Adaptació: és el període d'integració de la persona al centre.
- 2- Deshabituaació: Des del primer dia d'estada al centre i inclou la fase anterior de Acollida i Adaptació. Acostuma a tenir una duració entre 1 i 3 mesos.
- 3- Rehabilitació: és la fase durant la qual es treballen a fons els objectius del PTI i pot durar entre 3 i 7 mesos.
- 4- Pre-reinserció: es treballen objectius de preparació de la sortida del centre i acostuma a durar entre 2 i 4 mesos.

La durada total del procés terapèutic a C.T. és de entre 6 mesos (les CCTT intensives) i 14 mesos (en les CCTT extensives), respectant sempre les particularitats de cada cas en concret.

#### 5 a1. PROCÈS DE PRE-ADMISSIÓ, ADMISSIÓ I ACOLLIDA A LA CT.

Un aspecte fonamental per tal d'assegurar un bon aprofitament del recurs és tenir definits els processos de pre-admissió, admissió i acollida al centre, així com els criteris d'exclusió, considerant les característiques dels usuaris atesos, la ubicació del centre i els recursos de què es disposa.<sup>26</sup>

D'aquesta manera es garanteix al màxim l'adequació de la persona al programa i es proporciona el context d'acolliment més favorable possible des del primer moment.

- Procés de pre-admissió i d'admissió:

Valorar l'adequació del tractament a Comunitat Terapèutica

- Les CC.TT. tenen clarament definits els criteris d'inclusió i d'exclusió al seu programa de tractament així com els diferents procediments i professionals que

---

<sup>26</sup> Manual de Bones Pràctiques per a CCTT i Pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències editat per l'ICASS l'any 2009

intervenen. Aquests criteris han ser suficientment coneguts pels professionals i centres derivadors.

- S'avalua l'estat mèdic, psicopatològic i la situació social i relacional de la persona, així com els trets i les característiques de personalitat més rellevants, i es recull la historiografia sobretot quant als aspectes més vinculats a la seva conducta addictiva. Per tot això, a més de les entrevistes, proves i qüestionaris diagnòstics s'utilitzen els informes i les recomanacions dels professionals derivadors que han intervingut anteriorment en el cas. Per tot això, a l'inici de la pre-admissió el candidat haurà d'aportar el Full de derivació de la XADC i els informes psicològics, mèdics, etc. del centre de referència derivador.
- També es fonamental que en les entrevistes de pre-admissió s'expliciti i s'expliqui en què consisteix el procés terapèutic a CT, tant des de la perspectiva de la participació i de l'esforç personal en el propi tractament com en lo referent a la normativa i RRI, de la forma més comprensible i ajustada a la persona.
- S'han de treballar les expectatives del candidat a ingressar i s'ha d'aconseguir un ajustament d'aquestes a la futura realitat i exigències del procés terapèutic a CT.
- La motivació i el compromís envers l'ingrés i les capacitats reals d'aprofitament de l'estada en el centre son aspectes clau per determinar l'idoneïtat d'accés al tractament en CT.

Conclusió del procés d'admissió:

1. En el cas de ser admesa la persona en el programa, es concreten data i altres condicions per efectuar l'ingrés a la CT.

El professional de CT es coordinarà amb el/la professional de referència que ha derivat el cas per tal d'informar-lo de com ha anat el procés, els acords presos i els termes de l'ingrés.

2. En el cas de no admissió del sol·licitant, aquest es retornarà al seu centre/professional de referència de la XAD.

➤ Ingrés al centre i acollida:

La CT te definit un protocol d'ingrés i d'acollida que especifica:

- Quan, qui i com es farà l'acollida de l'usuari a la CT, quina informació es facilitarà, la recollida de documents i pertinences que caldrà inventariar i que restarà en dipòsit, explicant degudament el perquè es fa.
- La lectura, signatura i lliurament del contracte terapèutic i del RRI, la signatura de les autoritzacions pertinents (LOPD, etc.), així com la entrega de la Guia d'Acolliment al Centre (en cas d'haver-ne).
- Documentació a presentar el dia de l'ingrés. Per l'ingrés a una CT de la XAD, a més dels informes de derivació i altres citats abans, cal aportar la següent documentació:
  - Anàlítiques de sang complertes de data no superior als 3 mesos anteriors.
  - Proba de PPD (Mantoux)
  - Pauta de medicació, si n'hi ha.
  - Medicació per a la primera setmana, si és el cas.
  - Documentació personal identificativa (DNI o passaport o carnet de conduir) i la TSS.

Sempre, en el moment de l'ingrés a la CT l'equip procedirà a un registre personal i de les pertinences personals per tal d'assegurar la no introducció al centre de substàncies d'abús i/o altres objecte interdicts durant el tractament (drogues, productes amb alcohol, medicació,



diners, etc...). S'explicarà el sentit i el perquè d'aquesta intervenció, que sempre es realitza amb el màxim de respecte.

Igualment, el centre té definit un protocol d'acollida per part del grup de residents.

El programa terapèutic de cada centre determina i defineix un període d'adaptació i de prova durant el qual l'equip terapèutic i el nou resident poden valorar millor l'adequació al recurs. Aquest període de prova acostuma a ser d'un mes a les CCTT. Si la valoració, per ambdues parts, es positiva prossegueix el tractament i es renoven el pactes i compromisos inicials (en algunes CC.TT llavors es signa el contracte terapèutic definitiu).

En cas que la valoració no sigui positiva, s'informarà a la família i al centre derivador, i la persona retorna al seu centre de referència.

## 5 a2. DESHABITUACIÓ

És la fase del tractament orientada a l'extinció de les conductes addictives, que són substituïdes per altres conductes i comportaments, hàbits, etc. més normalitzats i socialment més adaptats.

Els objectius són: reduir la compulsivitat i ansietat  
Incrementar la percepció de sí mateix i de la realitat a modificar  
Adquisició i/o recuperació dels hàbits bàsics: d'higiene, cura personal i de l'entorn, comunicativo-relacionals

Algunes de les característiques d'aquesta fase són:

- Extinció del patró de conducta addictiva mitjançant l'adquisició de nous valors: abandonament dels comportaments, simbologia, llenguatge (argot), valors i tarannàs associats a la vida anterior i a la subcultura de la drogoaddicció i la seva substitució per uns altres socialment més adaptats i que proporciona la pròpia institució a través de la "Immersió" en el context terapèutic i de grup (integració a la cultura institucional com element transitori de substitució de les conductes anteriors per tal de poder fer el canvi).
- La concentració i l'atenció centrada en el grup, en el tractament i en els propis comportaments i vivències.
- La auto observació continuada en la participació de les activitats diàries i a partir de les percepcions i observacions de l'equip terapèutic i de la resta del grup.
- Adaptació a la normativa i funcionament del centre.

En aquesta primera fase és quan s'inicia el la Valoració Integral de la persona i el Pla Terapèutic Individualitzat (PTI) per a l'assoliment dels objectius fixats per cada persona.

## 5 a3. REHABILITACIÓ

Fase orientada a l'adquisició de noves conductes, a l'augment de la seva responsabilitat, l'autogestió i l'adquisició i desenvolupament d'estratègies personals dirigides cap a l'assoliment de la seva autonomia.





En aquesta fase es pretén la consolidació dels canvis assolits i s'incideix amb aquells objectius relacionats amb el desenvolupament personal. És molt important que en aquesta etapa es faci un treball intensiu en aquest aspecte perquè serà determinant en el posterior procés evolutiu. Per tant, la major part de les activitats estructurades aniran dirigides a analitzar i desenvolupar destreses en l'àmbit personal i relacional.

#### OBJECTIUS

1. Manteniment i consolidació dels objectius assolits en la primera fase de tractament.
2. Adquisició i manteniment de responsabilitats.
3. Augmentar el nivells de participació activa en el disseny del seu PTI
4. Identificació objectiva i integració dels diferents aspectes personals a canviar
5. Aprofundiment en el treball personal
6. Anàlisi i redefinició de les relacions familiars

#### 5 a4. PRE-REINSERCIÓ

És la última fase del tractament a comunitat i en la que es fa especial incidència en el moment de sortida del centre.

El treball que es porta a terme és sobretot de preparació sobre la seva nova realitat, i això es fa bàsicament a través de l'increment del seu contacte amb l'exterior, la planificació i anàlisi del seu pla de futur i de l'abordatge de les diferents situacions que van sorgint en la seva quotidianitat.

#### OBJECTIUS

1. Manteniment i consolidació dels objectius assolits en la primera i segona fase de tractament.
2. Millora d'estratègies comunicativo-relacionals.....
3. Foment del desenvolupament de les estratègies personals dirigides a potenciar la seva autonomia
4. Planificació de la reinserció en el medi laboral (quin és el treball més adequat i com buscar-lo).
5. Planificació de la reinserció en el medi social (avaluar el lloc de residència, mantenir una relació adequada amb la família, evitar situacions de risc i organitzar el temps d'oci).

#### VALORACIÓ INTEGRAL

És l'avaluació completa de les necessitats, capacitats i potencialitats de la persona. L'objectiu bàsic de la Valoració Integral Inicial és la recopilació, organització, clarificació i avaluació de la informació inicial sobre l'usuari.

Genèricament, el procés d'avaluació integral consta de dues parts seqüencials: l'avaluació inicial i la periòdica. Mitjançant totes dues es pretén la comprensió fenomenològica del cas a tractar - funció diagnòstica - i la descripció i l'establiment d'objectius de millora i de canvi personal.

La valoració inicial es fa abans de finalitzar el primer mes d'ingrés (tot i que alguns aspectes a avaluar durant aquest primer mes es cobreixen durant la fase de pre-admissió o mitjançant la informació proporcionada per altres dispositius).

Les fonts d'informació i els instruments que s'utilitzen per realitzar la valoració integral inicial són:

- El conjunt de registres i observacions de l'equip de CT.
- Les observacions del grup de residents i de la pròpia persona.
- L'informe de derivació del cas.
- Les coordinacions i contactes complementaris amb el centre/terapeuta derivants que les característiques del cas eventualment pugin requerir.
- Les dades de les entrevistes amb el resident i família en la preadmissió i l'admissió, realitzades prèviament.
- Els tests i proves psicològiques que s'apliquin per l'exploració multifactorial de la personalitat, dels trets de caràcter, de l'estat anímic, dels trastorns psicopatològics i dels diferents factors adaptatius del subjecte.

Per efectuar aquesta valoració es té en compte:

- Dades personals i biogràfiques: educació, aspectes laborals, disposició personal a rebre l'atenció, motivacions reals, sexualitat, dades jurídiques/judicials - situació actual, antecedents, temes pendents.
- Situació social: situació familiar (dinàmica familiar i possibilitats de col·laboració o no en el pla previst), situació socioeconòmica personal i familiar, grau d'acceptació de la malaltia i de les seves repercussions en la vida quotidiana, valoració de l'adaptació al dispositiu, dinàmiques relacionals.
- Estat de salut: dades mèdiques - antecedents, situació actual<sup>27</sup>, diagnòstic/s i problemes de salut (infecció per l'VIH, hepatitis B i C, Tuberculosis i infeccions de transmissió sexual), tractaments que segueix, centres on rep l'atenció, estat actual de la patologia, adhesió al tractament, vinculació als serveis de salut responsables del seguiment del cas, grau d'acceptació de la malaltia, antecedents i conductes relacionades amb la sobredosi, situació immunològica i necessitat de vacunació per l'hepatitis B i hàbits sexuals.
- Dades psicològiques i psiquiàtriques: antecedents, situació actual, estructura i/o trets de personalitat més rellevants, diagnòstic/s i problemes de salut mental, autonomia, autocontrol, agressivitat, risc de suïcidi i d'heteroagressió. Adhesió a la medicació, si la té prescrita.
- Dades de consum de drogues: inici del consum, substàncies consumides, tractaments seguits, actitud, hàbits de consum, funció de la conducta addictiva en l'origen i al llarg de la història de drogodependència, factors externs (familiars, escolars, socials, laborals, etc.) i somàtics que han influït en la conducta addictiva.
- Funcionament: capacitat i autonomia per realitzar activitats de la vida diària
- Dimensions bàsiques de qualitat de vida de la persona: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets.
- Necessitats de suport de la persona Per cadascuna de les dimensions de qualitat de vida, cal identificar els suports que és necessari activar i la intensitat dels mateixos.

#### PLA TERAPÈUTIC INDIVIDUALIZAT (PTI) –*veure esquema*

És el document sobre el qual s'articula el procés d'atenció, i conté els objectius a aconseguir i els processos clau a realitzar en el tractament a la persona, amb un abordatge interdisciplinari i amb el consens de les diferents disciplines implicades en el cas des del moment de l'ingrés fins a la seva alta.

- S'estableix després de la valoració inicial de cada resident al mes d'estada al dispositiu.
- El realitza l'equip interdisciplinari.
- Es treballa amb l'interessat el PTI, per demanar-ne el consens sempre que sigui possible, així com les accions per afavorir l'adhesió al programa.
- Els PTI es re avaluen a cada canvi de fase i sempre que es produeixin canvis significatius en la persona o bé quan aquesta no avança suficientment en el compliment dels objectius establerts, de tal manera que el PTI sempre està actualitzat.

## PLANIFICACIÓ D'OBJECTIUS

Per afavorir la implicació del interessat en el seu procés terapèutic es consensua el PTI amb aquest.

El PTI s'actualitza en cada valoració (canvi de fase) del resident o quan hagi canvis significatius en el procés de tractament.

Cada centre ha de tenir definit el marc teòric que orienta l'establiment d'objectius i d'accions en el PTI.

Així, el PTI estarà basat en evidències científiques contrastades i en la valoració integral realitzada. Aquest pla té en compte les necessitats, limitacions i punts forts o potencialitats detectats en la valoració.

La planificació d'objectius es basarà en la informació recollida en el funcionament diari de l'usuari al centre. Aquesta informació serà recollida pels professionals de referència assignats al usuari, així com per la resta d'equip tècnic i d'atenció directa.

## ÀREES D'INTERVENCIÓ

Es recomana que el pla inclogui, al menys, els següents continguts:

- Problemàtiques identificades - àrees d'intervenció (psicològica, relacional, laboral, judicial, de salut - inclou resultat de la valoració d'hàbits de risc - i familiar)
- Priorització de la importància que representen per a l'usuari aquests problemes o àrees. Cal deixar constància de les expectatives i prioritats de l'usuari, especialment en el cas de no ser coincidents amb la prioritització establerta al PTI
- Objectius d'intervenció i criteris d'avaluació
- Intervencions i suports que cal activar (estratègies específiques que cal dur a terme per complir aquests objectius)
- Responsable de les intervencions
- Temporalitat de les intervencions, amb especificació del temps previst per assolir els objectius fixats

## SEGUIMENT DEL PLA TERAPÈUTIC INDIVIDUALIZAT (PTI)

Es fa un seguiment periòdic del PTI, com a mínim a cada canvi de fase, cada vegada que es presentin canvis significatius, i en els casos de fases llargues de tractament, aquest ha de ser revaluat com a mínim de manera semestral.

És necessari avaluar la evolució de l'usuari per tal de constatar el grau d'assoliment dels objectius prefixats.

Es reflectirà en el PTI qualsevol indicació per orientar la participació del resident en el programa de socialització i en el programa de prevenció de recaigudes

A continuació s'adjunta un esquema que facilita la comprensió del procés d'elaboració del PTI .

## SORTIDA DE LA COMUNITAT TERAPÈUTICA



La CT no és una finalitat en si mateixa, sinó un vehicle perquè els seus membres realitzin un procés d'inclusió social progressiu d'acord amb les possibilitats evolutives de cadascú.

La valoració per la preparació de la sortida de l'usuari es realitza des del moment que ingressa la persona al recurs, quan es planifica un temps estimat d'estada i quan es detecten factors que cal treballar i assegurar abans de la sortida del recurs i s'actualitza mitjançant el seguiment individualitzat de cada resident (PTI).

El Pla de Tractament Individualitzat (PTI) ha de reflectir la necessitat de preparació de la sortida i les activitats que es portaran a terme a tal efecte. La planificació de les accions s'ha d'efectuar conjuntament amb la persona, amb la finalitat d'aconseguir la màxima implicació. És necessari treballar amb l'usuari la seva independència personal i el desenvolupament de la major autonomia possible, tenint en compte la gestió dels suports disponibles. Cal haver activat estratègies pel desenvolupament d'habilitats socials, educatives, actitudinals i de preparació de l'entorn per afavorir-ne la reincorporació.

El treball amb la família també esdevé fonamental en aquest procés. En els casos en què sigui possible, s'ha de procurar la implicació de la família i/o referent social i que el mateix usuari aconsegueixi la implicació dels organismes locals, serveis o àmbits del seu entorn d'integració social, la qual cosa és un objectiu de canvi personal i autonomia en el tractament.

El programa de preparació de la sortida és un procés gradual. Els indicadors de qualitat recomanen l'existència d'un protocol d'alta que cobreixi els aspectes relacionats amb el procés de comiat o de sortida de la persona del centre.

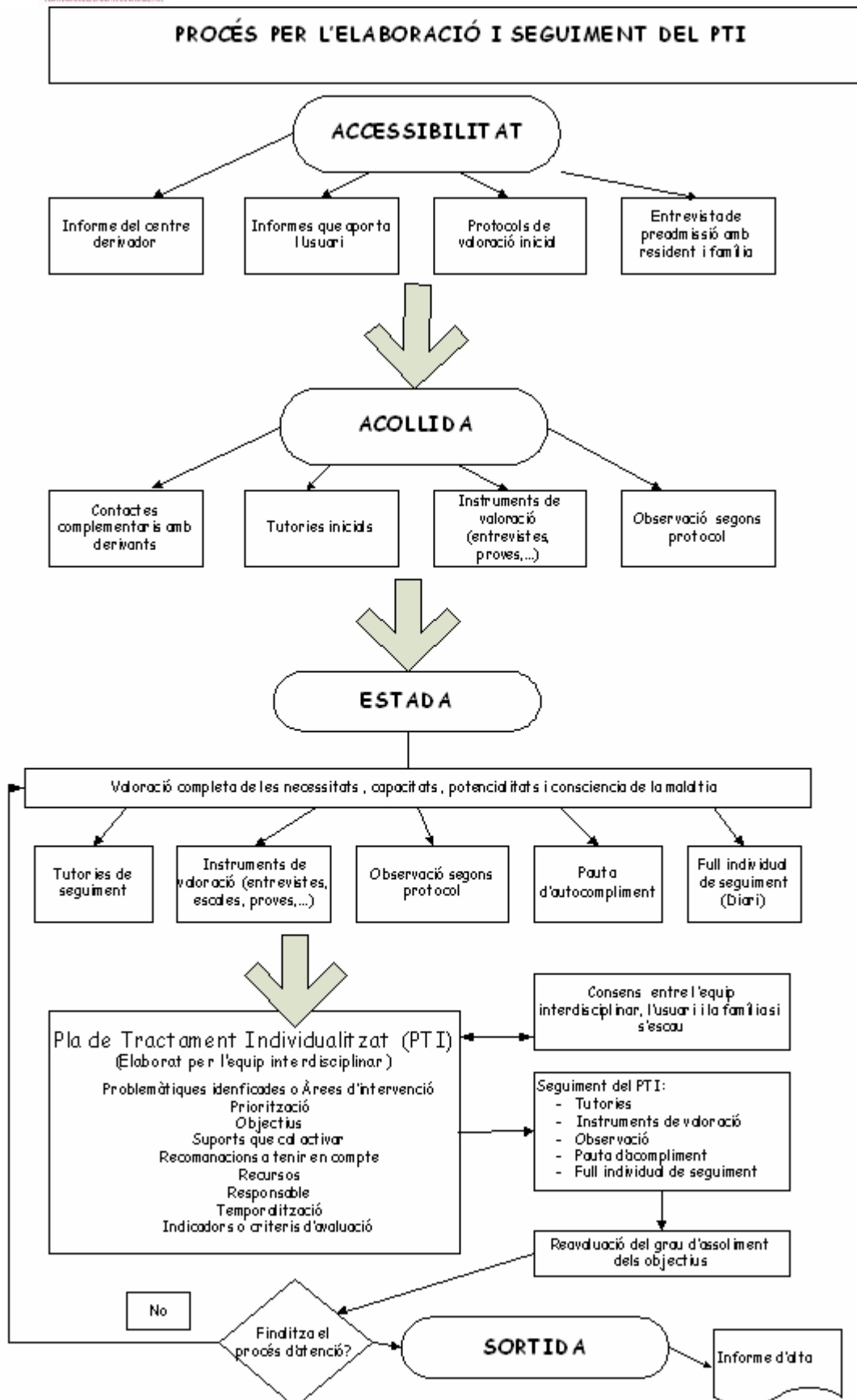
#### TIPUS D'ALTA

Tipus de sortides del tractament a C.T.:

- Alta terapèutica
- Alta voluntària
- Alta per cessament
- Alta per força major
- Alta per fuga
- Alta per derivació
- Alta per defunció

A l'alta s'elaborarà un informe per a l'usuari i per a la nova institució a la que es derivi la persona.

L'alta és un moment molt delicat del procés en el que cal oferir a la persona la informació essencial per facilitar l'adequació a l'entorn comunitari; aspectes que s'abordaran en una entrevista de sortida.





## b. ORGANITZACIÓ DE LA INTERVENCIÓ

Les activitats que configuren el programa de tractament de cada centre han estat pensades en funció dels objectius terapèutics. En aquest sentit les hem organitzades en tres àrees d'intervenció, cadascuna de les quals està orientada a la consecució d'uns objectius concrets, existint a la pràctica una interrelació d'unes amb les altres.

- I Atenció Socioeducativa
- II Atenció Psicològica
- III Atenció mèdico-psiquiàtrica

### **I ÀREA D'ATENCIÓ SOCIOEDUCATIVA**

Dins d'aquest àrea trobem diferents grups d'activitats:

#### 1. ÀPATS, DESCANS I HIGIENE PERSONAL (Activitats de la vida diària, AVD)

Es el temps dedicat a menjar, dormir i higiene personal i del seu espai més immediat. Aquest grup d'activitats persegueix, com a objectiu global l'adequat funcionament dels/les usuaris/es en les Activitats de la Vida diària. Implica, doncs, l'aprenentatge o recuperació dels hàbits bàsics.

El funcionament diari de Comunitat Terapèutica està basat en el treball de rehabilitació, educació i seguiment de rutines que permeten treballar hàbits d'horaris, laborals, personals i de responsabilitats individuals i grupals per tal de sistematitzar, des de la pròpia pràctica, la recuperació d'àrees malmeses durant el temps de consum.

Tots aquests temes es poden treballar, a banda d'en el dia a dia, mitjançant una DINÀMICA GRUPAL DE FUNCIONAMENT (espai setmanal) per posar en comú dificultats en les tasques diàries, materials necessaris pel desenvolupament de les tasques, gestió dels grups de treballs, elaboració de projectes i avaluació de la implicació dels usuaris en dites tasques.

#### 2. ACTIVITATS DE TEMPS LLIURE: segons el grau de seguiment professional que se'n fa podem diferenciar tres tipus d'activitats de lleure:

- 2.1 Oci: és aquell temps lliure no dirigit per cap persona de l'equip ni planificat.
- 2.2 Temps lliure personal planificat (TLLPP): és el temps lliure personal que la persona planifica amb un objectiu concret i està supervisat per persones de l'equip.
- 2.3 Activitats de Lleure Grupal: és el temps lliure planificat i supervisat que es fa en grup (sortides culturals, gimcana, jocs, etc.)

Les activitats de lleure són activitats dirigides a aprendre a gaudir del temps lliure sense la necessitat de recórrer al consum de drogues.

A banda de la pràctica del temps lliure, la CT dedicarà dinàmiques de grup a treballar aquest aspecte de manera educativa. Es aconsellable realitzar dues dinàmiques grupals setmanals dedicades específicament al temps lliure:

- a) Dinàmica de reflexió sobre el temps lliure:





S'aborda la manera de viure i actuar en el temps lliure que tenen els usuaris, tant el que fa referència al que tenen en el procés, el que tenien abans com el que tindran un cop acabin el seu període en CT.

Durant el cap de setmana existeixen espais de temps lliure grupal i d'altres de temps lliure personal. Tant uns com els altres són prèviament planificats per els residents a fi de desenvolupar la capacitat de preveure l'ocupació del lleure, ja que és sabut que el no saber que fer en el lleure és una situació d'alt risc per a un percentatge molt elevat de drogodependents.

#### b. Dinàmica de planificació del Temps Lliure

Consisteix en planificar el cap de setmana proper (dissabte i diumenge); i en el cas de que durant la setmana hi hagi algun festiu, aquest també s'inclourà en la planificació. És a dir, pensar i preparar les activitats i dinàmiques repartint-les en l'horari del cap de setmana.

El sentit de la planificació també és el d'anar instaurant una forma d'actuar contraposada al funcionament per apetències i erràtic.

### 3. ACTIVITATS DE TERÀPIA OCUPACIONAL:

Les finalitats d'aquest bloc d'activitats són:

1. Adquisició o recuperació (segons els casos) dels hàbits, conductes i actituds previs i favorables a l'àmbit laboral.
2. Potenciar les habilitats de planificació de les tasques i organització del temps. Per això, els residents han de realitzar la distribució del treball en funció de les prioritats existents i d'altres factors que intervenen.
3. Fomentar l'autonomia personal. Per a tal objecte estan pensats els tallers de cuina, neteja, bugaderia i d'altres tasques domèstiques per les que, rotativament, passen tots els/les residents.
4. Fomentar la capacitat de treball en equip.

En tots els casos els objectius d'aquestes activitats són terapèutics i no s'estableix cap mena de relació laboral ni remuneració a l'usuari/a.

Alguns exemples són: Tallers de jardineria, d'horta, de cuina, ergoteràpia, neteja, manteniment de les instal·lacions, etc.

### 4. ACTIVITATS FORMATIVO-EDUCATIVES:

Dins d'aquesta àrea s'engloben tot un seguit d'activitats en què els principals objectius són:

1. Aprendre coneixements i habilitats que puguin ésser d'utilitat a les persones de cara a la seva reinserció en societat. Alguns exemples de tallers són: idiomes, manualitats, debats, cine-forum, esport dirigit...

2. Fomentar la disposició a realitzar noves activitats i potenciar habilitats creatives. Alguns tallers dirigits a tal objectiu poden ser:

- Teatre

- Activitats manuals

3. Potenciar i treballar les habilitats i actituds per a la participació i implicació en les activitats comunitàries. També es pretén fomentar d'altres habilitats com l'actitud crítica, assertivitat i control de la impulsivitat, amb els tallers de

- Revista de la Comunitat.
- Espai de discussió d'articles d'actualitat
- Assistència i participació a activitats i festes locals del poble, contacte amb persones i activitats culturals de la zona (visites educatives).

## 5. INTERVENCIIONS EDUCATIIVES:

5.1. INDIVIDUALS: tutories amb els/les educador/es. Les TUTORIES INDIVIDUALS suposen una atenció individualitzada en la que s'analitzen bàsicament els aspectes relacionats amb les situacions del dia a dia i amb les relacions personals: elaboració de conflictes, millora de la convivència, augment de les aportacions personals, visió del grup, visió unipersonals d'integració, diferents rols jugats dins CT, estratègies d'afrontament de conflictes, posicionament, aprenentatge a evitar manipulacions i a manipular als companys, equip, família, etc... Sempre tenint en compte els objectius individuals que s'hagin fixat en el PTI.

5.2. GRUPALS: són els espais grupals planificats i dirigits per personal titulat de diferents disciplines: Educació social, Treball social, infermeria...

Alguns exemples són:

- Programa d'educació per la salut.
- Programa d'educació física
- Dinàmica educativa d'habilitats socials.
- Dinàmica de funcionament.
- Dinàmica de responsabilitats
- Programa de sortides: sessions de planificació i valoració de sortides.
- Dinàmica de cohesió de grup.
- Valoració grupal diària.
- Dinàmiques de motivació.

## II ÀREA D'ATENCIÓ PSICOLÒGICA

1. INTERVENCIIONS PSICOTERAPÈUTIQUES: són aquelles activitats dirigits per un/a psicòleg/a.

1.1: INTERVENCIIONS PSICOTERAPÈUTIQUES INDIVIDUALS: sessions de psicoteràpia individual d'entre 45mn i 1h de duració, amb una freqüència variable segons programa, portades a terme per un/a psicoterapeuta amb la titulació i formació i experiència adequades.

Objectius:

- Fer de fil conductor de tot el procés de recuperació dintre de la CT.
- Efectuar un diagnòstic en el cas que existeixi una patologia associada.
- Ajudar a incrementar la consciència i coneixement sobre un/a mateix/a (autoconeixement) i la seva realitat (família, entorn social...).
- Ajudar a identificar les principals dificultats que té la persona i fixar-se objectius d'aspectes a canviar, als diferents nivells:
  - . conductual (relació amb la gent, impulsivitat, hàbits, etc.).
  - . personal: auto.control, autoestima, etc.
- Treballar temes conflictius: elaboració d'emocions, culpabilitat, etc.
- Donar eines per enfrontar la dificultat en la resolució dels conflictes.
- Orientar en la presa de decisions.

- Treballar la consciència d'addicció i la motivació pel manteniment de l'abstinència i el canvi d'estil de vida.
- Fomentar les activitats de reinserció: ajudar a l'elaboració del pla de futur: lleure, laboral, amistats ...

1.2 INTERVENCIÓ PSICOTERAPÈUTIQUES GRUPALS: són aquelles sessions de teràpia de grup dirigides per un/a psicòleg/a. Els objectius generals d'aquests espais són:

- Incrementar el coneixement personal: identificar tant les potencialitats com les dificultats (de relació, baixa auto-estima, episodis dolorosos no elaborats, etc.)
- Identificar aspectes a canviar (actituds, comportaments, patrons de relació, etc.) i aprendre estratègies per a poder-ho fer (a partir de les aportacions dels membres del grup i l'equip).
- Obtenir visions alternatives de la seva realitat que els permetin enfocar els problemes de manera més manejable.
- Potenciar la capacitat d'exterioritzar i comunicar-se en grup.
- Potenciar la confiança en els altres (aprendre a sortir de l'aïllament) i la pròpia capacitat per a demanar ajuda.
- Potenciar la cohesió de grup i la capacitat d'ajuda de la resta del membres a partir de tenir un major coneixement de cada persona.

Alguns exemples de Grups Psicoterapèutics són:

- Grup d'introspecció o creixement personal.
- Prevenció de recaigudes.
- Habilitats Socials.
- Grups de gènere.
- Grup de maneig d'agressivitat.

Un tipus d'intervenció que està entre mig de l'àrea social i psicològica és el PROGRAMA D'ATENCIÓ A LES FAMÍLIES que es compon dels seguiments individuals que en fan l'educador/a i terapeuta de referència i també de reunions de familiars que es fan periòdicament.

L'objectiu d'aquest programa és que els familiars incrementin els seus coneixements sobre la conducta addictiva i aprenguin estratègies per fer front a la problemàtica i ajudar al seu familiar de la manera més efectiva possible.

S'aconsella fer un seguiment de l'evolució de les relacions de l'usuari amb la família. La possibilitat de treballar alguns d'aquests aspectes de la relació mentre l'usuari està a CT, amb noves regles de convivència i amb una gestió dels conflictes adequada, fa que sigui un instrument terapèutic molt efectiu.

A fi de coordinar les intervencions, cal tenir en compte el treball fet o que es fa en paral·lel en el CAS amb les famílies.

Tot i que és responsabilitat dels centres d'atenció i seguiment (CAS), les CCTT tenen un programa complementari que aborda continguts sobre les dependències i les addiccions adreçats als membres de la família implicats en el procés de reinserció, bé sigui mitjançant xerrades o bé per mitjà de dinàmiques de grup.

Es recomana que hagi un referent extern (familiar o no) que acompanyi el procés i esdevingui un element facilitador de la rehabilitació. Aquesta persona es consensua entre l'equip terapèutic i la persona usuària.

Alguns aspectes del pla de treball (aspecte referents a les sortides personals, entre d'altres) així com la valoració del nivell de compliment dels objectius s'han d'abordar conjuntament amb la família o el referent i la persona usuària, sempre que sigui procedent.

### III ATENCIÓ MÈDICO-PSIQUIÀTRICA

1. INTERVENCIÓ MÈDICO-SANITÀRIES: és l'atenció mèdica o de personal d'infermeria de caire individual.

La CT ha de procurar que les necessitats d'atenció mèdica de la persona ingressada quedin cobertes (tant en el l'abordatge de patologies prèvies que la persona té quan ingressa com en el de noves problemàtiques que apareguin durant el procés).

També s'ha de garantir el correcte seguiment de la medicació que prenen els usuaris.

Coordinació amb els metges de referència

### 6. ORGANITZACIÓ DEL CENTRE

---

Totes les entitats de la XAD (Coordinadora CCTT, 2002, p.10-11) disposen d'un equip multidisciplinari suficient d'atenció als usuaris, coordinat o dirigit per un professional en funcions de Director o Coordinador (psicòleg o metge), i amb la responsabilitat de fer el seguiment i l'avaluació de les activitats i de les actuacions de l'equip, segons el previst en el programa terapèutic.

El responsable de les intervencions i del control del dia a dia es l'educador, però totes les CCTT promouen la participació activa, en la mesura del possible, del resident, establint canals regulars de participació activa dels usuaris en el seu procés.

Les activitats regulars i intervencions a la CT sempre son molt planificades, estructurades i amb un horari ben distribuït (terapèutiques, socio-educatives, laborals, formatives,..) i amb l'objectiu comú compartit i coordinat d'aconseguir el canvi personal necessari dels usuaris per a la posterior inclusió o reinscripció social.

La CT (Departament de Benestar Social, 2001, p.18) té una cultura institucional basada en uns valors explicitats, dirigida per l'equip d'intervenció, que proporciona cohesió, seguretat i sentiment de pertinença als usuaris, i que actua com un model de canvi per a l'extinció i substitució de conductes i valors associats a les addiccions. Aquests conceptes estan recollits en el conjunt de normatives i en el reglament de règim intern del centre, els quals són públics i estan a disposició de les parts interessades.

#### A. Capacitat del Servei:

La capacitat recomanable és de 30 places( tenint en compte que varia segons algunes CCTT tan per sobre com per sota).

Aquestes places estan cenyides a la normativa vigent.



## B. Esquema i horari de treball:

Les CCTT disposen d'atenció de professionals les 24 hores al dia els 365 dies de l'any.

L'equip de professionals es reuneix setmanalment per a tractar els temes organitzatius, valorar l'evolució dels usuaris i planificar la setmana següent.

Cada centre disposa d'una programació d'activitats diària i setmanal clarament definida

Activitats dels usuaris:

D'acord amb l'estudi realitzat per la Coordinadora a l'any 2009 sobre el temps que els usuaris de comunitat terapèutica destinen a les principals activitats, podem dir que la distribució habitual es troba dins els intervals següents, segons la tipologia d'intervenció:

- Activitats de lleure: Entre el 10% i el 20 % del temps.
- Activitats psicoterapèutiques, educatives i sanitàries: Entre el 8% i el 35 %.
- Activitats de teràpia ocupacional: Entre el 10% i el 25 %.
- Dormir i menjar: Entre el 45% i el 50 %.

La CT garanteix atenció professional interdisciplinària que preveu les diferents àrees d'intervenció (educativa, psicològica, mèdica i social), portada per professionals amb experiència, amb una planificació temporal de l'estada, des de l'ingrés, amb programació, seguiment i avaluació dels objectius marcats.

L'avaluació, els objectius i el pla terapèutics, l'evolució i els resultats són registrats documentalment en una història personal única, interdisciplinària (mèdica, psicològica, social i educativa) i degudament identificada i custodiada per tal de garantir la seva confidencialitat.

La CT realitza la planificació d'activitats terapèutiques per aconseguir un procés de canvi personal. La programació d'activitats respon a objectius i finalitats concretes, que estan esmentades en el Programa Terapèutic (veure Punt 5), que podem englobar en: activitats psicoterapèutiques individuals i grupals, educatives, ocupacionals, mèdic-sanitàries i de Temps Lliure..

D'entre els aprenentatges que es potencien durant el tractament en CT, cal mencionar el següent: hàbits higiènics, alimentaris, de vestir, planificació de compres, bugaderia, cura dels espais comuns, administració econòmica, responsabilitat sobre la medicació, habilitats de relació social, gestió emocional, activitats esportives, nocions de cuina, jardineria, manteniment en l'àmbit domèstic, planificació i utilització creativa del lleure, activitats formatives, treball en equip, etc.

Així mateix, la CT garanteix la cobertura de les necessitats d'assistència bàsica dels usuaris, i facilita l'accés a la resta de prestacions sanitàries. Alhora, ofereix una educació bàsica sanitària, dins la planificació de les seves activitats habituals. Es controla degudament, per part de professionals sanitaris acreditats i experts, la prescripció i administració de medicaments en el seu si, portant registres documentals de la totalitat de les actuacions sanitàries que es realitzen en cada un dels residents dins la comunitat i ho inclou en els seus historials interdisciplinaris personals individuals.



### C. Serveis Complementaris:

A més dels serveis bàsics fins ara exposats, les comunitats terapèutiques poden oferir als seus usuaris diversos serveis complementaris, que faciliten o enriqueixen les activitats i contribueixen a l'assoliment objectius essencials.

Atenció complementària a les famílies:

Més enllà de l'atenció bàsica implícita en els processos d'admissió i coordinació durant el tractament, sovint les comunitats terapèutiques poden oferir una atenció a les famílies, que reforci de manera significativa el treball que es realitza amb l'usuari, donat que permet orientar als familiars a actuar de forma coherent amb els professionals, aprendre a posar i mantenir límits quan cal, i facilitar l'emancipació quan es detecten resistències o actituds sobreprotectores. Cal diferenciar-la dels grups per a familiars, on s'analitzen els problemes comuns, de l'atenció individual amb cada família, en què es pot aprofundir i concretar més en relació amb les necessitats particulars de cada usuari.

Tallers específics:

- Sortides culturals: Un altre dels serveis complementaris més comuns són les sortides culturals, que consisteixen en un grup reduït d'usuaris acompanyats d'un educador, que passen unes hores a la ciutat per a aprendre a integrar-se en ambients lliures de drogues, despertar o recuperar camps d'interès socio-culturals, afrontar amb serenitat i diligència les situacions de risc pròpies dels entorns urbans, etc.

- Tallers de pre-reinserció: En la mesura que una proporció significativa dels usuaris ha patit fracàs escolar, algunes comunitats terapèutiques dediquen algunes hores del dia a preparar les proves d'ESO o a millorar l'expressió oral i escrita. Aquesta millora pot revertir directament en la seves possibilitats de reintegració social i laboral. També són freqüents l'orientació en preparació de currículums, rol-playing per a preparar entrevistes de feina, etc.

- Taller d'expressió artística: De forma complementària a les activitats de manualitats, i amb l'objectiu de fomentar l'interès per a activitats de lleure creatives i l'expressió emocional, en algunes comunitats terapèutiques es duen a terme tallers de fotografia, escultura amb fang, mosaic, pintura, etc.

- Tallers relacionats amb l'expressió corporal: Diverses CCTT ofereixen als usuaris tallers d'arteràpia o dansateràpia, on es treballa l'expressió emocional i artística a través de cos. En ocasions, aquest taller s'associa a la interpretació teatral i es realitzen representacions amb la participació de tots els usuaris com actors i en l'elaboració del guió, decorats i direcció de l'obra. En el cas del ioga, el taller permet potenciar el benestar físic i emocional a partir de millorar la flexibilitat, la relaxació muscular i l'autocontrol i consciència corporal.

### D. Estructura:

#### D.1. Infraestructura i equipaments

Les Comunitats Terapèutiques (5) disposen d'unes instal·lacions adequades als objectius del programa i confortables, seguint la normativa vigent (veure annex xxxx)

#### D.2. Documents bàsics



Les comunitats terapèutiques disposen de protocols, procediments, dossiers i programes específics per als diferents processos i activitats pròpies del tractament que ofereixen als seus usuaris. Els documents fonamentals són els següents:

- Núm. De registre
- Llibre de registre d'usuaris
- Programa terapèutic del centre
- RRI
- Contracte terapèutic

Diferents documents relacionats amb la Normativa externa aplicable: protecció de riscos, confidencialitat de dades, controls sanitaris,....

1. Protocol de preadmissió
2. Protocol d'admissió
3. Protocol d'alta
4. Altres protocols de valoració individual:
5. Programes d'intervenció grupal
6. Protocols de valoració de la situació familiar:
7. Protocols referents a tractaments farmacològics:
8. Altres protocols d'atenció:
9. Programes d'educació per a la salut:
10. Dossier de documentació individual que conté:
11. Registre del procés de preparació de l'alta:
12. Valoració del grau de satisfacció de l'usuari:
13. Aspectes ètics:
14. Gestió
15. Altres protocols i dossiers (Annex 2)

## 7. PROFESSIONALS

---

Segons el document Catàleg de serveis bàsics dels centres residencials per a persones amb drogodependències: comunitats terapèutiques i pisos de reinserció editat l'any 2001 pel Dep. d'Acció Social i Ciutadania, en referència als Recursos humans:

La CT compta amb un equip professional competent i expert integrat a l'organigrama de l'organització, i amb una forma de treball basada en l'equip, el qual està compost, com a mínim, per:

- Metge amb competència i experiència en el camp d'atenció a les drogodependències
- Psicòlegs amb competència i experiència en el camp de l'atenció a les drogodependències
- Educadors socials degudament acreditats
- Monitors

La direcció del centre ha de comptar amb els nivells acadèmics i l'experiència marcada per la legislació vigent (és a dir, ser llicenciat/da en els àmbits de medicina o psicologia).

Posteriorment, i en el marc dels acords per a la creació del conveni plurianual 2003-05, es van actualitzar els perfils professionals necessaris incloent les figures de : Treballador social i personal d'infermeria.



Paral·lelament es van concretar les ràtios de personal d'atenció directa i indirecta que havien de complir les CCTT segons estiguessin catalogades com d'Alta, mitja o baixa intensitat (classificació existent en aquell moment, any 2003).

Les ràtios acordades són les següents:

L'equip bàsic, acordat per les diferents CCTT d'utilització pública (Cervera, M. et alt., 2003) ha de ser el següent (per a 30 usuaris):

Servei / professionals	CCTT curta estada	CCTT mitja estada	CCTT llarga estada
Monitors *	266 h. /setm.	168 h. /setm.	168 h. /setm.
Educador social *	98 h. / setm.	40 h. /setm.	-
Psicòleg *	55 h. /setm.	30 h. / setm.	20 h. /setm.
Diplomat en infermeria *	20 h. / setm.	20 h. / setm.	10 h. / setm.
Treballador social *	30 h. / setm.	30 h. /setm.	15 h. /setm.
Metge *	15 h. / setm.	15 h. /setm.	10 h. /setm.
Director tècnic	Jornada completa	Jornada completa	Mitja jornada
Atenció indirecta	Ratio de 0,12	Ratio de 0,12	Ratio de 0,10
* hores de presència			

Entenem que la situació actual i la pròpia evolució de les CCTT ha variat des de l'any 2003 i que actualment considerem que les diferents comunitats terapèutiques s'ajusten mes a 2 tipologies ben diferenciades: tant per les característiques de funcionament com per l'adaptació i desenvolupament del programa terapèutic. L'any 2009 i des de la Coordinadora de CCTT, PPRR i CCDD es va fer un estudi de costos provisional que responia a aquesta nova realitat i que també adjuntem: (ANNEX )

PRINCIPALS DIFERÈNCIES ENTRE LES DUES TIPOLOGIES DE CT.

CT INTENSIVA - PSICOTERAPEUTICA	CT EXTENSIVA - SOCIOTERAPEUTICA
Temps d'estada més curt (6-9 mesos)	Temps d'estada més llarg (15-18 mesos)
<p>Més pes Psicoterapèutic:</p> <p>Major èmfasi en activitats psicoterapèutiques i educatives</p> <p>Distribució diària:</p> <p>Àpats, dormir ..... 45,80%</p> <p>Temps lliure (personal, planificat, no planificat, etc ..... 10,42%</p> <p>Terapia ocupacional..... 9,23%</p> <p>Psicoteràpia individual i grupal Intervencions educatives grupals Intervencions medico sanitàries } 34,55%</p>	<p>Més pes Socioterapèutic:</p> <p>Major èmfasi en activitats ocupacional-laborals i cultural-formatives</p> <p>Distribució diària:</p> <p>Àpats, dormir ..... 50%</p> <p>Temps lliure (personal, planificat, no planificat, etc..... 20,8%</p> <p>Terapia ocupacional..... 22,5%</p> <p>Psicoteràpia individual i grupal ..... 2,1%</p> <p>Intervencions educatives grupals..... 4,2%</p> <p>Intervencions medico sanitàries .... 0,5%</p>
Major nivell d'intensitat d'intervenció professional: ràtios i categories de professionals	Menor nivell d'intensitat d'intervenció professional: ràtios i categories de professionals
Indicadors de Qualitat: Standard de compliment <b>més alts</b> segons indicadors	Indicadors de Qualitat: standard de compliment més baixos o igual segons indicadors
<p>RATIOS PROFESSIONALS :</p> <p>Director : 40h./setmana</p> <p>Psicolog : 55h./setmana</p> <p>Metge : 15h./setmana</p> <p>DIU : 20h./setmana</p> <p>Educadors : 266h./setmana</p> <p>Educador social : 98h./setmana</p> <p>Treball social : 30h./setmana</p> <p>Atenció directe : 0,12</p>	<p>RATIOS PROFESSIONALS :</p> <p>Director : 20h./setmana</p> <p>Psicolog : 20h./setmana</p> <p>Metge : 10h./setmana</p> <p>DIU : 10h./setmana</p> <p>Educadors : 168h./setmana</p> <p>Educador social : no cal.</p> <p>Treball social : 15h./setmana</p> <p>Atenció directe : 0,10</p>

## FUNCIONS DELS DIFERENTS PERFILS PROFESSIONALS |

### Funcions del Director/a de C.T.

#### 1. Funcions en relació a la persona resident de la C.T.

- Garantir durant les 24 hores del dia de tots els dies de l'any una atenció integral de qualitat, amb confort i seguretat, per a la totalitat dels residents.
- Vetllar pel compliment de les obligacions dels residents, el respecte als seus drets i la lliure voluntat d'ingrés o de permanència dels usuaris del servei.
- Realitzar la valoració d'idoneïtat de la persona a la C.T. abans del ingrés: acompliment dels criteris d'inclusió a la C.T. per a persones amb problemes de conducta addictiva.
- Responsabilitzar-se de la gestió dels ingressos, organització prèvia a l'ingrés i acollida al centre.
- Realitzar sempre que sigui possible el procés d'admissió i explicar al resident els aspectes formals de l'accés a la C.T.: contracte terapèutic, condicions econòmiques, RRI, organització i horaris... coordinant-lo amb el centre derivador.
- Vetllar per l'adequada ubicació del resident en el servei.
- Donar resposta a les queixes i els suggeriments del resident.
- Vetllar pel compliment del programa terapèutic del centre, tant en referència al grup de residents com al PTI (Programa d'atenció individual).
- Preveure l'establiment de mesures de prevenció i actuació davant l'equip per donar resposta a possibles situacions d'emergència o conflictives en les persones usuàries.
- Vetllar pel respecte als costums relacionals i de la diversitat cultural de les persones ateses.

#### 2. Funcions en relació a la família, referent i/o representant tutelar

- Informar i atendre a les famílies, referent i/o representant quan aquestes ho sol·licitin .
- Donar resposta a les queixes i suggeriments de les famílies, referent i/o representant.
- Fomentar l'adequada coordinació entre l'equip del centre i la família referent i/o representant pel que fa al pla d'atenció amb cada resident.
- Comunicar les incidències greus i els canvis que se'n derivin en relació al resident.

#### 3. Funcions en relació a l'equip

- Planificació, direcció i supervisió del servei i activitats, en coordinació amb l'entitat de la qual depèn, si s'escau.
- Coordinar l'actuació de l'equip d'intervenció, procurant que es treballi amb cohesió i seguint la línia de treball i el programa definit de centre.
- Organitzar les reunions d'equip setmanals a través de les quals es fa el seguiment dels residents, i es traça línies conjuntes d'actuació.
- Vetllar i participar, conjuntament amb l'equip, en el Pla de Tractament del resident (PTI).
- Liderar i motivar a l'equip per a la consecució dels objectius.
- Promoure i garantir la realització de les coordinacions internes.
- Garantir l'elaboració i aplicació de programa d'activitats del centre.
- Vetllar perquè els valors i la missió de l'entitat estiguin presents en l'atenció del resident.
- Impulsar, coordinar i controlar l'execució de les polítiques específiques de personal a la CT.
- Gestionar els processos de canvi en relació als recursos humans del centre.

- Gestionar les necessitats de l'equip.
- Promoure l'autonomia de l'equip.
- Participar en la distribució de les responsabilitats i/o càrregues de treball de l'equip.
- Fer de pont entre l'equip assistencial i la institució de la que formen part promovent el sentiment de pertinença.
- Establir i garantir els mecanismes d'actuació davant les emergències.

#### 4. Funcions en relació al centre

- Vetllar per l'elaboració, actualització i compliment del reglament de règim intern i el contracte assistencial.
- Vetllar per l'adequada organització i funcionament de la CT.
- Elaborar la memòria anual.
- Exercir la representativitat del centre, en tots els àmbits que corresponguin, amb altres institucions i administracions tan públiques com privades.
- Promoure que els canals de comunicació amb els agents socials i sanitaris siguin fluids.
- Desenvolupar, coordinar, supervisar i avaluar els plans de qualitat, i els plans de millora pel que fa a les infraestructures i els serveis.
- Elaborar, revisar i actualitzar conjuntament amb l'equip els protocols i els registres.
- Elaborar la proposta funcional i organitzativa del centre i vetllar pel seu desenvolupament.
- Planificar, fer el seguiment i avaluar el pla estratègic i el pla d'objectius del centre
- Planificar en funció del bon funcionament totes les activitats (laborals, de temps lliure, ...) proposant els canvis que consideri oportuns amb l'objecte d'obtenir els objectius previstos.
- Coordinar la planificació de les necessitats tant immediates (infraestructura, manteniment, etc.) com més a llarg termini (canvis en el personal, en les activitats, etc.).
- Responsabilitzar-se de la gestió econòmica i administrativa del centre (optimitzar despeses, compliment pressupost anual, relació amb proveïdors...)
- Supervisar i avaluar el pla d'activitats anual del centre, pel que fa a els processos, procediments, protocols o instruccions de treball del centre.
- Participar, si s'escau en la selecció de personal, d'acord amb el marc establert, per l'entitat titular.
- Vetllar pel compliment i difusió del codi d'ètic de l'entitat.
- Dirimir<sup>28</sup> en situacions de conflicte entre l'equip i els residents i entre el mateix equip.

#### 5. Funcions en relació amb la comunitat i/o entorn

- Responsabilitzar-se de les relacions de la Comunitat amb el seu entorn (poble, serveis externs, etc.)
- Promoure la integració de la CT en l'entorn en especial en aquelles situacions en què per les característiques dels residents es puguin produir situacions de conflicte o rebuig.
- Vetllar per la integració de les persones amb addicció a la comunitat.
- Responsabilitzar-se de les relacions de la Comunitat amb els centres derivadors (XADC).
- Facilitar i promoure l'intercanvi i la col·laboració amb altres recursos o serveis de la comunitat.
- Participació en plataformes de l'àmbit de treball (Coordinadora de CCTT i PPRR), etc.

<sup>28</sup> Acabar o resoldre una dificultat, una controvèrsia.



- Responsabilitzar-se de les relacions de la Comunitat amb les institucions (Ajuntament, Administració autonòmica).

#### 6. Funcions de formació, recerca i docència

- Acollir els estudiants en pràctiques i vetllar per la seva adequada ubicació dins del servei i coordinar-ne amb els tutors.
- Detectar les necessitats de formació del personal i promoure la formació continuada de tot el personal que presta serveis a la CT.
- Planificar i supervisar la formació de l'equip
- Col·laborar amb entitats externes en estudis i activitats de recerca.
- Promoure la participació activa dels professionals en jornades i congressos.

#### Funcions del psicòleg/a

- Realitzar la valoració psicològica abans de l'acollida inicial: acompliment dels criteris d'inclusió en la CT
- Exploració psicomètrica com a element objectiu per complementar la informació obtinguda a partir de la entrevista clínica i poder realitzar un diagnòstic clínic
- Devolució de la psicometria al resident
- Elaboració del diagnòstic dels usuaris de referència
- Coordinació amb l'equip mèdic per a establir diagnòstic definitiu, a més del problema central de dependència.
- Participació en l'elaboració d'informes de seguiment, d'evolució, de sortida i pericials d'acord amb la resta de l'equip.
- Realització de psicoteràpies individuals/ visites de seguiment.
- Conduir teràpies de grup (Grup de Prevenció de recaigudes, grup d'habilitats Socials,...)
- Coordinació amb els professionals dels centres de referència al llarg de tot el procés, especialment en els moments de canvis importants.
- Seguiment del programa de famílies implicant en la mesura que es pugi la família i les persones de referència (sessions de teràpia familiar, grups, sortides, suport familiar, coordinacions periòdiques...).
- Elaboració del pla terapèutic individualitzat per a cada resident i revisió del mateix a cada canvi de fase (coordinant-ho en reunions d'equip).
- Donar pautes d'intervenció i orientació psicològica a l'equip, alhora d'intervenir amb la persona resident i la família..
- Fer de mediador en relació amb l'equip davant les decisions que generen dificultats.
- Proporcionar pautes d'intervenció i orientació psicològica a l'equip interdisciplinari, tant de manera individual com grupal.
- Orientar a la resta de professionals de la CT en tècniques específiques que poden millorar la seva intervenció i orientar-lo sobre les activitats que pot dur a terme, segons les necessitats i/o capacitats de cada resident.
- Participació en l'elaboració de la memòria anual d'activitats del centre i altres estudis i treballs, i facilitar les dades relatives a l'àmbit de la seva competència.
- Participar en l'elaboració i aplicació de protocols.
- Anotar i complimentar les històries individuals i els diferents registres existents en el centre
- Actuar en situacions de crisi d'usuaris concrets o del grup
- Col·laborar en la formació continuada dels professionals de diferents serveis, els alumnes en pràctiques i les persones voluntàries.

- Proposar i participar en activitats de recerca interns i externs al servei.
- Fer propostes de formació sobre les necessitats detectades per l'equip interdisciplinari.
- Participar, assistir i coordinar activitats formatives, jornades, cursos, seminaris, sessions bibliogràfiques, etc.
- Assistir i participar als espais de supervisió.
- Col·laborar amb entitats externes en estudis per mesurar el grau de satisfacció dels residents, professionals, familiars o altres persones implicades.

### Funcions Treballador/a Social

- Realitzar les visites de pre-admissió de la persona que ve derivada per fer tractament a CT (forma part de l'equip d'admissió) i fer la valoració inicial abans del procés d'admissió del resident.
- Valorar i abordar la situació social del resident per detectar i intervenir necessitats socials de les persones ateses en el centre.
- Contribuir en el procés de planificació de sortides de la persona durant el tractament.
- Iniciar la història social i actualitzar-la periòdicament.
- Fer la planificació i suport de la gestió econòmica i/o d'altres aspectes administratius.
- Valorar, orientar i coordinar els aspectes sociolaborals dels residents.
- Fer la gestió i el seguiment per a la utilització de recursos sanitaris, socials i comunitaris.
- Elaborar i executar la part que li correspon del pla de tractament individualitzat (PTI) i consensuar-lo amb el resident.
- Coordinar-ne amb la resta de dispositius de la xarxa: social i comunitària.
- Passar el qüestionari de Qualitat de vida al inici i durant el procés terapèutic
- Avaluar i treballar les necessitats detectades en la relació del resident i la seva família.
- Informar del PTI a la família i/o referent
- Mobilitzar els recursos familiars.
- Treballar la relació i el vincle familiar, sempre que sigui possible.
- Fer el seguiment i avaluar el PTI amb la participació del resident.
- Participar en les reunions de l'equip interdisciplinari.
- Informar i sensibilitzar l'equip respecte a les implicacions socials que comporta la conducta addictiva.
- Fer l'avaluació conjunta de la prestació del servei, de les eines i els mètodes de treball i de la documentació que utilitza l'equip en l'atenció assistencial.
- Registrar per escrit la documentació pertinent per elaborar l'expedient d'atenció a la persona.
- Col·laborar en el disseny i programació de les activitats del centre: plans de millora....
- Abordar les dificultats dels residents en aquells temes relacionats amb el funcionament del servei: normativa de règim intern, dinàmica organitzativa, etc.
- Informar i assessorar respecte a la evolució del resident, a la família o el referent.
- Garantir la continuïtat assistencial mitjançant la coordinació amb la xarxa de recursos i la derivació als mateixos, si cal.
- Elaborar conjuntament la memòria anual d'activitats del centre i altres estudis i treballs, i facilitar les dades relatives a l'àmbit de la seva competència.
- Proporcionar a la resta de professionals informació sobre recursos i la seva disponibilitat.
- Participar en l'elaboració i aplicació de protocols.
- Elaborar informes (ex.: mutues, informes de derivació i trasllat, etc.).
- Buscar recursos externs per afavorir la relació i integració en la comunitat, detectant i fomentat les xarxes de suport que puguin millorar el funcionament del servei.
- Responsabilitzar-se del Coordinar-se amb el CAS de referència pel seguiment ambulatori posterior a l'alta dels usuaris atesos/as

- Coordinar el programa del voluntariat.
- Elaborar programes de recerca específica en el camp social.
- Col·laborar en la formació continuada dels professionals dels diferents serveis, els alumnes en pràctiques i les persones voluntàries.
- Proposar i participar en programes o projectes de recerca interns i externs al centre.
- Fer propostes de formació sobre les necessitats detectades per l'equip interdisciplinari.
- Participar, assistir i coordinar activitats formatives, jornades, cursos, seminaris, sessions bibliogràfiques, etc.
- Assistir i participar als espais de supervisió.
- Participar com a docent en activitats de formació.
- Col·laborar en estudis per mesurar el grau de satisfacció dels residents, professionals, familiars o altres persones implicades.

### Funcions dels Educadors

- Acompanyar i facilitar el procés de canvi personal dels usuaris, garantint el bon funcionament i la convivència del grup i motivant a les persones per que s'impliquin en el seu procés.
- Promoure actituds i conductes saludables entre els usuaris.
- Seguiment del procés d'acollida dels nous ingressos (revisió pertinències, recollida de mostres d'orina, ...)
- Responsabilitzar-se del funcionament de les activitats ocupacionals del centre, fomentant les habilitats de planificació i la interiorització d'hàbits de treball en els residents.
- Intervenir en la gestió, mediació i resolució de conflictes.
- Participar en les dinàmiques de grup on es treballin les actituds que ha de tenir la persona dintre del procés, potenciant el desenvolupament i l'evolució positiva dels residents.
- Oferir suport individual com a educador de referència (tutories). Participació en el Pla Terapèutic Individual, plantejant objectius educatius amb coordinació amb la resta de l'equip, planificant i implementant les activitats socioeducatives necessàries per a l'assoliment dels objectius plantejats.
- Coordinació amb familiars per assumptes particulars del cas.
- Supervisió de les planificacions i compliment d'aquestes en les sortides de la fase de reinserció.
- Gestionar i programar les visites a serveis externs (metges, recursos de reinserció, etc.)
- Vetllar pel compliment de les normes de convivència establertes i proposar canvis al grup de gestió.
- Planificar i ensenyar a planificar als residents les activitats relatives a l'organització i bon funcionament del centre: neteja d'espais individuals i col·lectius, compliment d'horaris, motivació, registre d'intervenció ...
- Seguiment registrat dels hàbits relatius a les activitats de la vida diària.
- Orientar en la recerca i fomentar la participació dels usuaris en recursos comunitaris, sempre en funció del seu PTI.
- Promocionar les parcel·les de la vida del usuari que el poden orientar cap a una millor inserció social (laboral, judicial, del lleure, sanitària, familiar...)
- Supervisió de la planificació i compliment de la gestió del temps lliure, tan a nivell personal com grupal.
- Recollir informació dels protocols i anotar les incidències en els diferents registres del centre.



### Funcions Monitor/a

- Vetllar pel compliment de les normes de convivència i funcionament establertes (seguiment d'horaris, tasques, etc.).
- Supervisar el seguiment de les tasques ocupacionals i les diferents responsabilitats del centre.
- Donar suport als educadors.
- Acompanyaments a usuaris i traspàs de la informació generada en les gestions externes a la resta de l'equip. Anotar la informació en el full de curs.
- Seguiment, control i solució si s'escau de temes d'infraestructura, subministres, qualitat de l'aigua per consum humà, seguretat dels tallers, riscos...
- Informar a direcció de les necessitats i demandes de material del centre.

### Funcions del Metge/ Psiquiatra

- Participar en la valoració integral inicial dels usuaris fent valoracions mèdiques preingrés,.
- Realitzar la història clínica inicial en el moment de d'ingrés, fer diagnòstic provisional i prescripció de pauta inicial de medicació.
- Diagnòstic amb l'acord i suport dels psicòlegs clínic i de serveis externs especialitzats, tractament psico-mèdic-farmacològic, i seguiment de l'estat de salut psiquiàtric dels residents.
- Seguiment orgànic dels residents.
- Recollir i transmetre la informació sobre l'estat de salut dels residents amb la resta de l'equip a través de les eines de registre internes i de l'assistència a les reunions d'equip.
- Coordinació amb els metges i psiquiatres de referència de la XAD.
- Coordinació amb personal mèdic de la xarxa sanitària pública de la regió (Àrees bàsiques de la zona, Hospitals, CAP, etc), per a prescripcions, derivacions i consultes amb especialistes.
- Seguiment , actualització i registre de les pautes de medicació d'acord amb protocol especificat i degudament autoritzat per l'autoritat sanitària.
- Realitzar les notes d'evolució en la història clínica i en la fitxa personal de medicació.
- Revisió i actualització de protocols d'acció específics (conductes compulsives, pacient agitat, reaccions al·lèrgiques, etc.). Cada centre ha de tenir un protocol de derivació a centres hospitalaris per a urgència i emergències.
- Sol·licitud de proves mèdiques complementàries.
- Coordinació derivacions específiques a altres serveis de salut si cal.
- Elaboració dels informes específics i altres amb col·laboració que es requereixin
- Responsabilitzar-se i coordinar el programa d'Educació per la Salut.
- Responsable clínic de l'aplicació del protocol de prevenció de sobredosis del Dept. De salut de la Generalitat de Catalunya.

### Funcions infermer/a

- Acollida residents nous.
- Elaboració història infermeria: entrevista amb l'usuari/a, seguiment analític.
- Ordenar la història clínica de l'usuari/a, així com tancar-la un cop rebí l'alta del programa a CT.
- Dur a terme, amb coordinació amb psicologia, l'execució del CAGE per avaluar estadi de canvi a l'ingrés.
- Coordinació de visites amb el metge i el psiquiatra del centre.

- Control i seguiment de: TA, glicèmia –si s'escau-, pes, ginecologia, ...
- Programa i calendari de vacunacions.
- Supervisió de les prescripcions mèdiques, registre en el llibre de medicació dels usuaris/es, i control i supervisió del registre de dispensació i presa de medicació.
- Elaboració en coordinació amb cuina i metge de la CT de dietes i indicacions específiques.
- Educació per a la salut i la higiene dels usuaris: tallers, xerrades, grups específics en coordinació amb el tutor/a de l'usuari/a.
- Coordinació junt amb el metge de la CT, de l'acompanyament per a les consultes mèdiques al CAP de l'àrea que correspongui a la mateixa, així com també les visites amb especialistes que se'n puguin derivar.
- Coordinar tot el relacionat amb les baixes/confirmacions/altes per IL amb el CAP d'àrea, si es dona el cas.
- Coordinació de la recepta electrònica em el CAP (trasllat del CAP de referència de l'usuari/a al CAP de l'àrea de la CT).
- Preparació i administració de la medicació.
- Seguiment de les pautes mèdiques de tractament i raport diari de les pautes.
- Primeres cures
- Dur a terme el curs de Salut de Gènere (per a dones i homes)
- Manteniment dels instruments habituals de l'organització en la dispensa de medicació.

## 8. CRITERIS I CIRCUIT D'ACCÉS

---

El circuit d'accés de les CC.TT. que tenen totes les places subvencionades per l'ICASS, es des del CAS

## 9. COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS I CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL

---

Davant la diversitat de problemàtiques que afecten les persones ateses es fa imprescindible la coordinació amb diversos sectors i entitats de salut de la Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD), la Xarxa de salut mental, els serveis socials d'atenció primària, les unitats hospitalàries de referència, els centres ambulatoris de primària i altres entitats i professionals del sector. Tot això ajuda a garantir una millora en l'atenció integral a la persona usuària i, especialment, a la continuïtat del procés d'atenció i gestió dels suports necessaris.

La prevalença de problemàtiques socials i judicials associades al consum de drogues, així com la influència d'aquestes problemàtiques en l'evolució i el pronòstic del seu tractament, fa necessari un nivell de col·laboració i de coordinació adequat amb la Xarxa de serveis socials i els organismes competents en matèria jurídica del Departament de Justícia (jutjat, serveis penitenciaris, mesures penals alternatives, etc.). L'expedient d'atenció de cada persona

42



usuària ha de tenir les dades dels centres i els/les professionals amb els quals s'estigui coordinant l'atenció.

Per facilitar els processos de relació i inclusió a la comunitat, i afavorir la integració i la rehabilitació, els centres han d'establir les estratègies i les aliances necessàries amb el seu entorn.

Per altre banda les Comunitats Terapèutiques planifiquen l'alta, junt amb l'usuari i el CAS d'origen o referent. Des de la C.T s'elaborarà un informe d'alta amb els continguts que possibilitin el seguiment del pacient per part del recurs de destinació posterior a l'alta i específicament, al CAS.

(Extret del document de Bones Pràctiques i del Document de Suport nº2)

## 10 INDICADORS

---

Agafem com a referència el treball que varem realitzar les CCTT de la XAD, amb l'ICASS, conduïts per Avedis Donavedian al 2006, que es centraven en 5 dimensions:

- Dimensió 1: Atenció i suport a la persona i la família.
- Dimensió 2: Aspectes ètics i relacionals en l'atenció de la persona.
- Dimensió 3: Organització i gestió del dispositiu.
- Dimensió 4: Coordinació amb altres sectors i entitats.
- Dimensió 5: Entorn de l'atenció

Entenen que caldria fer una revisió dels mateixos, d'alguns estàndards i fórmules, i proposem que des de l'ICASS s'organitzi un Grup de Treball per fer aquesta revisió.

## ANNEX 1

Les normes que fan referència directament a les infraestructures són:

- Ordre de 15 de juliol de 1987, de desplegament de les normes d'autorització administrativa de serveis i establiments de serveis socials i de funcionament del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials, fixades al Decret 27/1987, de 29 de gener.
- Decret 135/1995, de 24 de març de desplegament de la Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques, i d'aprovació del Codi d'accessibilitat.

I altres no tan directament relacionades són:

- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials.
- Decret 176/200, de 15 de maig, de modificació de Decret 284/1996.

Per tal que les instal·lacions resultin confortables i segures es recomana:

- El centre disposa dels mitjans per tenir una temperatura, il·luminació i ventilació adequades, amb sistemes de control per insectes i rosegadors.
- Els espais són accessibles per a persones amb mobilitat reduïda.
- El centre compleix amb la normativa de seguretat.
- Equipament i mobiliari en bon estat de funcionament.
- Es segueix un protocol de neteja general i manteniment.
- Es segueix un protocol de control d'habitacions.
- Es segueix un protocol per cuines i menjadors.
- El repintat es realitza de forma protocol·litzada, suficient per tal que el centre es trobi en bon estat (entre 3 i 5 anys).
- Existeix un pla d'evacuació en situacions d'urgència (catàstrofes).
- Simulacre d'evacuació cada tres mesos
- Existeix una guia de manteniment: ascensor; cuina, llums, calefacció, cambres, etc.
- Es segueix un protocol per l'aigua de consum humà.
- Es segueix protocol i controls d'aigües servides com de sanejament.
- Existeix un sistema de control pels usuaris.
- Senyalització mínima.
- Rètols d'habitacions.
- Temperatura òptima a l'hivern (uns 22° de màxima durant el dia i uns 16° a la nit)

Des de les bones pràctiques proposem treballar els següents punts:

### 1) Espais preacollida:

- Són espais diferenciats del centre, que figuren imputats als costos generals i que són recomanables per la recepció - avaluació - admissió - derivació de la persona assistida.

- Han de ser de fàcil localització i accessibles amb transport públic i situar-se – a ser possible –, en zones poc conflictives socialment.
- Accessibilitat sense barreres arquitectòniques des del carrer i en condicions de complir els drets dels treballadors i usuaris, pel que fa a característiques d'il·luminació, espais, climatització, mobiliari, mitjans tècnics de comunicació, etc.

## 2) Espais de l'establiment o d'acolliment residencial

- Perfecta identificació del lloc des de les vies d'accés principals, amb correcta senyalització per a una fàcil localització per part dels residents i familiars.
- Disponibilitat de sistemes de transport públics per accedir al recurs: trens, autobusos, o transport privat que ofereixi l'entitat a centres urbans reconeguts
- Distància adequada a centres assistencials i hospitals.
- Accessibilitat per a ambulàncies
- Accessibilitat de totes les estructures residencials per usuaris amb problemes de mobilitat.
- Compliment general de normes de detecció i d'evacuació d'incendis.

a. Dormitoris: garantir que disposin dels elements estructurals d'intimitat i de seguretat necessaris.

### b. Banys:

- Individuals i/o col·lectius; en qualsevol cas garanteixen la privacitat
- Els espais físics, inclosos els lavabos, tenen en compte les necessitats especials de les dones.

c. Espais d'atenció individualitzada: Estan diversificats; permeten el desenvolupament sense interferències de diferents activitats, per exemple:

- Farmaciola.
- Infermeria.
- Medicina.
- Psicologia.
- Reunions amb familiars per teràpia, si és possible.
- Gerència i administració.

d. Espais atenció col·lectiva: Estan diversificats; permeten el desenvolupament sense interferències de diferents activitats.

e. Espais lúdics i o de esbarjo: Estan diversificats; permeten el desenvolupament sense interferències de diferents activitats.

f. Cuina - Menjador: Compliment de normativa de menjadors col·lectius.

g. Bugaderia: Es pot subcontractar, però en cas que aquest servei es presti per l'entitat cal tenir en compte:

- Lloc accessible, correctament ventilat, il·luminat i calefaccionat.
- Sistemes automatitzats de tractament per la roba. (bruta, neta, blanca, etc)
- Protocol de treball amb registre de funcionament

## ANNEX 2

Altres protocols de valoració individual:

- Valoració inicial - registre individual de valoració integral
- Programa Terapèutic Individual (PTI)
- Full individual de seguiment (educador, psicòleg, metge, treball social,...)
- Qüestionari de qualitat de vida

Programes d'intervenció grupal:

- Programa de socialització i millora de la convivència
- Programa de prevenció de recaigudes

Protocols de valoració de la situació familiar:

- Protocol de gestió de les relacions amb les famílies
- Pla de treball amb les famílies i/o referents
- Fulls de registre i seguiment d'objectius i/o actuacions
- Registre de trucades
- Registre de sortides amb les famílies
- Registre d'assistència de les famílies

Protocols referents a tractaments farmacològics:

- Protocol de dispensació de medicaments
- Protocol d'emmagatzematge i eliminació de medicaments
- Protocol de procés d'entrada i control d'existències dels fàrmacs.
- Protocol de control de la farmaciola
- Protocol de revisió de medicació al ingrés
- Protocol d'interaccions entre medicacions i aliments
- Protocol de medicacions que no es poden triturar
- Control d'inici i finalització de la medicació ( pauta mèdica )
- Sistema de gestió de la medicació controlada pels usuaris als pisos
- Sistema de controls amb medicació psicotròpica
- Registre d'incidències amb la medicació
- Registre de preparació de la medicació
- Protocol d'actuació en situació d'emergència sanitària

Altres protocols d'atenció:

- Protocol de les activitats diàries desenvolupades al dispositiu
- Registre incidències diàries
- Calendari d'entrada i sortida de residents
- Protocol d'elaboració i seguiment del PTI
- Protocol d'intervencions socioeducatives
- Protocol d'intervencions en situació de crisi (emergències i incidents)

Programes d'educació per la salut:

- Valoració de les necessitats d'educació per la salut - qüestionari
- Programa de educació per la salut
- Registre d'assistència a les sessions educatives
- Avaluació del programa - qüestionari

Dossier de documentació individual que conté:

- Registre dades personals



- Contracte terapèutic
- Reglament de règim intern signat
- Full de consigna
- Autorització de tractament de dades signat
- Autorització de transmissió de dades a persones referents signat
- Registre dades socials
- Valoració inicial i periòdica en totes les àrees d'intervenció
- PTI.
- Registre de seguiment interdisciplinari
- Tractament i orientació amb els familiars
- Registre de tots els espais terapèutics on l'usuari assisteix

Registre del procés de preparació de l'alta:

- Documentat en PTI.
- Informe d'alta

Valoració del grau de satisfacció de l'usuari:

- Estudi d'opinió anual per residents/famílies
- Estudi d'opinió anual per referents socials
- Sistema de recollida de suggeriments, queixes i reclamacions
- Enquestes de satisfacció, grups focals, reunions periòdiques, fulls de reclamació, registre intern per a suggeriments i reclamacions verbals.
- Informe anual del grau de satisfacció

Aspectes ètics:

- Codi ètic de l'entitat
- Protocol per abordar els temes ètics de l'organització
- Protocol per preservar la confidencialitat de la informació

Gestió:

- Document de cartera de serveis del centre

Sistemàtica de treball de l'organització:

- Sistema documental del principals processos i
- Definició de missió, valors i objectius del dispositiu
- Organigrama del dispositiu i sistemes d'organització
- Sistemàtica de coordinació interna
- Sistemàtica de coordinació amb altres recursos
- Programa d'atenció
- Mapa de processos bàsic de l'organització
- Sistema de gestió i millora de la qualitat
- Procés sistemàtic d'avaluació de resultats:
- Quadre de comandament d'indicadors de les àrees d'atenció i gestió

Recursos humans:

- Pla de formació continuada
- Partida pressupostària assignada
- Registres de les activitats formatives del centre: internes, externes, seminaris, tallers, jornades, congressos,...
- Pla de formació específic per les noves incorporacions
- Responsable específic que coordina i implementa el pla
- Registre d'opinió dels professionals sobre les activitats formatives que cursen



- Registre de l'assistència a les activitats formatives
- Estudi de satisfacció dels professionals
- Política per millorar la retenció del personal
- Protocols de coordinació amb altres entitats socials
- Protocols de coordinació amb altres entitats de salut

Altres protocols i dossiers:

- Notificació de cessament del tractament- signatura de rebut - arxivar
- Dossier d'informació en cas de derivació
- Protocol davant el consum o tinença de substàncies il·legals
- Drets i deures dels usuaris
- Pla de prevenció de riscos laborals
- Protocol per la sortida de professionals
- Reunions de professionals: convocatòria - ordre del dia - acta de la reunió
- Definició de la funció dels professionals
- Valoració periòdica dels professionals
- Protocol de neteja general i manteniment
- Protocol del control d'habitacions
- Protocol de cuines i menjadors
- Pla d'evacuació en situacions d'emergència
- Simulacre d'evacuació
- Guia de manteniment: cuina, llum, aigua, calefacció, habitacions,...
- Protocol pel aigua de consum humà
- Protocol i control d'aigües servides com de sanejament
- Senyalització mínima
- Rètols d'habitacions
- Pla de control per gestionar la seguretat dels usuaris i el personal
- Pla de catàstrofes