

Creixem

Model municipal dels Centres
de Desenvolupament Infantil i Atenció
Precoç de l'Institut Municipal de Persones
amb Discapacitat



Creixem

Model municipal dels Centres
de Desenvolupament Infantil
i Atenció Precoç (CDIAP)
de l'Institut Municipal de Persones
amb Discapacitat (IMPD)

Publicació

Institut Municipal de Persones
amb Discapacitat
Àrea de Drets Socials, Justícia Global,
Feminismes i LGTBI
Ajuntament de Barcelona

Direcció tècnica i redacció

Margarida Saiz Lloret
Direcció del Departament de Serveis
de Vida Independent de l'Institut Municipal
de Persones amb Discapacitat

Coordinació de la edició

Anna Noguer Bardia
Responsable de Comunicació de l'Institut
Municipal de Persones amb Discapacitat

Edició

Ajuntament de Barcelona

Disseny gràfic

Estudi la_maquineta

Correcció de textos

Hores Extraordinàries, SL

Dipòsit legal

B.3739-2020

Creative commons

CC BY-NC-SA 4.0



En qualsevol ús d'explotació de l'obra es
farà constar l'autoria

Ciutat i any de publicació

Barcelona, 2020

Impuls del projecte

Ramon Lamiel Villaró
Gerent de l'Institut Municipal de Persones
amb Discapacitat

Assumpta Soler Farràs
Direcció del Departament d'Estratègia
i Coordinació de l'Institut Municipal
de Persones amb Discapacitat

Autoria

Autoria IMPD

Alicia Apolo Llerena, Ana Rosa Vidal
Carreño, Antoni Galiano Barajas,
Assumpta Soler Farràs, Begoña Erquiaga
Cebolla, Cati Mercadal Barber,
Federica Guarino, Gabriela Secondi,
Gemma Casado Fernández, Imma Oñate
García, M. del Mar Sierra Ruiz,
Mar Morales Ansa, Margarida Saiz Lloret,
Maribel Conesa Pérez, Marta Garí Marsol,
Marta Lozano Miró, Montse Roigé
Puchol, Neus Rodríguez González,
Olga Martínez García, Òscar Esteban Juan,
Raquel Igual Rosado, Rosa Ballester Rius,
Sara Vendrell Valls

Autoria experta

Anna Fornós Barreras, Antoni Galiano
Barajas, Begoña Román Maestre,
Carlos Ignacio Orteza González, Carmina
Català Galofré, Gemma Altell Albajes,
Maria Carme Montserrat Boada,
Rafael Villanueva Ferrer

Col·laboració

Antoni Camino Taboada, Fátima
Pegenaute Lebrero, Guillem Campamà
Rubio, M. Àngels Betriu Cabeceran,
Miquel Àngel Rubert Bestard

Índex

Preàmbul	3
0. Presentació	7
0.1. Objectius	7
0.2. Els CDIAP de l'IMPD	8
0.3. Els inicis: d'on venim	9
0.4. El procés d'elaboració del model	11
0.5. Estructura i contingut	19
0.6. Delimitació del model: abast, límits i reptes pendants	21
1. Primera part. L'atenció precoç	25
1.1. Marc legal i normatiu de referència	27
1.2. De l'estimulació precoç a l'atenció precoç: un canvi de mirada	29
1.3. L'atenció precoç i els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)	42
2. Segona part. Els drets en la primera infància	55
2.1. Punt de partida: l'Observació General núm. 7 de les Nacions Unides	57
2.2. Els drets de la infància més vulnerable	61
2.3. El paper clau de l'educació infantil	65
3. Tercera part. Els CDIAP de l'IMPD	69
3.1. Fitxa bàsica del servei	72
3.2. El marc conceptual del Model	78
3.2.1. Marc epistemològic	78
3.2.2. Marc teòric de referència	79
3.2.3. La perspectiva de gènere: caràcter transversal a la diversitat de línies teòriques	90
3.2.4. La multiculturalitat de la població atesa: un factor clau en la intervenció dels CDIAP de l'IMPD	93
3.3. Les prioritats del Model	95
3.3.1. L'accés de l'infant al CDIAP	95
3.3.2. Aspectes del procés d'intervenció un cop es produeix la demanda d'atenció i l'infant i la seva família accedeixen al CDIAP	102
3.3.3. Garantir els drets de l'infant: una prioritat	110
3.3.4. Potenciar, ampliar i diversificar la intervenció amb les famílies	112

3.3.5. Potenciar la prevenció primària i secundària: una prioritat	116
3.3.6. Inter i transdisciplinarietat: dos requisits del treball en equip en un CDIAP	120
3.3.7. Incorporar l'àmbit del lleure: una necessitat	124
3.3.8. Els CDIAP de l'IMPD: un agent proactiu als territoris i en les xarxes d'articulació interserveis que intervenen en la infància	126

4. Quarta part. Aspectes de l'organització i el funcionament que defineix aquest model 129

4.1. Els horaris de funcionament i d'atenció. L'obertura del servei	131
4.2. L'equip del CDIAP. Perfils	135
4.3. Criteris de dedicació i de distribució de temps	144
4.4. Estàndards i procediments de qualitat que volem millorar	146
4.5. Els espais interdisciplinaris de treball conjunt i de reflexió	150
4.6. Els espais de coordinació i de reflexió per perfil professional	158
4.7. Construcció d'una cultura tècnica comuna entre tots dos CDIAP	159
4.8. Espais estables d'articulació dels nostres CDIAP amb determinats serveis dels àmbits de la salut, l'educació i els serveis socials	163
4.9. Col·laboració amb la realització de pràctiques d'alumnat de màsters i postgraus	165
4.10. L'opinió de les persones que integren els equips	165
4.11. Ràtios de personal	168
4.12. Els equipaments: característiques i requisits	174

5. Cinquena part. Compromís amb la millora contínua i amb la visibilització de la intervenció 177

5.1. La protocol·lització de la intervenció a partir de l'experiència i les bones pràctiques	179
5.2. La recerca aplicada	180

Annexos 185

Annex I. Funcions i perfil del personal administratiu en el context dels CDIAP de l'IMPD	187
Annex II. Funcions i perfil de la figura de psicomotricista en el context dels CDIAP de l'IMPD	193
Annex III. L'encaix del treball social dins l'equip interdisciplinari en el context dels CDIAP de l'IMPD	207
Annex IV. Programa funcional de l'equipament que necessita el CDIAP EIPI Ciutat Vella	221
Annex V. Programa funcional de l'equipament que necessita el CDIAP EIPI Nou Barris	229



Preàmbul

L'any **1983** l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat (IMPD) va posar en marxa el primer servei públic d'atenció precoç a Catalunya amb la creació de dos equips d'integració de la petita infància que aviat transformarien el seu nom en **equips interdisciplinaris de la petita infància (EIPI)**.

Trenta-sis anys després, i a partir de l'experiència acumulada, l'IMPD vol fer un salt qualitatiu que permeti que aquests serveis assumeixin amb èxit els nous reptes que planteja una societat en ràpida evolució i amb canvis profunds per tal de garantir una atenció terapèutica global, integral i interdisciplinària de màxima qualitat a tota la infància dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris que necessiten d'atenció precoç, i per fer de la prevenció primària i secundària una prioritat.

Per què ens cal ara definir aquest Model? És que fins ara no n'hem tingut? O potser significa que es posa en qüestió la manera com hem funcionat fins ara?

Res més lluny de la realitat. Justament aquest Model parteix del reconeixement de la bona feina que es fa actualment i de la que s'ha fet fins ara, i es nodreix de l'experiència acumulada al llarg d'aquests trenta-sis anys.

Aquest Model, per tant, no pretén tant innovar com reordenar, contextualitzar els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP EIPI) en uns sistemes de serveis (serveis socials, educació, salut) que s'han transformat quantitativament i qualitativa en les últimes tres dècades, i assenyalar prioritats segons els requeriments d'una societat complexa en plena transformació.

A l'IMPD, amb orgull per la nostra història i pel que som, volem donar amb aquest Model un nou impuls que enforteixi els CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris per assumir amb èxit els nous reptes que la nostra societat planteja.

Quins són aquests **nous reptes que ens planteja la societat actual**? Sense ànim d'enumerar-los tots, volem destacar-ne alguns que considerem especialment rellevants, com són: el desenvolupament creixent de noves estructures familiars, la incorporació de la perspectiva de gènere en l'anàlisi de la parentalitat, els avenços i descobriments científics en camps molt diversos de la salut com el de la neurociència, la reproducció assistida o la genètica.

Aquests nous **reptes** se sumen a d'altres **que, sense ser nous**, en el període d'aquests 36 anys **han adquirit noves dimensions**. En citem alguns a tall d'exemple:

- Barcelona ha esdevingut una ciutat multicultural, sobretot en alguns districtes de la ciutat entre els quals trobem Ciutat Vella i Nou Barris.
- S'ha produït un increment significatiu, progressiu i ininterromput de la demanda d'atenció als CDIAP com a resultat d'una major preocupació social i institucional per la cura i protecció de la infància, d'una major consciència sobre la importància de l'atenció precoç i d'una major capacitat de detecció precoç per part dels serveis de la salut, l'educació i els serveis socials.
- Ha augmentat la precarietat i la vulnerabilitat en una proporció important de la població atesa.
- Existeixen sectors de població en situació de màxima vulnerabilitat o d'exclusió social que no sempre arriben al CDIAP tot i ser derivats pels serveis que detecten la necessitat que l'infant rebi atenció precoç per part d'un CDIAP.

Per què **Creixem**? Perquè per tal d'afrontar amb èxit aquests reptes necessitem, entre altres:

- Incrementar les i els professionals dels nostres equips.
- Incrementar la superfície dels nostres equipaments i disposar d'un equipament propi (antena) a la Zona Nord de Nou Barris.
- Incrementar les actuacions específiques en determinats àmbits de la nostra intervenció, sobretot en l'àmbit de la prevenció (primària i secundària) i del treball amb les famílies.
- Intensificar i aprofundir el treball en xarxa amb els serveis de la salut, educatius, i serveis socials que treballen amb la petita infància, tot incorporant també l'àmbit del lleure.

Aquest Model defineix el que volem ser i fer com a CDIAP, i compromet l'IMPD en la definició d'un full de ruta que permeti progressar en aquesta direcció fins a assolir la seva plena implementació en un futur que desitgem proper; objectiu que implica, necessàriament, l'establiment d'acords amb d'altres instàncies institucionals tant municipals com de la Generalitat.

Així doncs, **el Model** que ara teniu a les mans **parteix del reconeixement** de la bona pràctica realitzada i de l'experiència acumulada durant aquests 36 anys, **i de l'orgull del que som i de la nostra història**. Aquest és el bagatge que tenim. **I dibuixa l'atenció precoç que volem en els propers anys** i que ens ha de permetre afrontar amb èxit els reptes actuals.

Pertoca a qui el llegeixi jutjar si ho hem aconseguit.



0. Presentació

0.1. Objectius

1. Visibilitzar els dos EIPI de l'IMPD com a centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) que formen part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials i de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya amb la consideració de serveis socials especialitzats de caràcter universal i gratuït.
2. Definir un únic Model municipal de CDIAP amb dos punts de prestació: Ciutat Vella i Nou Barris.
3. Facilitar l'accés al servei dels infants i famílies provinents d'entorns socials i/o culturals amb més dificultat per fer demanda d'atenció.
4. Potenciar la funció de prevenció (primària i secundària) mitjançant actuacions específiques adreçades als serveis que intervenen amb la petita infància en el territori, i a les famílies.
5. Potenciar el treball en xarxa existent amb els serveis del territori dels àmbits de la salut, l'educació, els serveis socials, i incorporar, per primera vegada, l'àmbit del lleure.

0.2. Els CDIAP de l'IMPD

L'IMPD gestiona directament el Servei d'Atenció Precoç en dos districtes de la ciutat: Ciutat Vella i Nou Barris.

Punts actuals de prestació del servei:

CDIAP EIPI Ciutat Vella

Reina Amàlia, 33
08001 Barcelona
93 256 46 85
eipicv@bcn.cat

CDIAP EIPI Nou Barris

Equipament Base

Luz Casanova, 11
08042 Barcelona
93 256 47 00
eipinb@bcn.cat

Antena Zona Nord

(Casal de Barri Torre Baró)
Escolapi Càncer, 5
08033 Barcelona
93 256 47 00
eipinb@bcn.cat

Punts futurs de prestació del servei

En tots dos districtes es necessiten equipaments base de més superfície per diverses raons:

- L'increment significatiu, progressiu i ininterromput de la demanda d'atenció als nostres CDIAP.
- Les dades que ens aporta l'estudi "El territori. Característiques de la població atesa, anàlisi dels serveis derivadors i de l'accessibilitat al servei dels CDIAP EIPI de Ciutat Vella i EIPI de Nou Barris", encarregat per l'IMPD al Departament de Recerca de l'Àrea de Drets Socials.
- Els requeriments que comporta la implementació del Model que aquí presentem.

La impossibilitat d'ampliar la superfície dels equipaments actuals ha portat l'IMPD a realitzar les gestions oportunes per trobar nous emplaçaments que, de moment, estan pendents de concretar.

D'altra banda, a Nou Barris, durant el període d'elaboració d'aquest Model, s'ha obert un segon equipament o antena de dimensions més reduïdes ubicat a la Zona Nord del districte, que integra els barris de Torre Baró, Ciutat Meridiana i Vallbona que, segons

l'índex sintètic de desenvolupament/vulnerabilitat social,¹ amb dades del 2015, ocupaven les posicions 71, 72 i 68, respectivament, del rànquing d'un total de 73 barris de la ciutat. O dit en altres paraules, tots tres barris són dels més vulnerables de la ciutat. La Zona Nord de Nou Barris és també on s'observa una major dificultat perquè les famílies que són derivades al CDIAP EIPI Nou Barris pels serveis de salut, educació i serveis socials arribin a fer demanda d'atenció.

0.3. Els inicis:² d'on venim

Tot i que el Model que aquí es presenta parla del futur, aquest no es pot construir sense tenir memòria d'on venim. No és la nostra intenció fer aquí una anàlisi històrica detallada, però sí destacar alguns elements que considerem clau per entendre què som ara i per què els nostres CDIAP estan adscrits a l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat.

L'any 1983 es posen en marxa dos equips d'integració de la petita infància (que pocs anys després canviarien el nom per l'actual d'Equips Interdisciplinaris de la Petita Infància) als districtes de Ciutat Vella i de Sants. Anys després, quan la Generalitat va posar en marxa el Centre d'Atenció al Disminuït (CAD)³ del Paral·lel, que incorporava un Servei d'Atenció Precoç que havia d'atendre la població del districte de Sants-Montjuïc, l'EIPI es va traslladar al Districte de Nou Barris.⁴

Es van escollir deliberadament aquests districtes per ubicar i prestar els serveis dels dos EIPI perquè eren territoris on no hi havia serveis privats que proporcionessin atenció precoç. Es tractava de districtes amb població majoritàriament de poc poder adquisitiu i que es trobava sovint en situacions de vulnerabilitat.

El nom inicial dels EIPI respon a la demanda de suport i col·laboració per part de les escoles bressol municipals per tal de portar a terme el procés del que aleshores anomenàvem “d'integració” dels infants amb discapacitat als seus centres. Aviat van veure que no es tractava solament de tenir la voluntat de fer-ho, sinó que es necessitava tenir un mínim de coneixements al respecte. Van fer la demanda de col·laboració als aleshores Patronat Municipal de Disminuïts Físics i Patronat Municipal de Disminuïts Psíquics (antecessors de l'actual IMPD), de manera que **els dos EIPI van**

1. L'índex sintètic de vulnerabilitat social pretén ser una eina de suport per a l'avaluació i el seguiment de les desigualtats socials als diferents barris de la ciutat de Barcelona. És un índex que resumeix l'estat de cada àrea geogràfica analitzada combinant tres dimensions bàsiques del desenvolupament/vulnerabilitat: salut, educació i economia. En cadascuna de les dimensions s'observa el comportament d'indicadors clau: l'esperança de vida en l'àmbit de la salut; els estudis primaris o inferiors (%) més les titulacions superiors (taxa) en l'àmbit de l'educació, i la renda familiar disponible en l'àmbit de l'economia.

2. Elaboració a partir de la informació facilitada pel Dr. Antoni Camino Taboada i Fàtima Pegenaute Lebrero, responsables en diferents períodes d'aquests serveis.

3. Actual Servei de Valoració i Orientació a Persones amb Discapacitat (CAD).

4. Beà Torras, N. “L'atenció precoç: dels primers centres a la coordinadora”. “Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç”. Núm. Abril 2001. Monogràfic “L'atenció precoç: Escrits al voltant de la seva realitat” amb motiu del desè aniversari de l'entitat.

néixer amb la missió de treballar juntament amb les escoles bressol municipals dels districtes esmentats per fer realitat la integració dels infants amb discapacitat.

És important destacar que els EIPI neixen des del primer moment com a serveis sectoritzats, de caràcter ambulatori, gratuïts i interdisciplinaris, de titularitat pública (municipal) i de gestió directa, quan encara no existia una Xarxa Pública de Serveis d'Atenció Precoç a Catalunya.⁵

La denominació posterior dels actuals CDIAP, "EIPI - Equips Interdisciplinaris de la Petita Infància", la van proposar els i les professionals d'aquests serveis en un intent de diferenciar-se dels equips d'atenció precoç de caire rehabilitador que funcionaven en l'àmbit hospitalari ja que, des del seu inici, els EIPI treballaven des d'una perspectiva bio-psico-social i amb la voluntat d'atendre l'infant de manera global i integral.

No podem concloure aquesta breu incursió a la història dels nostres CDIAP sense expressar el nostre reconeixement a dues persones que han contribuït de manera decisiva en el seu desenvolupament:

- El Dr. Antoni Camino Taboada (pediatre, neuròleg i amb formació en paidopsiquiatria), que va desenvolupar la tasca de coordinació inicialment de l'EIPI de Sants i posteriorment de tots dos, Ciutat Vella i Nou Barris, fins a la seva jubilació. Va ser, a més, president de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) en el període 1991-1994.
- Fàtima Pegenaute Lebrero, psicòloga de l'EIPI de Sants i posteriorment coordinadora de l'EIPI de Nou Barris, a més de presidenta de l'ACAP en el període 1999-2003.

5. El mateix any 1983 l'Ajuntament de L'Hospitalet posà en marxa el seu Servei d'Atenció Precoç que era gestionat de manera autònoma per una cooperativa de treball associat. Font: "Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç". Núm. Abril 2001. Monogràfic "L'atenció precoç: escrits al voltant de la seva realitat" amb motiu del desè aniversari de l'entitat.

0.4. El procés d'elaboració del Model

En el procés d'elaboració s'han tingut en compte els següents criteris:

- Participació dels equips dels dos CDIAP.
- Incorporació de persones expertes externes per tal d'assegurar una mirada més àmplia que la dels propis serveis o la pròpia pràctica.
- Coherència amb la normativa vigent i els estàndards i procediments de qualitat definits per als CDIAP per la Generalitat de Catalunya.
- Disposar d'un coneixement suficient dels dos territoris, característiques de la població atesa, anàlisi dels serveis derivadors i accessibilitat del servei.

Aprovació de la Regidoria

El 21 d'abril de 2017 la Sra. Laia Ortiz Castellví, tercera tinenta d'alcaldia, va aprovar la proposta presentada que detallava el tipus de continguts a desenvolupar i el sistema a seguir per elaborar-los.

Els espais de participació

Es van definir tres espais de participació:

1. Sessions monogràfiques de treball
2. Jornades
3. Grups de treball

A continuació es detalla en què ha consistit cada un.

1. Les sessions monogràfiques del Model

S'han realitzat tres sessions de treball monogràfiques que es detallen a continuació. Totes les persones integrants dels dos equips havien de participar, almenys, en una de les sessions.

En totes les sessions hi han participat una o més persones expertes externes o internes que, prèviament i amb prou antelació, lliuraven un document que servia de base per al debat i que havia de ser treballat individualment per cada participant abans de la data de realització de la sessió de treball.

Cada sessió va durar tres hores i s'estructurava en dos temps:

- Presentació d'idees clau per part de la persona o persones expertes.
- Debat obert per part de totes les persones participants durant un mínim de dues hores.

Les sessions eren coordinades i conduïdes per la cap del Departament de Serveis de Vida Independent de l'IMPD, que també recollia totes les aportacions en un escrit que s'enviava a totes les persones participants per a la revisió abans de tancar la versió definitiva que forma part dels "Dossiers del Model", juntament amb els documents elaborats per les persones expertes.

Sessió 1. 16 de juny de 2017

Els drets de l'infant: implicacions en la mirada professional i implicacions en l'organització i funcionament del servei

Persones participants:

Persones expertes:

- Antoni Galiano Barajas, assessor jurídic de l'IMPD.
- Carme Montserrat (psicòloga, pedagoga i mestra, codirectora de l'Equip de recerca en infància, adolescència, drets dels infants i la seva qualitat de vida (ERIDIQV) de la Universitat de Girona.

Professionals dels CDIAP:

- Olga Martínez García, administrativa del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Gemma Casado Fernández, treballadora social del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Maribel Conesa Pérez, logopeda del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Marta Garí Marsol, psicòloga del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Imma Oñate García, psicòloga del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Mar Morales Ansa, treballadora social del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Òscar Esteban Juan, psicòleg dels CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris.

Coordina i participa:

- Margarida Saiz Lloret, cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

Sessió 2. 19 de juny de 2017

El subjecte de la nostra intervenció: l'infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de la persona professional

Persones participants:

Persona experta:

- Begoña Román Maestre, presidenta del Comitè Català d'Ètica de Serveis Socials.

Professionals dels CDIAP:

- Alicia Apolo Llerena, psicomotricista del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Sara Vendrell Valls, fisioterapeuta del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Begoña Erquiaga Cebolla, psicòloga i coordinadora del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Imma Oñate García, psicòloga del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Cati Mercadal Barber, psicòloga del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Neus Rodríguez González, fisioterapeuta del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Òscar Esteban Juan, psicòleg dels CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris.

Serveis centrals de l'IMPD:

- Antoni Galiano Barajas, secretari delegat de l'IMPD.

Coordina i participa:

- Margarida Saiz Lloret, cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

Sessió 3. 15 de juliol de 2017**Marc teòric de referència que orienta l'atenció que proporcionen els nostres CDIAP de l'IMPD****Persones participants:****Persones expertes:**

- Rafael Villanueva Ferrer, psicòleg clínic i logopeda de CDIAP, assessor i supervisor extern de CDIAP.
- Anna Fornós Barreras, neuropediatra de CDIAP i responsable a la Generalitat en la primera etapa de posada en marxa de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya.
- Gemma Altell Albajes, entre d'altres, experta en temes de perspectiva de gènere, psicòloga de professió.
- Carlos Ignacio Ortiz González, neuropediatre de l'Hospital Sant Joan de Déu amb experiència com a neuropediatre de CDIAP.

Disculpa l'assistència a la sessió:

- Carmina Català Galofré, cap del Departament de Planificació i Processos de l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona i psicòloga de professió.

Professionals dels CDIAP:

- Gabriela Secondi, neuropediatra del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Montse Roigé Puchol, psicòloga del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Ana Rosa Vidal Carreño, psicòloga del CDIAP EIPI Nou Barris.

- Raquel Igual Rosado, psicòloga del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Federica Guarino, neuropediatra del CDIAP EIPI Nou Barris.
- M.^a del Mar Sierra Ruiz, logopeda del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Gemma Casado Fernández, treballadora social del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Alicia Apolo Llerena, psicomotricista del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Olga Martínez García, administrativa del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Rosa Ballester Rius, administrativa del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Begoña Erquiaga Cebolla, psicòloga i coordinadora del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Òscar Esteban Juan, psicòleg dels CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris.

Coordina i participa:

- Margarida Saiz Lloret, cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

2. Les jornades del Model

S'han realitzat dues jornades de treball en les quals s'ha debatut a partir d'un document de base que tenia caràcter de proposta inicial i que ha estat lliurat amb prou antelació a totes les persones participants. L'objectiu en cada jornada ha estat recollir la seva opinió i consensuar, tant com fos possible, el contingut definitiu que cal presentar en qualitat de proposta per a aprovació de la Sra. Laia Ortiz Castellví, tercera tinenta d'alcaldia.

Jornada 1. 22 de novembre de 2017

Continguts a debat:

- Preàmbul.
- Presentació.
- 1a part: L'atenció precoç.
- 2a part: Els drets en la primera infància.
- 3a part: Els CDIAP de l'IMPD.

Persones participants:

IMPD:

- Ramon Lamiel Villaró, gerent.
- Assumpta Soler Farràs, cap del Departament d'Estratègia i Coordinació.
- Antoni Galiano Barajas, secretari delegat i participant en les sessions monogràfiques en qualitat d'expert.

- Totes les persones dels equips dels CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris. A més de les que ja figuren a les sessions monogràfiques, en les dues jornades també participa Marta Lozano Miró, nova psicomotricista del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Margarida Saiz Lloret, cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

Persones expertes sessions monogràfiques.

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (Generalitat de Catalunya):

- M. Àngels Betriu Cabeceran, coordinadora en matèria de tuteles i atenció precoç.

Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç (UCCAP):

- Miquel Àngel Rubert, gerent.

Xarxa de CDIAP de Barcelona:

- Fàtima Pegenaute Lebrero, coordinadora.

Jornada 2. 9 de maig de 2018

Continguts a debat:

- 4a part: Aspectes de l'organització i el funcionament que defineix aquest Model.
- 5a part: El compromís amb la millora contínua i amb la visibilització de la intervenció.

Persones participants:

IMPD:

- Ramon Lamiel Villaró, gerent.
- Assumpta Soler Farràs, cap del Departament d'Estratègia i Coordinació.
- Totes les persones dels equips dels CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris. A més de les que ja figuren a les sessions monogràfiques, en les dues jornades també participa la nova psicomotricista del CDIAP EIPI Nou Barris, Marta Lozano Miró.
- Sergi Morera Vizcaíno, responsable de planificació i avaluació.
- Laura Trujillo Parra, tècnica de planificació i avaluació.
- Margarida Saiz Lloret, cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

EQ EuQuality:

- Guillem Campamà Rubio, consultor per a la implementació als CDIAP de l'IMPD dels procediments i estàndards de qualitat definits per la Generalitat per a l'acreditació dels CDIAP de Catalunya de titularitat privada que formin part de la Xarxa Pública.

3. Els grups de treball

Els mesos de **gener i febrer de 2018** s'han constituït i funcionat simultàniament tants grups de treball com perfils professionals conformen els equips interdisciplinaris dels CDIAP de l'IMPD.

Administració:

Tasca:

- Definició de les seves funcions, perfil i encàrrec en el context dels CDIAP de l'IMPD.
- Encaix com a membre de l'equip.

Hi participen:

- 1a fase. Les administratives dels dos CDIAP.
- 2a fase. S'incorpora la cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

Treball social:

Tasca:

- Aprofundiment sobre la seva aportació en la mirada social i concreció en la fase d'intervenció.
- Encaix com a membre de l'equip.
- Intervenció familiar, grupal i comunitària.

Hi participen:

- 1a fase. Les treballadores socials dels dos CDIAP.
- 2a fase. S'incorpora la cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

Es fan consultes a d'altres professionals del treball social de CDIAP de la xarxa pública.

Altres (Neuropediatria, Psicologia, Fisioteràpia i Logopèdia):

Tasca:

- En la intervenció de casos, definició dels criteris tècnics que determinen quan ha d'intervenir cada disciplina en les diverses fases del procés terapèutic d'atenció i quan ha d'assumir el rol de professional referent del cas.
- Participació en projectes específics de prevenció i de suport a la xarxa comunitària dels serveis de salut, educatius, socials i del lleure.

Hi participen:

Es conforma un grup de treball per a cada disciplina, integrat cadascun d'ells per les persones professionals d'aquella disciplina de tots dos CDIAP.

Psicomotricitat:

Tasca:

- Definició de les seves funcions, perfil i encàrrec en el context dels CDIAP de l'IMPD.
- Encaix com a membre de l'equip.

Hi participen:

- 1a fase. Les psicomotricistes dels dos CDIAP.
- 2a fase. S'incorpora la cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

El 14 de **març de 2018** es van treballar conjuntament les aportacions resultants dels set grups per tal de garantir l'articulació harmònica i complementària i el treball conjunt de cada disciplina en el context de l'equip interdisciplinari.

Fruit d'aquest treball l'IMPD disposa d'un document per a cada perfil professional que respon les qüestions plantejades.

El coneixement del territori

Paral·lelament, l'abril de 2017, s'encarrega al Departament de Recerca de l'Àrea de Drets Socials un estudi sobre **"El territori. Característiques de la població atesa, anàlisi dels serveis derivadors i de l'accessibilitat al servei dels CDIAP EIPI de Ciutat Vella i EIPI de Nou Barris"**, realitzat amb dades d'atenció de 2016.

Així, des del mes de setembre de 2017 disposem de:

- Les dades demogràfiques de la població de 0 a 5 anys i 364 dies, segons tres àmbits territorials: ciutat, districte (10), barri (73); el nombre d'infants que conformen l'univers de la nostra població diana en els districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris i en cadascun dels barris que els integren; l'índex sintètic de desenvolupament/vulnerabilitat social de cada barri i quina posició ocupa en el rànquing de l'índex en el conjunt de la ciutat, etc.
- Una anàlisi i mapificació de la població atesa l'any 2016 i de quins serveis els han derivat a cada un dels nostres CDIAP.
- Una anàlisi i mapificació de l'accessibilitat mesurada en el temps d'accés a peu, metro i bus dels infants atesos l'any 2016 als nostres CDIAP.

Aquesta informació ens ha estat especialment útil per:

- Ajudar a definir les ràtios de personal necessàries per garantir la implementació del Model.
- Dimensionar l'univers de la població diana per a cada barri dels dos districtes i comparar amb la població que arriba a cada un dels dos CDIAP.

- Aportar arguments a la necessitat de crear una antena del CDIAP EIPI Nou Barris a la Zona Nord del districte.
- Identificar les zones dels dos districtes amb millor accessibilitat des dels diferents barris que els conformen, i on seria òptim poder ubicar els nous equipaments dels dos CDIAP.
- Disposar de dades bàsiques per establir prioritats en el treball en xarxa amb els serveis de salut, educatius i de serveis socials.

Els resultats d'aquest estudi van ser presentats als equips de tots dos CDIAP al desembre de 2017 i hi ha el compromís per part de l'IMPD i del Departament de Recerca de l'Àrea de Drets Socials d'actualitzar-lo de manera periòdica per tal d'aportar informació útil per a la programació anual de cada CDIAP.

0.5. Estructura i contingut

Hem estructurat el Model en cinc blocs temàtics i hem afegit tres dossiers que el completen i que s'editen a part d'aquest document.

Blocs temàtics:

1. L'atenció precoç

Recull i descriu els aspectes clau del marc normatiu i conceptual que defineixen l'atenció precoç i que, per tant, són el context que delimita l'encàrrec que reben tots els CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya de la qual formem part.

En aquest bloc incorporem alguns aspectes clau de la normativa legal que regula els serveis d'atenció precoç a Catalunya i de les aportacions recollides al “Libro Blanco de la Atención Temprana” d'àmbit estatal. I s'aprofundeix en aquells aspectes en què s'ha considerat oportú.

2. Els drets en la primera infància

Aquest és un tema cabdal per a la definició del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD perquè el situa en coherència amb les aportacions dels organismes internacionals com Nacions Unides, UNICEF i el Consell d'Europa, que expliquen com cal interpretar la Convenció sobre els Drets de l'Infant de 1989 en relació amb la petita infància, tot tenint en compte el marc que brinda la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat de 2006 en allò que és d'aplicació en la infància.

D'altra banda, introdueix el paper clau de l'educació infantil, especialment per a la infància en situació de vulnerabilitat, que té conseqüències concretes en el Model que aquí estem definint.

3. Els CDIAP de l'IMPD

Aquest bloc desenvolupa i aprofundeix en què consisteix el Model municipal dels CDIAP de l'IMPD, tot incorporant allò que es vol visibilitzar, encara que ja s'estigui fent, i/o que es vol potenciar, sistematitzar o incorporar de nou.

4. Aspectes de l'organització i el funcionament que defineix aquest Model

Per fer realitat aquest Model cal que es dimensionin adequadament els equips que l'han d'implementar i tenir uns criteris organitzatius i de funcionament intern coherents amb els seus objectius.

Aquest bloc temàtic recull exclusivament els aspectes que s'incorporen de nou i els que es modifiquen, defugint expressament d'abordar els criteris organitzatius ja existents que es mantenen i aquells directament vinculats als estàndards i procediments de qualitat definits per la Generalitat que són d'obligat compliment per a l'acreditació dels serveis, llevat que es plantegi una millora respecte de l'estàndard establert.

5. Compromís amb la millora contínua i amb la visibilització de la intervenció

La realitat en la qual treballen els CDIAP és dinàmica i en les últimes dècades els canvis se succeeixen amb una rapidesa desconeguda en èpoques anteriors.

En conseqüència, el Model dels CDIAP de l'IMPD que aquí definim ha de ser viu, obert i flexible si es vol mantenir una atenció de qualitat al llarg del temps. Per això cal el compromís institucional per establir mecanismes que facilitin la millora contínua.

I per aconseguir-ho cal la implicació dels equips que presten el servei. Per això aquest bloc temàtic recull també el compromís institucional de reconeixement, visibilització i socialització de les bones pràctiques i de les bones reflexions que ajuden a créixer tècnicament tant al servei com professionalment.

De tot això tracta aquest bloc temàtic.

Els dossiers del Model:

A. Els drets de l'infant

Implicacions en la mirada professional, i implicacions en el funcionament i organització del servei

Incorpora tres documents:

- Els documents de les persones expertes: Carme Montserrat Boada i Antoni Galiano Barajas.
- L'escrit amb les aportacions del debat de la sessió monogràfica sobre aquest tema.

B. El subjecte de la nostra intervenció

L'infant com a subjecte. La família com a subjecte. Paper de la persona professional.

Incorpora dos documents:

- El document de la persona experta: Begoña Roman Maestre.
- L'escrit amb les aportacions del debat de la sessió monogràfica sobre aquest tema.

C. Marco teòric de referencia que orienta la atención que proporcionan nuestros CDIAP del IMPD

Incorpora sis documents:

- Els documents de les persones expertes: Rafael Villanueva Ferrer, Anna Fornós Barreras, Gemma Altell Albajes, Carlos Ignacio Orteiz González i l'esquema de Carmina Català Galofré.
- L'escrit amb les aportacions del debat de la sessió monogràfica sobre aquest tema.

0.6. Delimitació del model: abast, límits i reptes pendents

El Model que es presenta és **ambiciós** ja que pretén:

- **Redimensionar els dos equips dels CDIAP** per tal que puguin compatibilitzar amb èxit les actuacions preventives en xarxa amb els serveis de salut, educació i serveis socials, amb una atenció terapèutica de qualitat a tots els infants dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris que requereixen atenció precoç, a les seves famílies i al seu entorn significatiu.
- **Promoure acords interinstitucionals per assegurar una atenció precoç coordinada entre els nostres CDIAP i els serveis de salut, d'educació i de serveis socials que intervenen als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris.**

Tal com defineix el “Libro Blanco de la Atención Temprana”,⁶ [... del model bio-psico-social de l'atenció precoç es deriva la necessitat d'establir relacions amb els programes i serveis que actuen en el context de l'infant i la seva família ...].

Assegurar una atenció precoç als infants que la necessiten és responsabilitat, a més dels CDIAP, dels serveis dels àmbits de salut, d'educació i dels serveis socials que atenen infants. Per tant, l'articulació, coordinació i treball en xarxa entre serveis de diferents àmbits i adscripcions organitzatives no pot dependre de la voluntat de les persones professionals que els presten, sinó que cal l'establiment d'acords interinstitucionals que ho garanteixin.

- **Visibilitzar els CDIAP com un agent proactiu necessari en les taules territorials d'infància.**

La visió i experiència dels CDIAP respecte de les necessitats de la petita infància, del seu desenvolupament normatiu, dels trastorns en el desenvolupament i dels factors de risc el fan un servei imprescindible en els espais comunitaris d'articulació interserveis.

Abast:

El treball realitzat:

- Aborda el marc teòric que orienta l'atenció que proporcionen els nostres CDIAP, tot destacant la importància de tenir i mantenir una mentalitat i actituds obertes sense les quals tota teoria es transforma en dogma.
- Aprofundeix en les implicacions que suposa que l'infant i la família siguin subjectes de l'atenció que es proporciona.
- Aborda temes de millora des de la perspectiva dels drets de l'infant.
- Situa les actuacions específiques de prevenció primària i secundària com un dels eixos prioritaris de la intervenció dels CDIAP.
- Consolida la intervenció grupal amb infants i amb famílies com una metodologia d'especial utilitat terapèutica en el context d'un CDIAP.

6. Grupo de Atención Temprana (GAT) (2000). “Libro Blanco de la Atención Temprana”. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Dona més impuls a la intervenció amb les famílies considerades en un sentit ampli.
- Desenvolupa i incorpora aspectes organitzatius i de funcionament en coherència amb el model metodològic definit aquí, i de millora d'alguns dels estàndards de qualitat establerts per la Generalitat.
- Situa el coneixement sistemàtic i actualitzat de la realitat dels territoris, de la població diana i de la població atesa, dels serveis derivadors i de l'accessibilitat als nostres CDIAP com un requisit indispensable en un procés de millora contínua.

Límites:

Com a criteri general s'ha defugit de reproduir en aquest document continguts que estan definits per la Generalitat o al marc legal existent i que són d'obligat compliment per als CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya. Sí que s'han incorporat aquells continguts que es volien visibilitzar i/o desenvolupar o aprofundir.

Per exemple:

Funcions dels diferents perfils professionals

Què hem fet:

Definir les funcions i l'encaix en l'equip interdisciplinari de les figures de direcció del servei, personal administratiu, psicomotricista i terapeuta ocupacional perquè no estan definides per la Generalitat. I hem aprofundit en determinats aspectes respecte de la figura del treball social perquè, tot i tenir definides les seves funcions, s'ha valorat que no estava prou ben resolt l'encaix en l'equip interdisciplinari.

Què no hem fet:

Abordar les funcions dels perfils professionals de psicologia, logopèdia, neuropediatria i fisioteràpia que ja estan definides des del 2011 per l'aleshores Departament de Benestar Social i Família.

Sistema de gestió de qualitat definit per la Generalitat per al procés d'acreditació dels CDIAP

Què hem fet:

Abordar els estàndards de qualitat establerts per la Generalitat que es volen millorar en el context d'aquest Model municipal.

Què no hem fet:

Incorporar tots els documents elaborats al llarg d'un procés que es va iniciar el gener de 2017 i ha finalitzat l'abril de 2018 per a la implementació del sistema de gestió de qualitat definit per la Generalitat per a l'acreditació dels CDIAP de titularitat privada que volen formar part de la Xarxa Pública de Catalunya. Tot i que l'IMPD, com a institució pública, no ha de seguir un procés d'acreditació per gestionar els dos CDIAP que té adscrits, ha decidit incorporar els criteris, procediments i estàndards definits per

una gestió de qualitat amb la voluntat de garantir un criteri d'equitat entre tots els CDIAP integrants de la Xarxa Pública de Catalunya.

Aquest procés ha estat conduït i assessorat per una empresa experta en gestió de qualitat.

Marc legal

Què hem fet:

Recollir els continguts de la normativa que regula de manera específica els serveis d'atenció precoç que interessava visibilitzar o que es considerava necessari per poder contextualitzar correctament l'anàlisi que es volia fer.

Què no hem fet:

Fer un recull i una anàlisi exhaustiva del marc legal vigent que regula els serveis d'atenció precoç de manera específica i de les normes d'abast més ampli que també s'han de garantir.

Reptes:

- Aconseguir el **finançament adequat** per dimensionar els equips dels dos CDIAP de manera suficient perquè puguin implementar el Model que aquí es dibuixa.
- Plantejar la necessitat de **garantir la continuïtat assistencial més enllà dels sis anys** sempre que calgui, ja que el desenvolupament infantil i la necessitat d'intervenció sovint no s'atura en complir els sis anys.
- **Aprofundir el treball en xarxa interserveis** a partir de l'experiència acumulada.

L'últim repte que volem destacar és **aconseguir que el Model municipal dels CDIAP de l'IMPD que aquí definim sigui quelcom viu, obert i flexible per poder donar resposta als reptes d'una societat dinàmica i canviant**. El temps dirà si ho hem aconseguit.



1. Primera part. L'atenció precoç

Sumari

1.1. Marc legal i normatiu de referència

1.2. De l'estimulació precoç a l'atenció precoç:
un canvi de mirada

1.3. L'atenció precoç i els centres de desenvolupament
infantil i atenció precoç (CDIAP)

La primera part recull i descriu els aspectes clau del marc normatiu i conceptual que defineixen l'atenció precoç i que, per tant, són el context que delimita l'encàrrec que reben tots els CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya de la qual formem part.

En aquest bloc incorporem alguns aspectes clau de la normativa legal que regula els serveis d'atenció precoç a Catalunya i de les aportacions recollides al “Libro Blanco de la Atención Temprana” d'àmbit estatal. I s'aprofundeix en aquells aspectes en què s'ha considerat oportú.

1.1. Marc legal i normatiu de referència

Destaquem a continuació aquelles normes que centren el nostre interès sense pretendre fer en cap moment un recull complet i exhaustiu de totes les normatives relacionades.

Normativa de referència

Àmbit temàtic:

Serveis socials “General”

Àmbit territorial:

Catalunya

- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, dels serveis socials.
 - Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011.
-

Àmbit temàtic:

Serveis socials “Atenció Precoç”

Àmbit territorial:

Cataluña

- Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.
- Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

Barcelona-IMPD

- Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de

desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

Àmbit temàtic:

Població

Àmbit territorial:

Internacional

- Convenció sobre els Drets de l'Infant (1989).
- Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (2006). Observació General núm. 9 "Els drets dels infants amb discapacitat".

Catalunya

- Llei 18/2003, de 4 de juliol, de suport a les famílies.
- Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència.

Altres materials de referència

Àmbit territorial:

Estat espanyol

"Libro Blanco de la Atención Temprana" (2000). Grupo de Atención Temprana (GAT). Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

L'any 1995, en el marc de les reunions interdisciplinàries organitzades pel Real Patronato sobre Discapacidad en què participaven professionals de diferents comunitats autònomes, va sorgir el compromís d'aprofundir sobre la situació de l'atenció precoç a l'Estat espanyol. En aquell moment es va veure necessari posar en comú i analitzar de manera col·lectiva molts aspectes de l'atenció precoç, inclosa la mateixa definició. El mapa resultant havia d'harmonitzar les diferències territorials i de models de funcionament. Aquest grup de treball, denominat Grupo de Atención Temprana (GAT), va continuar treballant sobre el tema fins que l'any 1998 es va prendre la decisió d'elaborar el "Libro Blanco de la Atención Temprana", que va ser editat i presentat l'any 2000 amb el suport del Real Patronato sobre Discapacidad.

Aquest document va néixer amb la voluntat de ser una referència per a administracions públiques, professionals, entitats i famílies. El GAT va comptar amb la representació d'especialistes de les diverses comunitats autònomes i amb el suport del Real Patronato sobre Discapacidad. Va rebre el suport de la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) i de la Fundación ONCE, entre altres entitats.

Per últim, cal ressaltar que l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) va tenir un paper cabdal en la seva elaboració.

Àmbit territorial:

Catalunya

“Document d'estàndards per a l'acreditació de la qualitat dels serveis d'atenció precoç de Catalunya” (2015). Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

Defineix un sistema d'acreditació dels CDIAP que pren com a referència els criteris del model EFQM (European Foundation for Quality Management) que ha estat adaptat al context específic dels serveis d'atenció precoç. Ha estat elaborat mitjançant un grup de treball integrat per professionals del sector i s'han dut a terme dues proves pilot prèvies a la versió definitiva del document d'estàndards.

1.2. De l'estimulació precoç a l'atenció precoç: un canvi de mirada

L'estimulació precoç té un **caràcter rehabilitador i reparador de la deficiència**. La persona professional és l'experta que sap què necessita l'infant i implica la família (majoritàriament la mare, quan no exclusivament) perquè segueixi a casa les seves pautes i indicacions (actuació per delegació). La família té, per tant, un paper subsidiari en la presa de decisions respecte de l'atenció que cal donar al seu fill o filla.

L'evolució del concepte d'estimulació precoç a l'actual d'atenció precoç suposa un salt qualitatiu i un canvi fonamental de mirada amb importants implicacions filosòfiques, ètiques, metodològiques i organitzatives.

El canvi de mirada que suposa l'atenció precoç

Abordem a continuació set de les premisses en què es basa l'atenció precoç:

- Mirada global i integradora.
- Amplia la població diana.
- Posa la centralitat en l'infant i parteix de l'antropologia de les capacitats i de la noció de resiliència.
- Considera l'infant subjecte de drets i d'oportunitats.

- La família és subjecte en la cura del seu fill o filla.
- Situa el paper del i la professional des d'una ètica organitzativa al servei d'una ètica cívica.
- Considera la interacció de l'infant i el seu entorn social o comunitari com un factor clau en el seu desenvolupament.

Mirada global i integradora

- El procés de desenvolupament de l'infant és dinàmic, summament complex, se sustenta en l'evolució biològica, psicològica i social, i fa referència tant a la maduració orgànica i funcional com a l'estructuració mental i emocional.
Per tant, l'atenció precoç requereix la integració de la mirada bio-psico-social mitjançant un equip multidisciplinari que funciona de manera interdisciplinària.
- Mirada global tant de les capacitats, habilitats i potencialitats com de les dificultats i dèficits, dels factors de risc i de protecció de la realitat de l'infant, del vincle amb les persones cuidadores, i de l'entorn familiar i comunitari que l'envolta.

Amplia la població diana

Mentre que l'estimulació precoç s'adreça a infants amb discapacitat, l'atenció precoç atén també infants susceptibles de patir algun trastorn que afecti el seu desenvolupament.

En conseqüència, la població diana s'amplia ja que:

- No tots els trastorns del desenvolupament són causa d'una discapacitat.
- No solament es treballa amb infants que presenten un trastorn en el desenvolupament sinó que també ho fa amb aquells que es troben en situació de risc de patir-lo amb l'objectiu d'evitar que això passi.
- Es treballen trastorns permanents del desenvolupament infantil, però també amb infants que tenen trastorns transitoris que, justament com a conseqüència d'una atenció precoç, s'evita que es cronifiquin.

En conclusió, l'atenció precoç s'adreça a infants amb i sense discapacitat.

Posa la centralitat en l'infant i parteix de l'antropologia de les capacitats i de la noció de resiliència

[... Posar la centralitat en l'infant suposa adoptar una mirada ampliada a l'horitzó; una mirada dinàmica atenta al progrés de les seves potencialitats, i no només una d'estàtica que insisteix en les dificultats i mancances cròniques. Una atenció precoç i educativa no assenjala només el que l'infant no fa, sinó el que sí que fa i es creu raonablement que podria fer com a fruit de l'atenció precoç. Sempre amb el principi

de realitat, i amb les evidències científiques a la mà, cal apostar per cada persona, perquè pugui dur a terme un desenvolupament humà.⁷ ...]

Des de l'antropologia de les capacitats entenem per capacitats allò que una persona és capaç de fer i ser.

Des d'aquesta cosmovisió del món, es considera fonamental actuar de manera proactiva per **desenvolupar oportunitats** per tal que la persona pugui arribar a fer i a ser. Ara bé, per generar capacitats no basta amb crear oportunitats, cal també exercir-les.⁸

Des d'aquesta cosmovisió, l'**atenció precoç**, a diferència de l'estimulació precoç, **busca capacitar** i no solament rehabilitar.

[... Fomentar les capacitats de l'infant és la manera de fomentar l'autonomia funcional en la seva vida quotidiana, al seu ritme, en el seu grau. Per a fer-ho possible, cal que poc a poc l'infant interactui, és a dir, participi, en la mesura de les seves actuals capacitats i edat, en preses de decisions des d'una mirada apoderadora. L'autonomia més gran possible, dintre de la seva dependència, és la fi a procurar; la participació i la interacció és l'estratègia per anar aconseguint els objectius més concrets de crear capacitats.⁹ ...]

Aplicat en el context dels nostres CDIAP implica fer tot el possible per facilitar una “bona vida” actual i futura a l'infant, treballant amb:

- L'infant
 - Per tal que tingui oportunitat de desenvolupar les seves capacitats i trobar estratègies d'adaptació pel que fa a les seves limitacions o dificultats, guanyant en autoestima i autoconfiança.
 - Garantint els seus drets en allò que ens correspon.
 - Fent-li sentir que per nosaltres és una persona valuosa pel que és, amb totes les seves capacitats i discapacitats o dificultats.
- La família
 - Per tal que deixi créixer el seu fill o filla, experimentar, equivocar-se, guanyar en autoconfiança tot acompanyant l'infant en els reptes del desenvolupament sense caure en la sobreprotecció o la infraprotecció.
 - Per tal que pugui veure, aprofitar i potenciar les capacitats, tant les de l'infant com les pròpies, tot sent conscients i buscant estratègies davant les limitacions i dificultats.

7. Román Maestre, Begoña (2017). “El subjecte de la nostra atenció: l'infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals”. Document per a la sessió monogràfica del “Model municipal dels CDIAP de l'IMPD”. Begoña Román Maestre és professora de la Facultat de Filosofia de la Universitat de Barcelona i presidenta del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya.

8. Per exemple: la prestació econòmica per fill/a amb discapacitat a càrrec que rep la família no sempre reverteix en la persona amb discapacitat que l'ha generat. I, quan això passa, aquests diners no són una oportunitat per desenvolupar les capacitats de la persona amb discapacitat perquè, tot i ser una oportunitat, no s'ha fet efectiva.

9. Ídem nota 7.

- L'entorn (escola bressol o primària, esplai, etc.)
 - Per facilitar el reconeixement de l'entorn respecte de la vàlua de l'infant com a persona amb totes les seves capacitats i limitacions, i la vàlua de la seva família.
 - Per facilitar que sigui un entorn veritablement inclusiu d'aquest infant.
 - Per facilitar que es generin oportunitats per a l'infant que aquest pugui fer efectives transformant-les en capacitats.

La noció de resiliència

És una evidència que davant de situacions traumàtiques equivalents unes persones se'n surten millor que d'altres.

En la dècada dels vuitanta es va denominar “resiliència humana” o “facultat de recuperació” a la “capacitat d'una persona o grup per desenvolupar-se bé i per seguir projectant-se en el futur, malgrat els esdeveniments desestabilitzadors, de condicions de vida difícils i de traumes en ocasions greus”.¹⁰ O també, la “capacitat de l'individu per fer les coses bé i de manera socialment acceptable en un entorn estressant o advers que sol comportar un elevat risc d'efectes negatius”.¹¹

La resiliència no evita el patiment i el dany però capacita les persones per seguir creixent i desenvolupant-se, integrant fins i tot les experiències difícils i traumàtiques d'una manera constructiva.

En la resiliència hi ha factors individuals, però sempre producte de la interacció amb l'entorn ja des de l'experiència intrauterina. En qualsevol cas, la resiliència és un procés en el qual podem incidir els i les professionals facilitant contextos favorables que contribueixin al seu enfortiment i desenvolupament.

Diferents autors i autores identifiquen un conjunt de factors que faciliten la resiliència infantil. Seguint les aportacions de Jorge Barudy i Maryorie Dantagnan, [... l'existència d'un o de diversos d'aquests factors expliquen com infants afectats per contextos familiars, institucionals i socials de maltractaments, pobresa i violència se sobreposen a les conseqüències d'aquests i presenten un desenvolupament i una integració social adequats.

Aquests factors són:

- Ser criat o criada per almenys una mare o pare, o si no n'hi ha, un cuidador o cuidadora amb capacitats parentals mínimament suficients, essent l'aferrament o vinculació i l'empatia les més rellevants.
- Un suport social i afectiu de persones adultes en l'entorn més immediat: família extensa, escola.

10. Barudy, J. i Dantagnan, M. (2011). “La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil”. Barcelona: Editorial Gedisa.

11. Vanistendael, S. (1995). “Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo”. Ginebra: Cuadernos del BICE.

- La possibilitat de participar i rebre nutrients afectius i educatius en xarxes socials formals i informals: grups d'amistat, veïns i veïnes, esplais, etc.
- L'accés a l'educació en valors.
- Activitats socials i de lleure: activitats de temps lliure, de suport mutu.
- La participació en activitats creatives: teatre, dibuix, etc.
- La participació en activitats socials que promoguin l'humor.
- ...].

Per tant, l'atenció precoç promou una intervenció professional proactiva orientada a:

- L'enfortiment de les competències i habilitats parentals sempre que calgui i sigui possible (reconeixement de les competències i habilitats existents i promoció i enfortiment allà on es detectin mancances).
- Identificar i implicar les persones adultes significatives per a l'infant que el poden ajudar a enfortir la seva resiliència (en la família extensa, en l'escola, en l'esplai, etc.).
- Facilitar i promoure la participació de l'infant en activitats i grups del seu entorn que li aportin satisfacció, alegria, sentit de l'humor, creativitat i activitat física, sempre tenint en compte els seus interessos i aficions.
- Incorporar aquests elements en la pròpia intervenció professional tant individualitzada/familiar com grupal.

Considera l'infant subjecte de drets i d'oportunitats

Fa protagonista l'infant. No solament es treballa “per” l'infant sinó “amb” l'infant.

Ser subjecte vol dir:

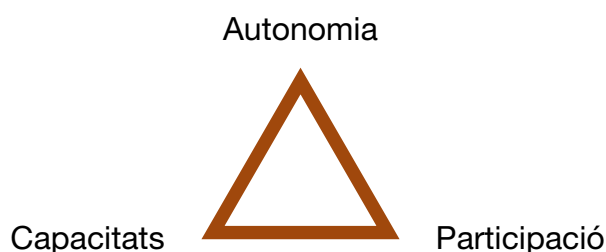
- Ser considerat un agent actiu, amb opinió, i no pas solament destinatari passiu de les decisions de les persones adultes, siguin tutors/ores o altres persones cuidadores o professionals.
- Tenir dret a ser escoltat:¹² [... els infants, d'acord amb llurs capacitats evolutives i amb les competències assolides han d'ésser escoltats tant en l'àmbit familiar, escolar i social com en els procediments administratius o judicials en què es trobin directament implicats i que aboquin a una decisió que n'afecti l'entorn personal, familiar, social o patrimonial ...].
- L'infant té dret a ser informat, que se li expliquin les decisions preses per les persones adultes que l'afecten directament i que això es faci de manera comprensible per la seva edat i capacitat.

12. Article 7 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència.

Però això no és suficient.

Com hem esmentat anteriorment,¹³ tractar l'infant com a subjecte [... comporta el foment de les seves capacitats i aquesta és la manera de fomentar l'autonomia funcional en la seva vida quotidiana, al seu ritme, en el seu grau. Per fer-ho possible, cal que poc a poc la persona interactui, és a dir, participi, en la mesura de les seves actuals capacitats i edat, en preses de decisions des d'una mirada apoderadora. L'objectiu és assolir l'autonomia més gran possible, dintre de la seva dependència. I l'estratègia a utilitzar per anar aconseguint els objectius més concrets de crear capacitats són la participació i la interacció.

Gràfic. Model centrat en la persona



Es tracta, en definitiva, que la persona necessitada d'atenció precoç tingui ni més ni menys allò que mereix, tractant igual als iguals i diferent als diferents. La igualtat brolla de la seva dignitat intrínseca; la diferència, de la consideració a la seva especificitat, la seva realitat biològica i social ...].

La mateixa autora, en un article publicat al “Butlletí dels Professionals de la Infància i l'Adolescència” de la DGAIA (Generalitat de Catalunya) el març de 2011, fa les següents consideracions sobre la participació de l'infant:

L'infant té dret a participar en el procés de presa de decisions. . [... Participar significa considerar-lo ja com una persona, que pot tenir una competència per participar en la presa de decisions que l'afectin, que no vol dir dret a ser informat, ni dret a conèixer la seva opinió, sinó tenir en consideració la seva competència i el desenvolupament d'aquesta competència (de la qual la mateixa consideració de la seva opinió forma part del procés). Per cert, fer participar el nen o la nena en el procés de decisions és molt més exigent que fer-lo escollir entre dues opcions ja tancades havent-ne exclòs altres alternatives.

El dret a l'autonomia progressiva implica el dret a participar en la presa de decisions, que és més que el dret a ser escoltat. A més, el dret a ser escoltat implica molt més que tenir en compte la seva opinió, i no sols oral o ben argumentada: potser un nen o nena

13. Begoña Román Maestre (2017). “El subjecte de la nostra atenció: l'infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals”. Document per a la sessió monogràfica del “Model municipal dels CDIAP de l'IMPD”.

de cinc anys no té la potència argumentativa ni la retòrica suficient per dir que no vol veure determinada persona, però és molt més efectivament comunicatiu quan cada vegada que l'ha de veure plora compulsivament i demana ajut ...] a la mare/pare, professional o persona cuidadora de què es tracti.

Ara bé, que l'infant sigui tractat com a subjecte d'aquests drets no significa que s'hagi de fer el que l'infant manifesta o demana. Cal tenir en compte:

- La seva capacitat (segons el seu grau de desenvolupament i maduresa) [... per advertir i sospesar els riscos i els beneficis d'una decisió ...].
- [... Una segona raó per justificar èticament el paternalisme i prendre decisions contràries o diferents a la voluntat de l'infant és posar les mesures oportunes per millorar les condicions d'autonomia i igualtat de l'infant: com que en el cas de l'infant parlem d'autonomia progressiva, se "sacrifica" en cert grau la seva "autonomia" d'avui per permetre que la desenvolupi demà ...].

La família és subjecte en la cura del seu fill/a

Fer protagonista l'infant implica treballar "amb" la família fent-la protagonista del desenvolupament de l'infant.

Tal i com expressa Begoña Román Maestre:¹⁴ [... Precisament perquè hem d'atendre l'infant en la seva realitat biològica i social, la família és el nucli essencial de l'acció ...].

La família és subjecte de la intervenció del servei d'atenció precoç per diferents motius:

El seu paper en relació amb l'infant que necessita l'atenció precoç

- [... És la principal responsable, la que té la cura i la tutela de l'infant: la principal unitat d'acció.
- És qui coneix l'infant segurament més que ningú, pel temps de dedicació i per l'amor que normalment els éssers humans tenim pels fills i filles.
- És el principal agent educatiu i qui l'acompanyarà molt més temps.

La família ha de trobar en les persones professionals un suport, no sentir-se jutjada ni assessorada des d'un autoritarisme intel·lectual. Qui més coneix el seu fill o filla, qui més temps passa amb ell/a, són els seus pare/mare,¹⁵ per tant, es tracta que vegin en les persones professionals unes aliades ...].

El/La professional coneix molt bé la patologia però no coneix d'igual manera aquell infant.

14. Román Maestre, Begoña (2017). "El subjecte de la nostra atenció: l'infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals". Document per a la sessió monogràfica del "Model municipal dels CDIAP de l'IMPD".

15. La diversitat de famílies existent actualment fa que ens trobem diferents realitats: mare/pare; mare/mare; pare/pare; mare o pare sols. En aquest document fem referència a totes elles.

Per tal que les indicacions que la/el terapeuta doni a la família siguin adequades i la família efectivament les segueixi, cal un acord en aquest sentit entre professional i família.

Cal fugir d'establir una relació vertical entre la persona professional en el paper d'experta que sap què necessita l'infant i la família que ha de seguir les pautes que se li donen.

Cal una relació horitzontal en la qual la família es tractada com a subjecte i, per tant, hi ha una relació de *feedback* sobre el que "jo com a professional he entès i veig" de l'evolució de l'infant i el que veu i entén la família. Aquest tipus de relació acaba sent molt més eficaç perquè quan la família entén la utilitat d'aquella pauta hi ha moltes més probabilitats que efectivament la porti a terme i que la mantingui en el temps amb o sense professional darrera.

Però per establir aquesta relació cal el temps necessari de coneixement previ durant el qual es va establint la relació de confiança necessària que facilita la implicació de la família en el procés.

[... Si en l'acompanyament els i les professionals creen capacitats també en les famílies i, per tant, ens fixem en les seves idiosincràsies i en les seves fortaleces, més enllà d'en les seves mancances i febleses, l'atenció precoç podrà ser integral i personalitzada. Tindrà així més possibilitats d'aconseguir el seu propòsit, la qualitat de vida de l'infant atès.

La finalitat del CDIAP no és donar serveis sense més, sinó aconseguir eficientment que un infant i el seu nucli familiar puguin dur a terme una vida bona. I això passa per l'atenció a la seva esfera familiar, perquè després d'un primer sotrac de males notícies es vegi amb ànims i cor de tirar endavant les seves vides personals, sigui quina sigui la realitat problemàtica del seu fill o filla.

Teràpia i pedagogia van plegades en l'atenció precoç a les famílies. El coneixement de la problemàtica del seu fill o filla, la gestió de les emocions formen part d'aquest acompanyament ...].

L'impacte que té l'arribada de l'infant que té dificultats o un trastorn del desenvolupament en les dinàmiques familiars i en la vida de les persones que integren aquella família.

[... Cal acompanyar el dol que la família tindrà malgrat que no sempre en sigui conscient. Hi ha dol perquè ha arribat un infant amb problemes, no és el que s'espera. El pare/la mare vol/en el millor per als fills i filles. Hi ha dol perquè no estava en els plans, ni a curt ni a llarg termini, senzillament no passava pel cap. Hi ha dol perquè cal abandonar o postergar els altres plans que sí que es van fer. Hi ha dol perquè es volen certeses i veritats diagnòstiques amb impaciència, i no sempre malgrat la paciència les tindran. A vegades el dol es manifesta amb una resistència titànica que amaga vulnerabilitats. Forma part del dol negar la necessitat d'atenció. A vegades les famílies es poden arribar a sentir culpables per tot (com si tot depengués d'un/a): per no haver-se cuidat més; per no haver prestat més atenció; per creure que ells o elles en saben més que totes les persones professionals i rebutjar l'ajuda que els ofereixen, etc.

El dol és i es viu molt subjectivament, però segons se'l permeti aflorar i acompanyar o no, pot comportar mala vida per a aquella unitat familiar. Un dol mal portat, reprimat, pot generar també una violència vers a altres o vers un mateix o mateixa. Així l'infant pot ser culpabilitzat per ser el causant de tot: per culpa d'ell o ella les famílies (sobretot les dones) veuen que perden, per la necessitat de cura del fill/a, el tren de la vida professional, o el projecte de parella. Sentir i expressar que a un/a això el supera i que no pot amb tot, és normalitzador i consubstancial a l'acompanyament a la família per part dels i les professionals. Forma part d'aquest acompanyament a les famílies deixar que facin aflorar i explicitin tots aquests pensaments i emocions. Els i les professionals han de saber fer-los entendre que forma part del cuidar-se a si mateix o mateixa no oblidar qui eren, qui són i que són més que cuidadors d'aquest infant ...].

Situa el paper del i de la professional des d'una ètica organitzativa al servei d'una ètica cívica¹⁶

Quan parlem d'ètica aplicada en el context dels serveis hem de distingir quatre ètiques que es correlacionen de manera jerarquitzada:

- **L'ètica cívica.** És l'ètica al servei del bé públic. L'ètica cívica treballa per la dignitat i la justícia de la persona en un espai públic pluralment moral.
- **L'ètica organitzacional.** Treballa per la coordinació i articulació de les diferents intervencions professionals posant sempre en el centre la persona a la qual se li proporciona atenció. Busca garantir el treball en equip dins el propi servei i en xarxa interserveis.
- **L'ètica professional.** És la que busca garantir la qualitat de l'atenció personalitzada que proporciona cada professional.
- **L'ètica personal.** És l'ètica de cadascun i cadascuna de nosaltres (professionals del servei i dels altres serveis que interactuen) i de cada família i les persones que la integren.

Gràfico. El model centrat en les persones des de la perspectiva dels i les professionals



16. El text d'aquest apartat que està en lletra cursiva està extret textualment del document elaborat per Begoña Roman Maestre (2017) "El subjecte de la nostra atenció: l'infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals". Document per a la sessió monogràfica del "Model municipal dels CDIAP de l'IMPD".

[... Els i les professionals i organitzacions que han de dur a terme un model centrat en la persona de l'infant i en la seva família han de tenir, a més de coneixements tècnics, intel·ligència emocional i ètica. Respecte d'aquesta última, han de saber prendre les decisions des d'una ètica organitzativa al servei de l'ètica cívica.

L'ètica cívica, en el context de l'espai públic i d'un servei públic als infants i les seves famílies, prioritza la justícia i la dignitat inherent a qualsevol persona (independentment de la seva capacitat). Des de les possibilitats de l'organització, amb el criteri de la sostenibilitat i qualitat total, cal garantir el treball en equip i en xarxa, més enllà de les corresponents deontologies professionals. Només amb partitures compartides es crea una orquestra simfònica; només amb recorregut compartit i respectant l'especialitat de cada músic es creen els grups de jazz que saben improvisar tot adaptant-se al context, als infants i a les ètiques personals de les famílies.

Com que l'atenció centrada en les persones requereix professionals que treballin des de la proximitat i la personalització, caldrà que siguin imparcials i, per tant, sàpiguen dur a terme exercicis d'autocontenció deixant en segon plànol la seva ètica personal. És fàcil tractar bé al que ens és simpàtic i agraït; no ho és tant quan la família està irada o no és col·laboradora i no respon a les demandes del o de la professional.

Caldrà, a més, disposar de professionals que sàpiguen distingir entre les seves simpaties personals i aquelles pressions familiars que són intolerables perquè fan mal a l'infant. En aquests casos cal discutir amb les famílies per l'interès superior de l'infant; tot plegat sense descuidar el canvi vers la confiança que en tot moment hem de procurar en les famílies, alhora que assumint els propis límits personals, professionals o organitzatius.

Quan les discrepàncies són grans respecte de les morals de les famílies (hàbits i costums), és important, en el procés d'empoderar-les, deixar-se interpel·lar per elles. Cal insistir que es tracta que vegin en les i els professionals aliats, no agents alienadors que desconfien que sàpiguen educar el seu fill o filla. En aquest sentit pot ajudar, en comptes de trobar de seguida l'acord que tots volem i que no arriba quan volem, començar acordant allò que ningú vol i anar trobant els mitjans que ens allunyin dels horitzons negres que ningú no vol.

Els i les professionals han de garantir la justícia (ètica cívica), per això, per garantir la igualtat d'accés i d'ús i la diferència en el tracte segons les necessitats, caldrà que siguin professionals i organitzacions que saben ser proactius en la detecció i reactius en la sobreexigència: atenció a les necessitats no és merament atenció a les demandes.

Després de la justícia de l'ètica cívica s'ha de prioritzar la qualitat total de l'ètica organitzativa. Dintre d'aquesta qualitat organitzativa, cada professional, amb la seva especialitat, trobarà la forma d'excel·lir a donar el millor de si, tot respectant les ètiques personals de les famílies (no totes les morals personals són respectables, no ho són quan hi ha negligència de les tasques de cura i atenció de l'infant).

Evitar l'arbitrarietat professional (que atenta contra el tracte just) no significa, sense més, protocol·litzar-ho tot. El model centrat en la persona requerirà la discrecionalitat, precisament perquè es tracta de l'atenció a cada persona i al seu nucli familiar: que

sempre són més que un cas, són històries de vida. Però caldrà discutir amb els pares quan les seves preferències, pors o opcions de vida suposen un mal per al seu fill/a o per als altres fills i filles, la qual cosa passa pel suport de l'organització al i a la professional que està disposat a fer-ho, així com coherència entre els/les professionals.

Per això cal acompanyar la família a veure quin tipus de vida construeixen per encabir la nova realitat que la situació del fill o filla comporta: tot això requereix temps. Les i els professionals han de saber, recolzats per l'organització, conciliar el temps de despatx, d'informes i de trobades personals. El quid de la comunicació sempre serà el principal element d'una tasca de qualitat. Aquesta jerarquització de totes les ètiques suposarà en els i les professionals deixar de fer coses i consensuar organitzativament quin és el temps prudencial per dur a terme determinades tasques ...].

Considera la interacció de l'infant i el seu entorn social o comunitari com un factor clau en el seu desenvolupament

L'infant és un ésser social i, per tant, en el seu desenvolupament resulta determinant la qualitat del procés interactiu entre l'infant i el seu entorn significatiu, no solament el familiar sinó també el comunitari.

Des d'aquesta premissa la variable “territori de proximitat de l'infant” esdevé una variable clau per l'atenció precoç a dispensar a l'infant. D'aquí es deriven dos dels requisits per a la prestació de l'atenció precoç: sectorització (o territorialització) dels serveis i treball en xarxa amb els serveis del territori.

Sectorització dels serveis d'atenció precoç

Des d'aquesta cosmovisió es fa necessari el coneixement de l'entorn comunitari significatiu per a l'infant i el treball en xarxa entre serveis. Això solament és abastable quan els serveis d'atenció precoç estan territorialitzats. Per tant, s'imposa la sectorització territorial d'aquests serveis.

Treball en xarxa interserveis

Sempre que sigui possible cal treballar en xarxa amb els serveis socials, sanitaris, educatius i altres que desenvolupin tasques de prevenció i detecció precoç dels trastorns de desenvolupament i situacions de risc en la població infantil.

El treball en xarxa és més exigent que la col·laboració, coordinació o cooperació entre serveis, alhora que els incorpora.

El treball en xarxa és un **model metodològic d'articulació i treball conjunt entre serveis** que compta amb una determinada mirada professional i una manera específica d'intervenir.

Gràfic. Model metodològic d'articulació i treball conjunt entre serveis



La mirada professional

Es caracteritza per concebre les persones amb les quals s'està intervenint a partir de dues premisses bàsiques:

- Posa l'accent en les seves potencialitats, capacitats i interessos. En definitiva, enforteix les seves capacitats per prendre decisions, buscar solucions i assumir-ne les conseqüències.
- Dona un tracte particularitzat a cada cas identificant la singularitat de cada infant i de les persones del seu entorn, i no només per allò que comparteix amb d'altres i que permet classificar la persona dins una tipologia o categoria que, tot i ser útil quan s'utilitza amb caràcter orientatiu, a vegades serveix per justificar judicis *a priori* i actuacions professionals estàndard que poden no ser adequades en funció de la singularitat d'aquell cas.

La intervenció

La intervenció des d'aquest model de treball en xarxa busca:

- Entendre les causes i no quedar-se en la simptomatologia i en els comportaments disruptius, quan n'hi ha.
- Fer una valoració i orientació conjuntes, i definir una estratègia d'intervenció que doni coherència i complementarietat a les intervencions dels diferents serveis intervinents.
- Definir quins serveis han d'intervenir directament amb l'infant i/o la família, quin d'ells ha de ser referent i quin/s servei/s passen a fer una intervenció indirecta i no presencial amb l'infant i la família.
- Evitar que intervinguin més serveis dels que són necessaris.

- Evitar intervencions duplicades o deixar necessitats desatenses per abordatges esbiaixats per part dels serveis.
- Evitar donar indicacions contradictòries a l'infant i la família.
- Evitar afegir gratuïtament complexitat al maneig del dia a dia de l'infant i la família amb multiplicitat de visites i entrevistes sense articulació prèvia entre els serveis.

Una metodologia específica d'articulació

El treball en xarxa es basa en una determinada metodologia d'articulació i pacte sense jerarquies entre professionals i serveis per analitzar i intervenir en les situacions que afecten persones amb les quals s'està intervenint.

En aquesta articulació, “el cas” passa a tenir un lloc central a partir del qual s'organitzen els i les professionals i serveis intervinents.¹⁷ Entenem per cas la construcció i aproximació que fan els i les professionals de la realitat d'una persona/família, de la seva situació, la seva història significativa i context social a partir dels quals els símptomes prenen una significació.

Aquesta metodologia facilita l'anàlisi conjunta dels dubtes i les incerteses respecte del cas o de la mateixa intervenció per tal de prendre decisions i fer contenció, quan calgui, de respostes reactives davant la impotència o l'angoixa que determinades situacions provoquen als i a les professionals de diferents serveis participants, o al mateix infant i/o família.

Es resum, **es tracta de seguir un protocol d'actuació que inclou:**¹⁸

- Una avaluació diagnòstica conjunta.
- El disseny d'un pla de treball (en el qual el pronòstic, els objectius i l'estratègia globals són pactats entre els serveis intervinents i on s'estableixen les actuacions i responsabilitats específiques que assumirà cada professional/servei).
- L'assignació d'una o un professional/servei referent del cas.
- Un seguiment periòdic del cas (no inferior a una trobada trimestral).

17. Conferència ministerial de l'OMS per a la salut mental. Hèlsinki, gener de 2005.

18. Ubieta, J.R. “Interxarxes. Una experiència de treball en xarxa amb infància i adolescència”.

1.3. L'atenció precoç i els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)

L'atenció precoç és una responsabilitat que implica diferents sistemes de serveis (salut, serveis socials i educació) i, en concret, tots aquells serveis que actuen en el context de l'infant i la seva família.

Aquest apartat, però, se centra en els aspectes que defineixen l'encàrrec específic que reben els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) a Catalunya.

Per a cada una de les variables que s'analitzen fem referència a una o més normes (marc legal i normatiu) en funció que afegeixin matisos o continguts diferents que hem considerat d'interès recollir al quadre resum que figura a continuació.

Els continguts destacats i el resum de conceptes clau són responsabilitat nostra.

Resum

Els CDIAP

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

[... Són els establiments específics de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública on es presten els serveis d'atenció precoç ...]. (Art. 9.)

Els serveis d'atenció precoç

[... Són serveis socials d'atenció especialitzada del Sistema Català de Serveis Socials, que formen part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública ...].

(Així definits des de la Llei 4/1994, de 20 d'abril, refosa posteriorment en el Decret legislatiu 17/1994, quan encara existia el Programa Sectorial d'Estimulació Precoç).¹⁹

Definició

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

[... Conjunt d'actuacions de caire preventiu, de detecció, diagnòstic i d'intervenció terapèutica, de caràcter interdisciplinari, que s'estén, en un sentit ampli, des del

19. Després, el Decret 206/1995 va adscriure al llavors Departament de Benestar Social les funcions en matèria d'estimulació precoç i va suprimir el programa esmentat.

moment de la concepció fins que l'infant compleix els sis anys, incloent, per tant, l'etapa prenatal, perinatal, postnatal i petita infància ...].

“Libro Blanco de la Atención Temprana”.

[... És el conjunt d'intervencions, dirigides a la població infantil de 0 a 6 anys, a la família i a l'entorn, que tenen per objectiu donar resposta el més aviat possible a les necessitats transitòries o permanents que presenten els infants amb trastorns en el seu desenvolupament o que tenen el risc de patir-los. Aquestes intervencions, que han de considerar la globalitat de l'infant, han de ser planificades per un equip de professionals d'orientació interdisciplinari o transdisciplinari ...].

Naturalitat dels serveis

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

- **Caràcter universal dels serveis** (preàmbul): [... Els serveis d'atenció precoç es conformen com un dret subjectiu per a totes les persones que reuneixin els requisits establerts al Decret i que tinguin la residència habitual a Catalunya ...]. (Art. 2.)
- **Gratuitat dels serveis:** [... Aquests serveis no estan subjectes a contraprestació econòmica per part de les persones i famílies que els rebin ...]. (Art. 2.)

Persones destinatàries

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

- [... Tota la població infantil que presenta trastorns en el seu desenvolupament o que es troba en situació de risc de patir-los amb independència de quina sigui la causa d'aquest trastorn ...]. (Preàmbul.)
- [... Els infants estrangers que es trobin en el territori de Catalunya tenen dret, en les mateixes condicions que la resta d'infants, als serveis d'atenció precoç, en les termes que preveu la legislació vigent ...]. (Disposicions addicionals.)

Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

- [... Tenen dret als serveis d'atenció precoç els infants, amb trastorns en el seu desenvolupament o amb risc de patir-los, des del moment de la concepció i, com a màxim, fins que compleixen els sis anys ...]. (Art. 1.)
- [... Sens perjudici del caràcter universal dels serveis d'atenció precoç, es prioritza l'atenció als infants de menys de tres anys i als infants amb afectació greu, d'acord amb el criteri clínic dels i les professionals del CDIAP. S'entén per afectació greu aquella condició familiar, d'entorn o del mateix infant, que repercuteix en alguna

àrea del seu desenvolupament, de manera que resta compromesa, de forma significativa, la seva capacitat adaptativa i de relació amb l'entorn ...]. (Art. 1.)

Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

- [... Els destinataris són els infants amb trastorns del desenvolupament o risc de patir-los, des del moment de la seva concepció i fins que compleixin sis anys, **i llurs famílies**.
- **Sense desatendre els punts anteriors, es prioritzaran les actuacions per a infants de 0 anys fins a escolaritzats a P-4, els trastorns greus i la no duplicitat assistencial ...].**

“Libro Blanco de la Atención Temprana”.

- [... Tots els infants que presenten qualsevol tipus de trastorn o alteració en el seu desenvolupament, sigui aquest de tipus físic, psíquic o sensorial, o que es considerin en situació de risc biològic o social.
- **Totes les accions i intervencions** que es portin a terme en atenció precoç **han de considerar no solament a l'infant, sinó també la família i el seu entorn ...].**

Finalitat i objectius

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

Objectius

- [... Atendre la població infantil des de la concepció fins que l'infant compleixi els sis anys pel que fa a la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament.
- Participar en la coordinació de les actuacions que es realitzen en aquesta franja d'edat.
- Participar en els projectes de coordinació interdepartamental.
- Assegurar equips experts en desenvolupament infantil.
- Garantir la continuïtat assistencial ...].

“Libro Blanco de la Atención Temprana”.

Finalitat

[... Oferir als infants amb dèficits o amb risc de patir-los un conjunt d'accions optimitzadores i compensadores, que facilitin la seva adequada maduració en tots els àmbits i que els permeti assolir el màxim nivell de desenvolupament personal i d'integració social.²⁰

Objectius

- [... Reduir els efectes d'una deficiència o dèficit sobre el conjunt global del desenvolupament de l'infant.
- Optimitzar, en la mesura que sigui possible, el curs del desenvolupament de l'infant.
- Introduir els mecanismes necessaris de compensació, d'eliminació de barreres i d'adaptació a necessitats específiques.
- Evitar o reduir l'aparició d'efectes o dèficits secundaris o associats produïts per un trastorn o situació d'alt risc.
- Atendre i cobrir les necessitats i demandes de la família i l'entorn en el que viu l'infant.
- Considerar l'infant com a subjecte actiu de la intervenció ...].

Àmbits d'actuació

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

- [... La **prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament** de trastorns en el desenvolupament, per a **qualsevol etiologia**.
- **La criança**, entesa com el suport i acompanyament a la família en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral de l'infant.
- La prevenció de situacions de risc per antecedents personals o familiars ...].

Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

Esmenta les mateixes actuacions del Decret 261/2003 i afegeix:

[... Totes aquestes actuacions seran realitzades amb la metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari ...].

20. El "Libro Blanco de la Atención Temprana" utilitza el terme "integració social" i no "inclusió social" perquè va ser elaborat l'any 2000 en un moment en què es començava a qüestionar la integració (que posa l'accent en les accions per facilitar l'adaptació de la persona amb discapacitat a l'entorn) per reivindicar el concepte d'inclusió social que comporta un canvi substancial de mirada implicant l'entorn en la supressió de les barreres que impedeixen la plena incorporació i participació en la comunitat de la persona amb discapacitat.

Funcions dels serveis d'atenció precoç

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

- [... Realitzar un diagnòstic interdisciplinari, funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament de l'infant, de la situació familiar i de l'entorn.
- Efectuar l'avaluació continuada del desenvolupament de l'infant.
- Fer la intervenció terapèutica interdisciplinària a l'infant i al seu entorn immediat de forma ambulatoria i periòdica.
- Col·laborar i cooperar amb els serveis socials, sanitaris, educatius i altres que desenvolupin tasques a nivell de prevenció i detecció precoç dels trastorns de desenvolupament i situacions de risc en la població infantil fins als sis anys.
- Orientar les famílies fent l'assessorament i suport als pares o persones tutores en els continguts que li siguin propis.
- Orientar els i les professionals de l'educació infantil en les etapes de 0 a 3 i de 3 a 6 anys pel que fa als trastorns del desenvolupament.

Aquestes funcions es duran a terme en els àmbits de l'infant, la família, l'entorn i la societat ...].

Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

Funcions generals:

- [... Realitzar el diagnòstic interdisciplinari, funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament dels infants que ho requereixin a l'àmbit territorial esmentat. Elaborar informes funcionals i descriptius de la realitat de l'infant.
- Després del procés diagnòstic, establir el programa terapèutic individualitzat que estarà dissenyat per l'equip i explicitar en un dossier en el qual es registraran els informes, les avaluacions, el programa terapèutic i totes les incidències respecte del cas.
- Tot aquest procés es durà a terme mitjançant reunions interdisciplinàries de tot l'equip, de coordinació amb els recursos de la zona i de supervisió tècnica, si escau.
- Establir l'atenció integral, fent la intervenció terapèutica interdisciplinària a l'infant i al seu entorn immediat de forma ambulatoria i periòdica. En general aquesta atenció es realitzarà a la seu dels serveis socials d'atenció precoç o en l'entorn natural de l'infant.
- Orientar les famílies fent l'assessorament i suport als pares i mares o tutors/tutores en els continguts que li són propis.

- Orientar els/les professionals de l'educació infantil en les etapes de 0 a 3 anys i de 3 a 6 anys pel que fa als trastorns del desenvolupament.
- Donar suport als processos de socialització i integració de l'infant. Col·laborar amb els i les professionals dels àmbits educatius, sanitaris i socials.
- Desenvolupar en col·laboració amb els serveis educatius, sanitaris i socials les tasques de prevenció i detecció precoç dels trastorns del desenvolupament i de situacions de risc en la població infantil fins els sis anys.
- Promoure i desenvolupar la investigació, la docència i la formació a partir del propi treball, tant individual com de l'equip. Establir una formació continuada dels/de les professionals del servei que impliqui, per una banda el coneixement de diferents tècniques i experiències i, de l'altra, l'anàlisi i discussió de la pròpia metodologia de treball.
- Avaluar i efectuar el seguiment periòdic del diagnòstic i de la intervenció terapèutica.
- Aplicar la classificació diagnòstica internacional 0-3 anys i la CIM 09 o la CIM 10 ...].

Funcions específiques:

[... El servei d'atenció precoç ha de posar a l'abast de la persona usuària les tècniques i actuacions més adequades per tal d'aconseguir potenciar al màxim les capacitats de l'infant i adequar el seu entorn a les necessitats de tal manera que li permeti assolir el màxim benestar i un òptim desenvolupament.

El servei es concretarà en l'abordatge global del cas, l'atenció directa de l'infant i el seu entorn més immediat, la família i l'escola.

- Atenció directa a l'infant: des d'un abordatge global comprèn el diagnòstic, la intervenció terapèutica i l'avaluació i seguiment. Les sessions de treball tindran una durada d'entre 45 i 60 minuts i es podran portar a terme en el propi centre, domicili de l'infant, escola infantil...
- Atenció a la família: comprèn les actuacions d'informació, assessorament, suport i, quan sigui possible, grups de pares i mares.
- Suport a l'escola.
- Seguiment dels infants de risc biològic, psicològic i social.
- Treball intern de l'equip orientat a la planificació terapèutica individual de tots els infants i famílies atesos, a la discussió clínica dels diagnòstics i planificació de noves estratègies, a l'organització de grups de treball específics, a la supervisió clínica i al desenvolupament d'altres funcions que són pròpies del treball interdisciplinari.
- Coordinació amb els recursos de la zona:
 - Hospitals de la zona: serveis de neonatologia, serveis de pediatria, serveis de neuropediatria, serveis de psiquiatria infantil, serveis de rehabilitació i serveis d'obstetrícia i ginecologia.

- Serveis de valoració i orientació per a persones amb discapacitat (CAD).
- Àrees bàsiques de salut, pediatres de capçalera (ABS).
- D'altres centres de desenvolupament infantil (CDIAP).
- Equips d'assessorament psicopedagògic (EAP).
- Centres de salut mental infanto-juvenil (CSMIJ).
- Centres de salut mental d'adults (CSMA).
- Unitats bàsiques d'assistència social primària (UBASP).
- Equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA).
- Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).
- Recursos específics per a infants amb dèficit visual (ONCE), amb dèficit auditiu (CREDA), centres maternoinfantils, centres d'acollida, centres de recursos específics (SIRIUS), centres de dia per a infants amb pluridiscapacitat i d'altres ...].

Canals d'accés

Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

- [... L'accés als serveis d'atenció precoç s'efectua mitjançant una sol·licitud dels pares, els tutors o els guardadors de fet de l'infant, dirigida al CDIAP competent per raó del territori. Hi poden adjuntar informes o dictàmens emesos pels i les professionals de l'àmbit de la salut, dels serveis socials o d'ensenyament.
- Excepcionalment, el procediment el poden iniciar d'ofici els CDIAP directament o a partir dels casos que provenguin dels serveis sanitaris, dels serveis socials o dels serveis d'ensenyament ...].

Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç de Barcelona – Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

- [... L'accés als serveis d'atenció precoç **és directe**. La família pot accedir-hi directament, per iniciativa pròpia, sempre que el centre li correspongui per zona i que l'edat de l'infant estigui dins la franja d'atenció precoç (preferentment infants des de 0 anys fins a escolaritzats a P-4).
- Per accedir al servei d'atenció precoç caldrà que els pares i mares o tutors/ores legals signin la corresponent sol·licitud d'atenció durant el procés d'acollida ...].

Durada del servei

Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

[... Ha de ser la que necessiti cada infant i s'ha d'estendre fins que les necessitats d'atenció les puguin cobrir els serveis de caràcter general, ja siguin educatius, sanitaris o socials o, en tot cas, quan compleixi els sis anys ...]. (Art. 1.)

Àmbits de prestació

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

[... Els serveis d'atenció precoç es presten en un establiment específic (CDIAP) o en l'entorn natural de l'infant ...]. (Art. 9.)

Personal

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

- [... Per realitzar les activitats i funcions indicades a l'art. 7 del Decret els serveis d'atenció precoç han de disposar de professionals amb formació en desenvolupament infantil i intervenció familiar i social, que formaran un equip interdisciplinari, dirigit per un/a responsable tècnic/a.
- Els CDIAP que formin part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública, han de comptar amb les especialitzacions en els àmbits de: neurologia infantil, psicologia clínica, logopèdia, fisioteràpia i treball social ...].

Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. (Vigent.)

- [... **Perfils professionals:** Metge/essa neuropediatre/a, o de manera transitòria o excepcional metge/essa amb formació acreditada de pediatria o de neuropediatria; psicòleg/oga clínic, o psicòleg/oga amb formació acreditada en desenvolupament infantil; fisioterapeuta; logopeda; treballador/a social. Les figures professionals de psicomotricista i pedagog/a, tot i no ser obligatòries, són recomanables atès el ventall d'edat dels infants atesos ...].

Alguns conceptes clau

Desenvolupament infantil

[... És el procés dinàmic d'interacció entre l'organisme i el medi que dona com a resultat la maduració orgànica i funcional del sistema nerviós, el desenvolupament de funcions psíquiques i l'estructuració de la personalitat.

El desenvolupament en els primers anys es caracteritza per la progressiva adquisició de funcions tan importants com el control postural, l'autonomia de desplaçament, la comunicació, el llenguatge verbal i la interacció social. Aquesta evolució està estretament lligada al procés de maduració del sistema nerviós, ja iniciat en la vida intrauterina i a l'organització emocional i mental. Requereix una estructura genèrica adequada i la satisfacció dels requeriments bàsics per a l'ésser humà en l'aspecte biològic i en el psicoafectiu.

El desenvolupament infantil és fruit de la interacció entre factors genètics i factors ambientals:

- La base genètica, específica de cada persona, estableix unes capacitats pròpies de desenvolupament i, fins al moment, no ens és possible modificar-la.
- Els factors ambientals modularan o fins i tot determinaran la possibilitat d'expressió o de latència d'algunes de les característiques genètiques. Aquests factors són d'ordre biològic i d'ordre psicològic i social.

Són factors ambientals d'ordre biològic el manteniment de l'homeòstasi, l'estat de salut, l'absència de factors d'agressió al sistema nerviós, etc., condicions necessàries per a una adequada maduració.

Són factors ambientals d'ordre psicològic i social la interacció de l'infant amb el seu entorn, els vincles afectius que estableix a partir de l'afecte i l'estabilitat de la cura que rep, la percepció de tot allò que l'envolta (persones, imatges, sons, moviment...). Aquestes condicions, que són necessitats bàsiques de l'ésser humà, són determinants en el procés emocional, les funcions comunicatives, les conductes adaptatives i en l'actitud davant l'aprenentatge.

El sistema nerviós es troba en la primera infància en una etapa de maduració i d'important plasticitat. La situació de maduració condiciona una major vulnerabilitat davant les condicions adverses del medi i les agressions, fet pel qual qualsevol causa que provoqui una alteració en la normal adquisició de les fites que són pròpies dels primers estadis evolutius pot posar en perill el desenvolupament harmònic posterior, però la plasticitat també dota el sistema nerviós d'una major capacitat de recuperació i reorganització orgànica i funcional, que disminueix de forma molt important en els anys posteriors ...].

(Libro Blanco de la Atención Temprana.)

Risc de patir un trastorn en el desenvolupament

- [... S'entén per risc “el fet que un infant es trobi en una situació de caràcter biològic, psicològic o social que dificulta el seu desenvolupament” ...].

(Decret 45/2014, art. 1.)

- [... Es consideren de **risc biològic** aquells infants que durant el període pre, peri o postnatal, o durant el desenvolupament precoç, han estat sotmesos a situacions que podrien alterar el seu procés maduratiu com pot ser la prematuritat, el baix pes o l'anòxia al néixer.

Els infants de **risc psicosocial** són aquells que viuen en unes condicions socials poc afavoridores, com són la manca d'atencions o d'interaccions adequades amb els pares i família, maltractament, negligències, abusos, que poden alterar el seu procés maduratiu ...].

(Libro Blanco de la Atención Temprana.)

Trastorn en el desenvolupament

- [... És la disfunció transitòria o permanent ja sigui de caràcter neurològic, psicològic o sensorial que presenta un infant en el seu procés de maduració ...].

(Decret 45/2014, art. 1)

- [... **El desenvolupament** és el procés dinàmic d'interacció entre l'organisme i el medi que dona com a resultat la maduració orgànica i funcional del sistema nerviós, el desenvolupament de funcions psíquiques i l'estructuració de la personalitat.

El trastorn del desenvolupament ha de considerar-se com la desviació significativa del «curs» del desenvolupament com a conseqüència d'esdeveniments de salut o de relació que comprometen l'evolució biològica, psicològica i social. Alguns dels retards en el desenvolupament poden compensar-se o neutralitzar-se de forma espontània, i és sovint la intervenció precoç la que determina la transitorietat del trastorn ...].

(Libro Blanco de la Atención Temprana.)

Afectació greu

- [... S'entén per afectació greu aquella condició familiar, d'entorn o del mateix infant que repercuteix en alguna àrea del seu desenvolupament, de manera que resta compromesa, de forma significativa, la seva capacitat adaptativa i de relació amb l'entorn ...].

(Decret 45/2014, art. 1.)

Necessitats transitòries o permanents

Totes les normes de referència consideren que les necessitats de l'infant que necessita atenció precoç poden ser transitòries o permanents. Això posa de relleu que els CDIAP

atenen infants amb i sense discapacitat actual o futura. Justament una intervenció precoç adequada pot evitar en alguns casos que determinades dificultats o dèficits es cronifiquin o aconseguir que desapareguin.

Caràcter global de la intervenció

- [... En la planificació de la intervenció s'ha de considerar el moment evolutiu i les necessitats de l'infant en tots els àmbits i no solament el dèficit o discapacitat que pugui presentar. En atenció precoç s'ha de considerar l'infant en la seva globalitat, tenint en compte els aspectes intrapersonals, biològics, psicosocials i educatius, propis de cada individu, i els interpersonals, relacionats amb el seu propi entorn, família, escola, cultura i context social ...].

(Libro Blanco de la Atención Temprana.)

Prevenició

En el context de l'atenció precoç parlem de:

- **Prevenició primària:** consisteix a **evitar que aparegui** un trastorn del desenvolupament.
- **Prevenició secundària:** consisteix en la **detecció precoç** quan es presenten els primers indicis de l'existència d'un trastorn del desenvolupament o de l'existència de risc de patir-lo.
- **Prevenició terciària:** busca **evitar que** el trastorn **esdevingui permanent**, o bé **reduir l'impacte negatiu** del trastorn o de la situació de risc, o **restaurar la funció** sempre que sigui possible, o **reduir les complicacions o agreujament** de la simptomatologia.

La **prevenició** dels trastorns del desenvolupament i de les situacions de risc que puguin provocar-los **és una de les funcions principals d'un CDIAP**.

Pel que fa a la **prevenició primària i secundària**, el **CDIAP** [... col·laborarà amb les institucions, associacions i d'altres professionals de la zona en l'elaboració de programes que tinguin com a objectiu la sensibilització de la població en general en aspectes de prevenició relacionats amb el desenvolupament infantil ...].

Programes dirigits a les famílies i futures mares i/o pares

[... S'engloben aquí totes aquelles activitats dirigides a proporcionar una millor informació i orientació a les famílies i la societat per tal d'evitar l'aparició de desviacions del desenvolupament normal de l'infant:

- Programes de sensibilització adreçats a la població en edat fèrtil. Embarassos en adolescents i embarassos en poblacions que s'identifiquin com d'alt risc.
- Programes d'informació sobre el desenvolupament normal de l'infant a famílies i futures mares i/o pares en els centres d'atenció primària (centres de salut i de planificació familiar), centres de serveis socials, escoles bressol i escoles infantils ...].

Programes dirigits a professionals

[... Aquests programes pretenen oferir a aquells i aquelles professionals que estan en una situació de privilegi per la seva relació amb els pares i mares una informació operativa. L'objectiu és que puguin ser els primers agents de promoció de la salut i de l'educació de l'infant, així com de detecció de possibles alteracions en el desenvolupament normal. Estaran adreçats a:

- Professionals de la salut
- Professionals de serveis socials
- Professionals de l'educació infantil ...].

(Text entre claudàtors procedent del “**Libro Blanco de la Atención Temprana**”).

Pel que fa a la **prevenció terciària** en l'atenció que proporciona un **CDIAP**, és **transversal a tota l'atenció** personalitzada (individualitzada/familiar i/o grupal) que es proporciona a l'infant, la seva família i el seu entorn immediat, que s'inicia en el moment de l'acollida a la mare/pare o tutor/a un cop han fet la demanda d'atenció.



2. Segona part. Els drets en la primera infància

Sumari

2.1. Punt de partida: l'Observació General núm. 7 de les Nacions Unides

2.2. Els drets de la infància més vulnerable

Infants amb dificultats o trastorns de desenvolupament

La intervenció en els serveis d'atenció precoç

Exemples de com fer operatiu el tema dels drets en els serveis
dedicats a la primera infància

2.3. El paper clau de l'educació infantil

El dret a l'educació en la legislació catalana: Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (LDOIA)

El paper clau de l'educació infantil, especialment per a la infància vulnerable

Aquest és un tema cabdal per a la definició del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD perquè el situa en coherència amb les aportacions dels organismes internacionals com les Nacions Unides, UNICEF i el Consell d'Europa que expliquen com cal interpretar la Convenció sobre els Drets de l'Infant de 1989 en relació amb la petita infància, tot tenint en compte el marc que brinda la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat de 2006 en allò que és d'aplicació en la infància.

D'altra banda, introdueix el paper clau de l'educació infantil, especialment per a la infància en situació de vulnerabilitat, que té conseqüències concretes en el Model que aquí estem definint.

Per tot això vam decidir dedicar una sessió monogràfica sobre “Els drets de l'infant: implicacions en la mirada professional i implicacions en l'organització i funcionament del servei”. A continuació reproduïm entre claudàtors bona part del text aportat per Carme Montserrat Boada,²¹ que hi va participar en qualitat d'experta externa. El text complet es pot consultar als dossiers del Model.

2.1. Punt de partida: l'observació general núm. 7 de les Nacions Unides

[... El 14 de novembre de 2005, el **Comitè dels Drets de l'Infant de Nacions Unides** va emetre l'**Observació General núm. 7**²² per explicar com caldria interpretar la Convenció sobre els Drets de l'Infant (CDI) del 1989²³ en relació amb la primera infància. Aquesta observació va sorgir a partir de l'anàlisi que el Comitè va fer dels informes que rebien dels estats, en els quals gairebé no es feia referència als infants més petits, com a molt s'hi reflectien estadístiques sobre mortalitat infantil, la seva salut o el tema del registre de naixement.

És per això que el Comitè va decidir estudiar més a fons les implicacions que la CDI tenia concretament amb la primera infància amb els següents objectius reflectits al seu **capítol I**:

- a. Reforçar la comprensió dels drets pel que fa als més petits i buscar la implicació dels estats vers aquests.
- b. Reconèixer els nens i nenes més petits com a agents socials que tenen interessos, capacitats i vulnerabilitats des del moment de la seva existència, necessitat de protecció, orientació i suport.

21. Codirectora de l'Equip de recerca en infància, adolescència, drets dels infants i la seva qualitat de vida (ERIDIQV) de la Universitat de Girona.

22. Nacions Unides, Comitè dels Drets de l'Infant (2005). Observació General núm. 7 “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”. És un document de 20 pàgines amb 7 capítols.

23. Convenció sobre els Drets de l'Infant, aprovada per l'Assemblea General de les Nacions Unides en la seva resolució 44/25, de 20 de novembre de 1989. Entrada en vigor el 2 de setembre de 1990.

- c. Assenyalar l'atenció a la diversitat en aquestes edats.
- d. Tenir en compte les diferències culturals en el seu tracte, sempre que no contravinquin els seus drets.
- e. Insistir en la vulnerabilitat que presenten davant la pobresa, la discriminació i circumstàncies familiars adverses contràries als seus drets i benestar.
- f. Contribuir a la promoció de polítiques, lleis i programes centrats en els drets de la petita infància.

El **capítol II** de l'Observació, dedicat als drets humans i la seva relació amb la primera infància, exposa amb claredat que els nens i nenes més petits també són portadors de drets, i defineix la primera infància des del naixement fins a l'edat de l'escolarització primària, que en alguns països pot situar-se als 8 anys, animant els estats a legislar i adreçar-los programes.

Així mateix, s'exposen les característiques d'aquesta franja d'edat:

- a. És el període on el creixement i el canvi és més ràpid en tots sentits: maduració del cos i sistema nerviós, mobilitat creixent, comunicació i cognició i canvi d'interessos.
- b. Creen fortes vinculacions amb els seus progenitors o cuidadors, de qui necessiten atenció i protecció.
- c. Estableixen relacions amb els altres nens i nenes i aprenen a negociar, a resoldre conflictes i a assumir responsabilitats.
- d. Capten les dimensions físiques, socials i culturals del seu entorn.
- e. Els seus primers anys constitueixen la base de la seva salut física i mental, emocional, identitat personal i cultural i desenvolupament de competències.
- f. El seu creixement i desenvolupament varia segons els seus condicionants individuals i culturals, gènere, condicions de vida, família, sistemes d'atenció i educació. El document destaca la creixent influència del coneixement i la recerca en matèria de primera infància, tant pel que fa a la potencialitat d'aquesta edat com dels riscos i les conseqüències tan negatives que pot tenir en l'infant la malaltia i totes les formes d'exclusió social.

En el **capítol III** s'identifiquen els següents articles de la CDI com a principis generals, amb conseqüències pel que fa als drets de la petita infància: l'article 2 (dret a la no-discriminació), l'article 3 (l'interès superior de l'infant), l'article 6 (el dret a la vida, la supervivència i el desenvolupament) i l'article 12 (el respecte a les opinions i sentiments dels infants).

El **capítol IV** està dedicat a les responsabilitats paternes i maternes i d'altres persones tutores, i remarca la funció essencial que tenen quan els infants són petits i el paper de l'Estat quan aquests no poden protegir-lo. Una de les idees principals és el paper de les polítiques globals en favor de la primera infància que donin suport als pares i mares en la seva funció amb una bona provisió d'atenció en matèria de salut i educació durant els primers anys.

El **capítol V** se centra en els programes en favor de la primera infància, especialment la més vulnerable. Té en compte el fet de poder establir estratègies basades en els drets de forma multisectorial, criteris programàtics i capacitat professional per aquesta edat, garantir l'accés als serveis –especialment per als més vulnerables–, les condicions de vida i la provisió d'atenció a la seva salut, la necessitat de registrar-los al néixer, **l'educació en la primera infància i les responsabilitats tant dels progenitors com dels organismes públics i privats en matèria d'educació infantil, els programes preventius i d'àmbit comunitari, la formació sobre els drets humans en la primera infància, el dret al descans, l'oci i el joc**, així com la relació amb les tecnologies.

El **capítol VI** defineix quins són els infants amb necessitats especials de protecció per la seva vulnerabilitat davant dels riscos i la seva concreció en els articles de la CDI:

- en situació d'abús i negligència (art. 19)
- infants sense família (art. 20 i 21)
- refugiats (art. 22)
- infants amb discapacitats (art. 23)
- infants amb treballs perillosos (art. 32)
- fent ús abusiu de substàncies addictives (art. 33)
- en situació d'abús i explotació sexual (art. 34)
- venda i segrest d'infants (art. 35)
- amb conducta conflictiva i infracció de la llei (art. 40)

En totes aquestes situacions s'insta els estats a promoure legislacions polítiques i intervencions per a la seva recuperació física i psicològica i la seva reintegració social (art. 39).

El **darrer capítol, el VII**, versa sobre el foment de la capacitat en matèria de primera infància pel que fa a l'assignació de recursos per a la primera infància des d'un marc dels drets, a la recopilació i gestió de dades per monitoritzar i avaluar els programes i les polítiques; el foment de la recerca sobre la primera infància des de la perspectiva dels drets; la capacitat sistemàtica en matèria de drets en la primera infància a pares i infants però també a tots els i les professionals dels àmbits educatiu, de salut, social, polític i judicial, que hi tenen relació; la promoció d'organismes internacionals que treballin amb programes de cooperació dirigits als més petits, així com seguir promovent en el futur tots aquests aspectes considerats en l'Observació des del nivell local a l'internacional.

A partir d'aquí va aparèixer el 2007 la publicació d'**UNICEF** titulada “**Observación General núm. 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia**”. En aquesta publicació, tres membres que aleshores integraven el Comitè²⁴ van identificar quatre punts fonamentals:

24. Jacob Egbert Doek, Lothar Friedrich Krappmann i Yanghee Lee.

1. El Comitè clarifica que els nens i nenes petits no només han de ser considerats com a posseïdors de drets en sentit abstracte, sinó que també han de ser acceptats com a **participants actius en els processos rutinaris de la vida diària**. Sense la contribució de l'infant, no es pot establir cap interacció d'aquest amb altres persones i no pot emergir cap relació. Ningú pot aprendre per l'infant; aquest ha d'adquirir coneixements i capacitats per si mateix; ha de descobrir el món principalment a través de les seves pròpies activitats i enteniment.
2. L'Observació ressalta el fet que **els nens i nenes petits tenen la capacitat de comunicar punts de vista**. La Convenció no limita la seva petició de respecte pels punts de vista de l'infant a aquells que expressi de manera sofisticada. Els petits fan servir gestos i expressions facials, rialles i plors per expressar els seus interessos i entusiasme i per comunicar les seves pors i preocupacions. Poden fer servir manifestacions d'incomoditat, angoixa o ansietat per atreure l'atenció dels pares i d'altres persones properes a ells. S'ha de prestar atenció per comprendre aquests senyals, escoltar i respondre a les demandes i als seus estats emocionals, ja que la seva supervivència, el benestar i el desenvolupament depenen de la seva integració a través de la interacció amb els altres.
3. L'Observació recalca que **els més petits han de comptar amb altres que tenen una responsabilitat per garantir que tenen oportunitats** per adquirir habilitats, aprendre sobre els seus propis talents i fer realitat el seu potencial únic. Els infants necessiten suport, comunicació, comprensió compartida i guia. Poden ser extremadament vulnerables si el seu entorn no fomenta la seva participació i els ajuda a desenvolupar les seves capacitats.
4. L'Observació destaca que els governs, els serveis públics i les persones que viuen i treballen amb nens i nenes comparteixen el deure d'establir les condicions adequades, de manera que puguin fer realitat el seu potencial en el **marc de polítiques, lleis i programes dirigits a aquests infants**.

Es destaca que el Comitè va dividir les discussions en dues seccions principals:

- “**Com començar aviat amb pràctiques raonables**”, és a dir, com garantir el dret a la salut, l'alimentació, l'educació; i com garantir el dret al descans, al joc i al temps de lleure.
- “**Els nens i nenes petits com a autèntics protagonistes del seu propi desenvolupament**”, és a dir, la participació a la vida familiar, l'àmbit escolar i la comunitat, i el paper de les escoles bressol, els programes per a la primera infància, l'educació infantil i els primers anys d'educació primària, en la promoció de l'infant com a portador de drets.

També a partir de l'Observació núm. 7, el 2009 la Fundació Bernard van Leer, amb un paper clau en la difusió dels drets dels infants, va publicar²⁵ “**Los derechos de los niños en la primera infancia: avances y retos**”. Un dels capítols que s'ha de tenir en compte

25. Fundació Bernard van Leer (2009). “Los derechos de los niños en la primera infancia: avances y retos”. La Haia: Bernard van Leer Foundation.

és el que dedica a l'article 31 de la CDI, titulat per l'autora Valerie Fronczek “**Artículo 31: el artículo olvidado de la Convención sobre los Derechos del Niño**”. Aquest article és el que ens recorda que:

1. Els estats part reconeixen el dret de l'infant al descans i l'esbarjo, al joc i a les activitats recreatives pròpies de la seva edat i a participar lliurement en la vida cultural i en les arts.
2. Els estats part respectaran i promouran el dret de l'infant a participar plenament en la vida cultural i artística i propiciaran oportunitats adequades, en condicions d'igualtat, per participar en la vida cultural, artística, recreativa i d'esbarjo ...].

2.2. Els drets de la infància més vulnerable

[... Tractar el tema dels drets referits a la població que és atesa en els serveis d'atenció precoç té una **dobla referència**: la que s'acaba de desenvolupar en l'apartat anterior sobre els drets de la primera infància, i la que fa referència als drets de les persones amb algun tipus de discapacitat, atès que aquest pot ser el cas d'una part dels infants que s'atenen. És per això que cal tenir també en compte el marc que brinda la **Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat** de 2006 de Nacions Unides.²⁶

Un document que té en compte les dues convencions és la nova **Estratègia pels Drets dels Infants (2016-2021)**²⁷ **del Consell d'Europa (CdE)**, la tercera que emet sobre els drets de la infància, on s'identifiquen 5 àrees prioritàries per als 47 estats membres del Consell d'Europa:

1. Igualtat d'oportunitats per a tots els infants
2. Participació de tots els infants
3. Una vida lliure de violència
4. Una justícia adaptada a la infància
5. Els drets dels infants en els entorns digitals

En la **primera àrea identifica els col·lectius més vulnerables** a qui es dirigeix, que són els infants en situació de pobresa, els que estan en processos de migració i els que pateixen discriminació per raó de gènere, discapacitat o orientació sexual ...].

26. Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, adoptada per Nacions Unides del 13 de desembre de 2006.

27. Council of Europe (2016). “Council of Europe Strategy for the Rights of the Child (2016-2021)”. Estrasburg: Consell d'Europa. (No hi ha traducció al castellà ni al català.)

Infants amb dificultats o trastorns de desenvolupament

[... Un dels documents als quals fa referència aquesta Estratègia és la Recomanació CM/Rec(2013)2 del Comitè de Ministres als estats membres **per garantir la plena inclusió dels infants i joves amb discapacitats a la societat**.²⁸ L'Estratègia 2016-21 també fa referència a altres Recomanacions del Consell d'Europa²⁹ en matèria d'infants amb discapacitat.

En aquesta recomanació del Consell d'Europa s'exposa en el punt sisè que: alguns infants i joves amb discapacitat tenen una baixa autoestima, menys oportunitats educatives i d'ocupació que poden conduir a viure per sota del llindar de la pobresa en l'edat adulta; una resposta clau a aquests problemes consisteix a millorar la seva inclusió social a una edat molt primerenca.

El document aposta per l'educació inclusiva per facilitar la plena ciutadania i assenyala una sèrie d'obstacles que minven els seus drets en diversos països europeus:

- Manca de col·laboració intersectorial i coordinació entre serveis de manera estable.
- Llenguatge excessivament medicalitzat utilitzat en una mesura no recomanada per l'OMS.
- Excessiva importància als criteris de diagnòstic i d'elegibilitat com un mitjà per determinar l'accés als serveis amb el resultat que alguns infants amb discapacitat en queden exclosos, de manera que així es reforça el model mèdic de la discapacitat.
- La ubicació i la prestació dels serveis específics de la discapacitat que no sempre encaixen amb els diversos aspectes de la vida de l'infant, com el fet d'anar a l'escola, tenir amistats o gaudir d'activitats esportives, culturals, socials i d'oci.

És per això que es recomana passar d'un enfocament molt basat en l'atenció assistencial a un altre que incorpori la mirada dels drets humans, per tal que estiguin en igualtat de condicions amb els altres. Això es pot aconseguir si es prioritza una prestació de serveis basada en els drets que faciliti el procés d'integració i garanteixi la disponibilitat, assequibilitat, accessibilitat, qualitat, sostenibilitat i innovació dels serveis de suport a les persones amb discapacitat.

Aquesta Recomanació conté en el seu apèndix una carta d'un nen amb discapacitat sobre els seus desitjos educatius dirigida als que prenen decisions on posa de relleu la importància d'anar a l'escola com els altres nens, en un entorn de qualitat que afavoreixi la seva inclusió des dels seus primers anys ...].

28. Recommendation CM/Rec(2013)2 of the Committee of Ministers to member States on **ensuring full inclusion of children and young persons with disabilities into society**. (No hi ha traducció al castellà ni al català).

29. Recommendation CM/Rec(2009)9 of the Committee of Ministers to member states on the education and social inclusion of children and young people with autism spectrum disorders.

Recommendation CM/Rec (2010)2 on deinstitutionalisation and community living of children with disabilities. (No hi ha traducció al castellà ni al català).

La intervenció en els serveis d'atenció precoç

[... Els reptes que presenta l'atenció precoç a la primera infància estan ben identificats en l'informe del govern australià,³⁰ país amb una extensa producció i desenvolupament en aquest àmbit. En primer lloc, un dels reptes als quals s'enfronten és com aquests serveis s'adeqüen a l'impacte dels canvis socials dels darrers anys, que repercuteixen en com les famílies estan criant els més petits. Els serveis sovint no han canviat prou per mantenir-se al dia amb els canvis i estan lluitant per satisfer les necessitats dels infants i les seves famílies que en són usuàries. En segon lloc, ha crescut enormement el reconeixement de la importància de l'atenció en els primers anys i la necessitat de millorar la qualitat i disponibilitat de serveis durant aquest període.

En tercer lloc, s'ha produït una important reconceptualització de la raó i el propòsit de l'atenció precoç i el desenvolupament de noves estratègies. Aquesta reconceptualització ha anat en paral·lel al canvi de paradigma en com definir i conceptualitzar la discapacitat en les darreres dècades, **passant d'un model basat en els dèficits i les limitacions a un model social que reconeix la forma en què els entorns poden facilitar o dificultar el desenvolupament de les capacitats funcionals i la participació de les persones amb discapacitat en les activitats de la comunitat.**

En aquest sentit, pel que fa a les famílies dels infants amb discapacitats, l'evidència indica que s'enfronten a molts desafiaments que els posen en risc de tenir conseqüències negatives per a elles i per als seus fills i filles. No obstant això, moltes d'aquestes famílies són capaces de superar aquests reptes gràcies als seus recursos personals, el suport de la família i amistats, i amb l'ajuda dels serveis especialitzats.

Ara bé, **mentre que l'ajuda professional pot ser molt útil per a les famílies, també els pot crear molts problemes**, sobretot quan els pares/mares se senten poc valorats o molt qüestionats, quan els serveis no comprenen o no tenen en compte les demandes efectuades per les famílies, i quan els serveis són de difícil accés o estan mal coordinats amb la resta de serveis de la xarxa. Els serveis d'atenció especialitzada necessiten – cada dia més – estar connectats, units o integrats en els serveis generals per a infants i famílies. En aquest sentit és clau poder revertir la fragmentació que es dona sovint de la xarxa de serveis d'atenció a la petita infància, que la fa menys normalitzadora i a vegades de difícil accés pel lloc on estan, horaris o condicions per a algunes famílies.

Un quart repte que proposa l'informe australià és la importància d'implementar un enfocament basat en els **resultats per als infants i les seves famílies**, de la planificació, execució i **avaluació dels serveis ...**].

30. Centre for Community Child Health (2011). "Early childhood intervention reform project". Melbourne: Department of Education and Early Childhood Development.

Exemples de com fer operatiu el tema dels drets en els serveis dedicats a la primera infància

[... Un exemple de com operativitzar els drets dels infants en les escoles bressol i en l'atenció i educació a la primera infància és el que s'ha desenvolupat a Nova Zelanda.

L'anomenen **Codi dels Drets de l'Infant** i se'n lliura una còpia quan els pares inscriuen l'infant al servei, còpia que també té el personal del servei. Recull 10 drets bàsics que té cada infant:³¹

1. Dret a poder rebre l'atenció principal de part de la seva família, sempre que sigui possible.
2. Dret a gaudir de l'educació primerenca de qualitat.
3. Dret a rebre atenció qualificada i oportunitats d'aprenentatge per satisfer les necessitats i preferències personals.
4. Dret a tenir relacions estables i afectuoses amb les persones adultes responsables del centre educatiu que inclogui relacions de suport a la família.
5. Dret a mantenir-lo fora de perill de danys, protegint-lo contra l'abús infantil, la intimidació i els riscos per a la salut.
6. Dret a respectar la seva privacitat.
7. Dret a estar en un entorn inclusiu que respecti la seva diversitat funcional i rebre suport per ser autònom i desenvolupar l'autoestima.
8. Dret a ser tractat amb respecte, incloent-hi la participació en totes les decisions que li afectin –rebent informació d'una manera comprensible, tenint l'oportunitat d'expressar punts de vista– fer preguntes i rebre respostes consistents.
9. Dret a rebre orientació positiva lliure de coacció i discriminació.
10. Dret a poder queixar-se si és necessari i ser pres seriosament.

Un altre exemple ens ve d'Austràlia,³² on defineixen 5 àrees d'acció:

- el dret a ser escoltat/ada
- el dret a estar lliure de violència, abús o negligència
- el dret a tenir l'oportunitat de prosperar
- el dret a la participació ciutadana
- i el dret a conèixer els resultats i conseqüències de les accions.

Cada acció queda desglossada en tres columnes i es detallen quines accions comporta aquell dret per a l'infant, quines per a les persones professionals i quines per a l'administració o institució ...].³³

31. Per a més detalls es pot consultar: <https://www.myece.org.nz/code-of-rights-for-children>.

32. Les taules senceres es poden consultar a: ECA (2015). "Supporting Young Children's rights. Statement of intent (2015-2018)". Early Childhood Australia (ECA) and Australian Human Rights Commission.

33. Es pot consultar l'exemple que inclou l'autora al seu escrit en els "Dossiers del Model".

2.3. El paper clau de l'educació infantil

El dret a l'educació en la legislació catalana: Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (LDOIA)³⁴

[... L'article 13.4 parla del dret a l'educació, incloses les activitats extraescolars, esportives, de lleure i les activitats culturals dels infants i els i les adolescents, que han de prevaler per damunt de les pràctiques culturals, la tradició i la religió, i llurs manifestacions; aquestes pràctiques no poden justificar en cap cas una discriminació, limitació o exclusió d'infants i adolescents en el ple exercici d'aquest dret.

Del capítol V, dedicat a l'educació, destaquen els articles:

- 48. Dret a l'educació, on no només es parla de tenir dret i obligació de rebre els ensenyaments obligatoris, sinó també **del dret de rebre els ensenyaments no obligatoris i que, per tant, les administracions públiques han de crear serveis educatius adreçats als infants de 0 a 3 anys i a llurs famílies.**
- L'article 49 tracta de l'atenció educativa d'infants malalts, que han de tenir, en cas de malaltia o hospitalització que duri més de trenta dies, cobertes les necessitats escolars, el joc i la realització d'activitats culturals i d'acompanyament.
- L'article 50 explicita que **els infants amb necessitats educatives especials** han de rebre una formació educativa que els permeti la inclusió social en el context més normalitzat possible, i d'acord amb llurs aspiracions i actituds. Els infants amb discapacitat tenen dret a gaudir d'un sistema d'educació inclusiu, amb accés a l'educació obligatòria en les mateixes condicions que els altres membres de la comunitat, sense exclusió per raó de discapacitat, i els ajustaments i suports necessaris per potenciar el màxim desenvolupament acadèmic, personal i social. L'article tracta també de la necessitat dels centres educatius d'assumir la responsabilitat d'acollir i educar de manera inclusiva tot l'alumnat per atendre les diferències individuals en els contextos ordinaris ...].

El paper clau de l'educació infantil, especialment per a la infància vulnerable

[... L'aplicació dels drets infantils a les edats més joves de la infància és especialment important, atès que en aquestes edats són més vulnerables precisament a les violacions dels drets. Però, per altra banda, en poden sortir altament beneficiats si aquests drets són atesos. Per exemple, hi ha proves substancials que suggereixen que els infants en circumstàncies de desavantatge poden aconseguir molt millors resultats educatius –i socials– si han participat en programes d'educació primerenca d'alta qualitat.³⁵ Aquesta bibliografia demostra la rellevància del dret a l'educació en la primera infància i mostra la base teòrica del pensament dels drets.

34. LDOIA: Llei 14/2010, de 27 de maig, "dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència".

32. Smith A. i Taylor, N. (2015). "Children's Rights in Early Childhood Education". Oxford Bibliographies.

Són nombrosos els estudis que mostren els efectes positius a curt, mitjà i llarg termini dels infants que han gaudit d'un entorn de qualitat en l'educació infantil. L'estudi de Browning³⁶ sobre primera infància que incloïa 15 països va presentar uns resultats d'una recerca longitudinal on indicava que la participació en programes de preescolar promou el desenvolupament cognitiu, social, emocional i físic a curt termini i els prepara per a l'èxit escolar posterior, de manera que contribuïa decisivament a la reducció de les desigualtats educatives així com a la promoció de l'ocupació laboral dels seus progenitors, especialment les mares. A més, assenyalen la inversió econòmica que suposen pel fet de reduir la despesa social posterior pel que fa a repetició de curs, educació especial, delinqüència juvenil i abús de drogues.

Un informe molt complert de l'Agència Europea EACEA³⁷ exposa que la importància que s'atorga actualment a l'educació a la primera infància ha adquirit una especial rellevància de manera generalitzada en els països occidentals d'ençà de principis del segle XXI, malgrat les nombroses iniciatives de la segona meitat del s. XX.³⁸

Són diversos els factors que ens ajuden a comprendre aquesta tardana introducció en l'esfera política i social (EACEA, 2009). Des d'una perspectiva històrica, s'observa com els grans canvis en els sistemes educatius han aparegut de dalt a baix, on els primers a crear-se van ser els universitaris (s. XIII) i després van venir els d'educació secundària (s. XVI), sempre dedicats a les elits; i no va ser fins al segle passat quan s'universalitza l'educació primària a partir dels 6 anys. L'extensió de l'educació al conjunt de la població o la democratització de l'educació va ser inspirada bàsicament per la confluència de dues idees: la que emana de la tradició humanista segons la qual tots els individus tenen el dret a l'educació; i la fonamentada en la teoria econòmica, que considera que la formació dels infants produirà un benefici per a la societat.

Però la mirada cap als més petits està motivada per un canvi en la nostra visió vers aquest sector de població, molt motivat pel desenvolupament de la psicologia infantil, on emergeix la comprensió de la importància dels primers anys de vida. Aquest últim factor, actualment és el que ha esdevingut clau quan parlem de la franja de 0 a 6 anys.

Però en termes d'educació, aquesta franja d'edat no té una visió unitària ni consensuada, i es mostra molt separada en dues: de 0 a 3 i de 3 a 6.

L'**etapa educativa 3-6 anys d'edat** es considera el **primer esglaió de l'escala educativa** en la majoria països europeus on la missió d'educar és clara i anul·la la funció inicial que tenia de cura dels infants en relació amb l'ocupació dels pares. Espanya té una de les taxes més altes en el context europeu d'escolarització d'aquesta etapa, per sobre del 95%.

Els indicadors que mostren que es considera pròpiament un nivell educatiu són segurament el seu objectiu –estimular l'àrea cognitiva i el desenvolupament social i cultural– i la professionalització del personal que hi treballa (en el nostre país té

36. Browning, K. (2004). "Early Childhood Care and Development Programs: An International Perspective". High/Scope Educational Research Foundation: Ypsilanti, Michigan.

37. Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (2009). "Tackling Social and Cultural Inequalities through Early Childhood Education and Care in Europe". Brussel·les: Eurydice.

38. Per exemple, les escoles bressol a l'Ajuntament de Barcelona.

formació de nivell universitari). Un altre indicador és la forma en què aquests serveis se sostenen, quan en la majoria dels països europeus estan finançats per les autoritats centrals. Coexisteix la provisió pública i la privada, però el fet que hi hagi oferta gratuïta és un tema clau, sobretot pel que fa als infants en situació de risc. Si és concebut com una forma clara de lluita contra la desigualtat social i el fracàs escolar, l'accés universal ha d'estar garantit.

Ara bé, un altre tema és la provisió de centres educatius per a **infants de menys de 3 anys**, que encara no està plenament reconegut com un nivell de ple dret de l'educació. Varia molt d'un país a un altre i en la majoria els pares i mares estan obligats a fer una contribució als costos i també una part del finançament públic prové dels ens locals i, per tant, la gratuïtat té encara molt camí per recórrer. Són una excepció alguns països nòrdics, on l'Estat ha de garantir l'atenció diürna quan s'acaba el permís de maternitat i que inclouen horaris amplis, també de tardes o cap de setmana.

Així mateix, a l'informe es planteja com a polèmic el tema de les prestacions econòmiques a la família, que es poden utilitzar per costejar el centre educatiu o per assumir elles mateixes la cura de l'infant, essent aquesta mesura poc efectiva quan es tracta de població de risc, on l'entorn educatiu dels centres pot ser altament compensatori i està més indicat que basar-ho únicament en programes de suport als progenitors, no suficients per capgirar la bretxa educativa.

L'enquesta realitzada el 2004 a Bèlgica³⁹ mostrava que **les taxes de participació en escoles de 0-3 són més baixes entre els infants en situacions de vulnerabilitat social**, entre altres motius a causa de: les llistes d'espera, el requisit d'assistir-hi regularment, l'obligació de respectar les normes internes dels centres, les formes en què es difon la informació sobre els serveis, el llenguatge utilitzat i les actituds del personal.

Des d'un punt de vista educatiu, la separació entre 0-3 i 3-6 anys d'edat no sembla que tingui cap fonament científic i hi ha veus que aposten per un sistema unitari (de 0 a 6 anys) d'alta qualitat des del punt de vista educatiu, amb un únic equip de gestió i professionals qualificats, flexible i d'accés universal.

A més, tot indicaria que la **creació d'un sistema unitari d'educació infantil** dirigit a tot el grup d'edat de 0/1 a 5/6 anys, i sempre que sigui d'alta qualitat, esdevé clau per combatre les desigualtats socials en l'educació. Els infants amb poc èxit escolar i abandonament prematur del sistema educatiu tenen més probabilitat de ser d'entorns de pobresa, pertanyents a les classes socials desfavorides, amb analfabetisme funcional i nivells baixos d'educació dels pares, amb treball mal pagat i un estil de vida on l'alfabetització té poca importància. A més, un baix nivell d'educació, en general, es correlaciona amb baixos ingressos en la vida adulta i taxes d'atur altes.

A Espanya, **el percentatge d'infants en risc de pobresa** o d'exclusió social al 2015 era dels més alts de la Unió Europea, **del 34,4%** (només superat per Grècia, Bulgària i Romania), mentre que la mitjana dels 28 països és de 26,9%.⁴⁰ El problema és greu si

39. Projecte desenvolupat a Flandes al 2004 anomenat "Community Services in the Neighbourhood".

40. Informació disponible al web oficial d'EUROSTAT: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion..

tenim en compte que, segons les investigacions més rellevants, el factor de la pobresa preval sobre tots els altres factors de risc. I més preocupant si sabem que els que menys participen d'un entorn formal d'educació a aquestes edats són sovint la infància més vulnerable.⁴¹

Per als infants de famílies amb dificultats, el programa més eficaç és el que combina la participació d'aquests en un centre educatiu de qualitat acompanyat del suport als pares. Ja els estudis de Schweinhart i Weikart (1997)⁴² van mostrar com els infants que havien assistit a l'educació infantil arribaven més preparats a l'educació primària, fet que tenia un efecte positiu en la visió dels mestres en relació amb ells, que augmentaven les expectatives i que aquestes tenien un efecte positiu sobre el nen o la nena i, de rebot, sobre les expectatives que els pares i mares tenien sobre la seva educació. Finalment, també influïa en la qualitat de les interaccions que beneficiarien els infants al llarg de l'educació primària i secundària ...].

Cal fer, doncs, grans esforços perquè l'educació formal en les primeres edats estigui a l'abast de tothom i molt especialment per a la població de risc.

41. En concordança amb el que va acordar al 2011 el Council of the European Union a les seves conclusions exposades al "Council conclusions on early childhood education and care: providing all our children with the best start for the world of tomorrow".

42. Schweinhart, L.J. i Weikart, D.P. (1997). The High/Scope preschool curriculum study through age 23. "Early Childhood Research Quarterly", 12(2), 117-143.



3. Tercera part. Els CDIAP de l'IMPD

Sumari

3.1. Fitxa bàsica

3.2. El marc conceptual del Model

Marc epistemològic

Marc teòric de referència

La perspectiva de gènere: caràcter transversal a la diversitat de línies teòriques

La multiculturalitat de la població atesa: un factor clau en la intervenció dels CDIAP de l'IMPD

3.3. Les prioritats del Model

L'accés de l'infant al CDIAP

Aspectes del procés d'intervenció un cop es produeix la demanda d'atenció i l'infant i la seva família accedeixen al CDIAP

Garantir els drets de l'infant: una prioritat

Potenciar, ampliar i diversificar la intervenció amb les famílies

Potenciar la prevenció primària i secundària: una prioritat

Inter i transdisciplinarietat: dos requisits del treball en equip en un CDIAP

Incorporar l'àmbit del lleure: una necessitat

Els CDIAP de l'IMPD: un agent proactiu als territoris i en les xarxes d'articulació interserveis que intervenen en la infància

En aquesta tercera part es desenvolupa pròpiament el Model municipal dels CDIAP que l'IMPD vol impulsar.

Per què ens cal ara definir aquest Model? És que fins ara no n'hem tingut? O pot ser significa que es posa en qüestió la manera com hem funcionat fins ara?

Res més lluny de la realitat. Justament aquest Model parteix del reconeixement de la bona feina que es fa actualment i de la que s'ha fet fins ara, i es nodreix de l'experiència acumulada al llarg dels 36 anys transcorreguts des de la posada en marxa dels Equips Interdisciplinaris de la Petita Infància (EIPI) l'any 1983.

Aquest Model, per tant, no pretén tant innovar com reordenar i contextualitzar els CDIAP EIPI en uns sistemes de serveis (serveis socials, educació, salut) que s'han transformat quantitativament i qualitativament en les últimes tres dècades, i assenyalar prioritats en funció dels requeriments d'una societat complexa en ràpida evolució i amb canvis profunds.

L'IMPD, orgullós de la nostra història i del que som, vol donar amb aquest Model un nou impuls que enforteixi els CDIAP EIPI Ciutat Vella i Nou Barris per assumir amb èxit els nous reptes que la nostra societat planteja.

Aquest Model defineix el que volem ser i fer com a CDIAP, i compromet l'IMPD en la definició d'un full de ruta que permeti progressar en aquesta direcció fins assolir la seva plena implementació en un futur que desitgem proper, objectiu que implica, necessàriament, l'establiment d'acords amb altres instàncies institucionals, tant municipals com de la Generalitat.

Dit això, i abans d'entrar en el contingut, ens cal fer algunes consideració prèvies.

Algunes consideracions prèvies:

1. A la primera part d'aquest document hem desenvolupat què és l'atenció precoç i quin és l'encàrrec que reben els serveis que la proporcionen. Tot el que allà es diu és preceptiu per als nostres serveis pel fet que formen part de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya. En conseqüència, no correspon aquí repetir el que ja s'ha dit, més enllà del que reproduïm breument a la fitxa descriptiva amb la qual iniciem aquest capítol.
2. Tampoc correspon aquí reproduir el que estableix el Sistema de gestió de qualitat definit per la Generalitat per al procés d'acreditació dels CDIAP que volen formar part de la Xarxa Pública d'Atenció Precoç i que, malgrat que no obliga l'Ajuntament de Barcelona, l'IMPD ha decidit incorporar tot garantint els criteris, procediments i estàndards definits per a una gestió de qualitat amb la voluntat de fer efectiu un criteri d'equitat entre tots els CDIAP integrants de la Xarxa Pública de Catalunya.

Així doncs, en aquest capítol desenvolupem en què consisteix el Model municipal que els CDIAP de l'IMPD han d'implementar, tot incorporant allò que es vol visibilitzar – encara que ja s'estigui fent – i/o allò que es vol potenciar, sistematitzar o incorporar de nou.

3.1. Fitxa bàsica del servei

Fitxa

El nostre nom:

CDIAP EIPI Ciutat Vella

CDIAP EIPI Nou Barris

CDIAP per la tipologia de servei que som.

EIPI és el nostre nom que recorda d'on venim i la nostra història.

Ciutat Vella i Nou Barris, els districtes on vam escollir ser.

Som:

- Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç.
- Serveis socials d'atenció especialitzada del Sistema Català de Serveis Socials (Cartera de Serveis Socials).
- De titularitat municipal, adscrits a l'IMPD, amb gestió directa i finançats per la Generalitat de Catalunya (actual Departament de Treball, Afers Socials i Famílies).
- Serveis de caràcter universal.

Universals en l'accés, de manera que tot infant nascut que tingui entre 0 i 6 anys i resideixi als districtes de Ciutat Vella o Nou Barris, així com el no nascut, que tingui un trastorn en el desenvolupament o risc de tenir-ne, té dret a rebre atenció precoç en el CDIAP corresponent i aquest l'obligació d'atendre'l.

- Gratuïts.
- Un servei, dos punts de prestació.

Els dos CDIAP integren un únic servei que es presta en dos districtes diferents. D'aquesta manera l'IMPD garanteix l'equitat en l'atenció en funció de quina sigui la necessitat i la idiosincràsia de cada infant, família, entorn i situació, amb independència de quin sigui el seu lloc de residència.

Les diferències entre els dos CDIAP estan justificades en funció de la necessària adaptació de les seves estratègies d'intervenció a la idiosincràsia de cada realitat territorial en allò que fa diferent un districte, o part d'ell, de l'altre.

La personalitat pròpia i l'estil de cada equip té com a límit la garantia del criteri d'equitat en l'atenció i el compliment de l'ètica organitzativa al servei de l'ètica cívica.

On som:

Als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris.

En el seu origen es van escollir aquests districtes perquè eren territoris on no hi havia serveis privats que proporcionessin atenció precoç, amb població majoritàriament de poc poder adquisitiu i que es trobava sovint en situacions de vulnerabilitat.

La ubicació actual és:

CDIAP EIPI Ciutat Vella

Reina Amàlia, 33
08001 Barcelona
93 256 46 85
eipicv@bcn.cat

CDIAP EIPI Nou Barris**Equipament Base**

Luz Casanova, 11
08042 Barcelona
93 256 47 00
eipinb@bcn.cat

Antena Zona Nord

(Casal de Barri Torre Baró)
Escolapi Càncer, 5
08033 Barcelona
93 256 47 00
eipinb@bcn.cat

La implementació del Model municipal requereix equipaments amb una superfície substancialment més gran que els actuals, fet que comportarà un canvi d'ubicació en el futur.

Prestem:

Serveis d'atenció precoç, entesos com un conjunt d'actuacions de caire preventiu; de detecció, diagnòstic i d'intervenció terapèutica; de caràcter interdisciplinari; que s'entén, en un sentit ampli, des del moment de la concepció fins que l'infant compleix els sis anys (abraça, per tant, **l'etapa prenatal, perinatal, postnatal i petita infància**), i que tenen per objectiu donar resposta el més aviat possible a les **necessitats transitòries o permanents** que presenten els infants amb trastorns en el seu desenvolupament o que tenen el risc de patir-los.

Atenem:

Tota la població infantil que presenta trastorns en el seu desenvolupament o que es troba en situació de risc de patir-los des del moment de la concepció i, com a màxim, fins que compleixen els sis anys, **amb independència de quina sigui la causa d'aquest trastorn (biològica, psicològica i/o social).**

Els infants estrangers que estiguin al territori de Catalunya tenen dret, en les mateixes condicions que la resta d'infants, als serveis d'atenció precoç, en les termes que preveu la legislació vigent.

S'intervé sempre amb l'infant, amb la seva família i amb el seu entorn significatiu.

Formem part de:

- La Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública.
- La Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya.

Fem:

Objetius

- Atendre la població infantil des de la concepció fins que l'infant compleixi els sis anys pel que fa a la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament.
- Empoderar la família per tal que accepti i sàpiga donar una resposta adequada a les limitacions, dificultats o dèficits permanents o transitoris del seu fill o filla, i que al mateix temps el/la deixi créixer, experimentar, equivocar-se i guanyar en autoconfiança, tot acompanyant l'infant en els reptes del desenvolupament sense caure en la sobreprotecció o la infraprotecció.
- Treballar amb l'entorn significatiu de l'infant per tal de facilitar el reconeixement de la vàlua de l'infant com a persona amb totes les seves capacitats i limitacions, i la vàlua de la seva família, així com facilitar que sigui un entorn veritablement inclusiu d'aquest infant i que generi oportunitats que aquest pugui fer efectives transformant-les en capacitats.
- Participar en la coordinació de les actuacions que es realitzen en aquesta franja d'edat.
- Participar en els projectes de coordinació interdepartamental.
- Assegurar equips experts en desenvolupament infantil.
- Garantir la continuïtat assistencial.

Àmbits d'actuació

- La **prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament** de trastorns en el desenvolupament per a **qualsevol etiologia**.

- **La criança**, entesa com el suport i acompanyament a la família en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral de l'infant.
- La prevenció de situacions de risc per antecedents personals o familiars.

Funcions generals

- Realitzar el diagnòstic interdisciplinari, funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament dels infants que ho requereixin en l'àmbit territorial esmentat. Elaborar informes funcionals i descriptius de la realitat de l'infant.
- Després del procés diagnòstic, establir el programa terapèutic individualitzat que estarà dissenyat per l'equip interdisciplinari del servei i explicitar en un dossier en el qual es registraran els informes, les avaluacions, el programa terapèutic i totes les incidències respecte del cas.

Tot aquest procés es durà a terme mitjançant reunions interdisciplinàries de tot l'equip del servei, de coordinació amb els recursos de la zona i de supervisió tècnica, si escau.

- Establir l'atenció integral, fent la intervenció terapèutica interdisciplinària a l'infant i al seu entorn immediat de forma ambulatoria i periòdica. En general aquesta atenció es realitzarà a la seu dels serveis socials d'atenció precoç o en l'entorn natural de l'infant.
- Orientar les famílies fent l'assessorament i suport als pares/mares o tutors/ores en els continguts que els són propis.
- Orientar els i les professionals de l'educació infantil en les etapes de 0 a 3 anys i de 3 a 6 anys pel que fa als trastorns del desenvolupament.
- Donar suport als processos de socialització i d'inclusió de l'infant. Col·laborar amb els i les professionals dels àmbits educatius, sanitaris i socials.
- Desenvolupar en col·laboració amb els serveis educatius, sanitaris i socials les tasques de prevenció i detecció precoç dels trastorns del desenvolupament i/o situacions de risc en la població infantil fins als sis anys.
- Promoure i desenvolupar la investigació, la docència i la formació a partir del propi treball, tant individual com de l'equip. Establir una formació continuada dels/de les professionals del servei que impliqui, d'una banda, el coneixement de diferents tècniques i experiències i, de l'altra, l'anàlisi i la discussió de la pròpia metodologia de treball.
- Avaluar i efectuar el seguiment periòdic del diagnòstic i de la intervenció terapèutica.
- Aplicar la classificació diagnòstica internacional de 0-3 anys i la CIM 09 o la CIM 10.

Funcions específiques

El servei d'atenció precoç ha de posar a l'abast de la persona atesa les tècniques i actuacions més adequades per tal d'aconseguir potenciar al màxim les capacitats de l'infant i adequar el seu entorn a les necessitats de tal manera que li permeti assolir el màxim benestar i un òptim desenvolupament.

El servei es concretarà en l'abordatge global del cas i l'atenció directa de l'infant, la seva família, l'escola i el seu entorn més immediat.

- Atenció directa a l'infant: des d'un abordatge global comprèn el diagnòstic, la intervenció terapèutica i l'avaluació i seguiment. Les sessions de treball tenen, d'ordinari, una durada d'entre 45 i 60 minuts i es porten a terme en el propi centre, domicili de l'infant, escola infantil, etc.
- Atenció a la família: comprèn les actuacions d'informació, orientació, acompanyament i suport, tant individual/familiar com grupal.
- Suport a l'escola.
- Seguiment dels infants en risc biològic, psicològic i social.
- Treball intern de l'equip orientat a la planificació terapèutica individual de tots els infants i famílies atesos, a la discussió clínica dels diagnòstics i planificació de noves estratègies, a l'organització de grups de treball específics, a la supervisió clínica i al desenvolupament d'altres funcions que són pròpies del treball interdisciplinari.
- Coordinació amb els serveis i recursos de la zona:
 - Hospitals de la zona: serveis de neonatologia, serveis de pediatria, serveis de neuropediatria, serveis de psiquiatria infantil, serveis de rehabilitació i serveis d'obstetrícia i ginecologia.
 - Serveis de valoració i orientació per a persones amb discapacitat (CAD).
 - Àrees bàsiques de salut (ABS), equips de pediatria.
 - Altres centres de desenvolupament infantil (CDIAP).
 - Equips d'assessorament psicopedagògic (EAP).
 - Centres de salut mental infantojuvenil (CSMIJ).
 - Centres de salut mental d'adults (CSMA).
 - Centres de serveis socials (CSS).
 - Equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA).
 - Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).
 - Recursos específics per a infants amb dèficit visual (ONCE), amb dèficit auditiu (CREDA), centres maternoinfantils, centres d'acollida, centres de recursos específics (SIRIUS), centres de dia per a infants amb pluridiscapacitat i d'altres.
 - Altres que es considerin necessaris en cada territori.

Atenem fins:

Mentre ho necessiti cada infant i s'estén fins que les necessitats d'atenció les puguin cobrir els serveis de caràcter general, ja siguin educatius, sanitaris o socials o, en tot cas, fins que l'infant compleixi els sis anys.

Disposem d'equips interdisciplinaris:

Es tracta d'equips experts en desenvolupament infantil.

Coneixen tant quin és el desenvolupament normatiu de l'infant i els nivells de conducta que cal esperar, com els trastorns que es poden donar en aquest procés i els factors de risc que els poden provocar.

L'equip de cada CDIAP està integrat per:

- Direcció.
- Personal administratiu.
- Professionals de les disciplines de:
 - Treball social.
 - Neuropediatria.
 - Psicologia clínica o psicologia amb formació acreditada en desenvolupament infantil.
 - Fisioteràpia.
 - Logopèdia.
 - Psicomotricitat.
 - Teràpia ocupacional (pendent d'incorporació).

Metodologia:

- Treball en equip interdisciplinari.
- Funcionament en equip que incorpora la transdisciplinarietat.

3.2. El marc conceptual del Model

3.2.1. Marc epistemològic

L'epistemologia s'ocupa d'estudiar el procés del conèixer, és a dir, “com coneixem el que coneixem”. Per això hem considerat necessari explicitar des de quin posicionament ens apropem a la realitat de la nostra població diana: des de la perspectiva i postulats que ens proporciona el construccionisme social.

El construccionisme es constitueix com una epistemologia que posa l'èmfasi en els processos de significació, tant personals com socials. Cada un de nosaltres creem els nostres propis “sistemes de significats” (constructes, narratives) per donar sentit a les experiències. Vivim, per tant, en un procés continu d'adaptació dels nostres “sistemes de significats” amb la finalitat d'assimilar noves experiències.

Per a la filosofia i l'epistemologia, el construccionisme (també anomenat constructivisme epistemològic) és un corrent que va començar a desenvolupar-se a la meitat del segle XX. Segons aquest paradigma, la realitat és una construcció creada per aquell que l'observa. Edgar Morin, Humberto Maturana, Michel Foucault, Gregory Bateson o Ernst von Glasersfeld són alguns dels filòsofs que també van deixar la seva empremta palpable dins del constructivisme. És considerat com el corrent de pensament que va revolucionar el segle passat, ja que qüestionava el pensament més lineal i convencional.

En el dia a dia de les nostres vides som, de fet, producte de la nostra època i no escapem de les convencions socials o de les ordres morals establertes. Per això, la epistemologia constructivista és una invitació a examinar aquestes convencions i a entendre-les com a regles socialment construïdes i històricament localitzades. És, també, una invitació a qüestionar les veritats establertes i a participar activament en els processos de transformació social. Assumir un posicionament construccionista ens obliga com a professionals a participar activament dels processos de transformació social.

Des de la mirada del construccionisme ens podem plantejar el coneixement com a versions consensuades de la realitat, producte de la interacció i negociació interpersonal (Gergen, 1985).⁴³ En altres paraules, el construccionisme planteja que el nivell on el significat és generat i actualitzat és extern a l'individu, pertany a una dimensió interpersonal-social que pot ser revisada i qüestionada.

Els elements que defineixen les posicions construccionistes són:

- **L'antiessencialisme**, afirmant que la realitat no és independent del coneixement que produïm sobre ella.
- **El qüestionament de les “veritats” establertes**, fet que posa l'èmfasi en el caràcter cultural i històric del coneixement.
- **El paper conferit al llenguatge en la construcció del món social**.

43. Gergen, K. (1996). “Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social”. Barcelona: Paidós.

Aquest moviment ha provocat una revisió i redefinició molt important de nocions com la identitat, el jo (*self*), el subjecte, el llenguatge, la sexualitat, el cos i el gènere, entre d'altres. I ha tingut una influència decisiva en àmbits com la pedagogia, la intervenció social, l'art o l'arquitectura, per posar alguns exemples.

3.2.2. Marc teòric de referència

Sumari

- 1. Algunes consideracions prèvies**
 - 2. Mentalitat i actituds obertes: un requisit professional**
 - 3. Perspectiva bio-psico-social del desenvolupament**
 - 4. Línies teòriques útils per a un abordatge bio-psico-social en el context dels nostres CDIAP**
-

El marc teòric de referència és el conjunt d'idees, procediments i teories que serveixen a la persona professional per orientar la seva exploració del que passa, li aporta elements de comprensió i d'interpretació per fer hipòtesis diagnòstiques i un pronòstic, l'orienta en la definició dels objectius que s'han d'assolir i en la estratègia o estratègies d'intervenció més adients i, per últim, l'ajuda a definir els paràmetres d'avaluació dels resultats assolits.

O dit en altres paraules, el marc teòric és una guia que ajuda la persona professional sobre què ha de mirar, dona significat al que veu aportant-li elements de comprensió de la realitat i orienta els passos a donar.

1. Algunes consideracions prèvies

Realitat complexa i marc teòric

Treballem en realitats que són complexes.

Per entendre una realitat complexa calen diferents perspectives, mirades i aproximacions. I això, entre moltes altres coses, implica la interacció de disciplines diverses i també de teories.⁴⁴

Quan l'objectiu no és solament comprendre una realitat que és complexa, sinó també intervenir-hi per introduir canvis en una determinada direcció, aquesta diversitat de mirades i teories és, encara més, un requisit ineludible. Quan parlem, però, de diversitat ho fem des de l'exigència d'integració i complementarietat, no d'un sumatori de disciplines (multidisciplinarietat) i/o de teories, entre d'altres.

44. Per "teoria" entenem aquell conjunt organitzat i coherent d'idees que expliquen un fenomen, deduïdes a partir de l'observació, l'experiència o el raonament lògic. Una teoria ha de ser d'alguna manera verificable.

O dit en altres paraules: **cal un diàleg entre diferents maneres de mirar i de fer.**

El marc teòric és dinàmic i evoluciona

Un marc teòric és una obra humana que es construeix en resposta a la necessitat que té l'ésser humà de comprendre la realitat on viu i d'incidir-hi per transformar-la.

I aquesta realitat està en constant evolució, així com el coneixement que en té l'ésser humà, de manera que les teories tenen un caràcter històric i evolutiu.

Per què definir el marc teòric en el context d'aquest Model

- Per un exercici de transparència de cara tant a la ciutadania com a l'Administració competent (Generalitat de Catalunya) com a les persones professionals que treballen o que desitgen treballar en un CDIAP de l'IMPD.
- Per orientar la formació permanent dels equips dels CDIAP de l'IMPD.
- Per orientar la selecció de personal en noves incorporacions.
- Per facilitar la coherència de la supervisió externa amb el model teòric definit.

2. Mentalitat i actituds obertes: un requisit professional

Tan important com tenir un marc teòric de referència és tenir i mantenir una mentalitat i actituds obertes sense les quals la teoria es transforma en dogma.

Es necessita un marc teòric, però, per sobre de tot, cal tenir capacitat i voluntat d'escolta i de reflexió

Cal deixar que la pròpia realitat i els altres puguin descol·locar-nos, per ressituar-nos de nou trobant nous equilibris a partir de l'experiència i sense renunciar al bagatge adquirit.

Cadascun/a de nosaltres som producte de la nostra època i no escapem a les convencions socials o al codi moral establert

- Partim que com a terapeutes **estem travessats/ades per una història personal i per un context familiar i social a partir dels quals incorporem uns determinats valors i judicis.** Creem els nostres propis sistemes de significats per donar sentit a les experiències. És important ser conscients d'aquesta subjectivitat per tal de mantenir una actitud d'escolta sempre oberta, disposada a plantejar-se interrogants i a buscar la mirada de l'altre també quan ens interpel·la d'una manera que ens incomoda.

D'aquí la importància de treballar i fer reunions en equip interdisciplinari per tal de construir un espai comú on compartir mirades i visions com un mecanisme necessari per reduir l'arbitrarietat que pot haver-hi en la mirada de cadascun/a de nosaltres considerats/ades individualment.

- La teoria passa per la subjectivitat de la persona. La part fàcil és el marc teòric explícit. **La part difícil és l'actitud interna.** Quan es considera que el marc teòric en

el qual ens recolzem és la veritat s'impedeix que la realitat ens interpel·li i deixem de posar en qüestió la pròpia pràctica. Quan això succeeix és difícil escoltar altres posicionaments i és fàcil caure en la rigidesa i el dogmatisme.

En altres paraules, cal descol·locar-se per col·locar-se de nou. I aquest és un equilibri constant que no hauria d'acabar mai si volem créixer personalment i professionalment.

Cal fugir de la confrontació entre teories

La confrontació entre teories no solament és estèril i ens impedeix créixer professionalment, sinó que ens fa mal. Primer, perquè no hi ha una única teoria que aportï tots els elements necessaris per abraçar, comprendre i intervenir en una realitat complexa. Segon, perquè la confrontació comporta una simplificació de la realitat que la redueix a dos extrems (bo/dolent, blanc/negre, etc.), nega la multiplicitat i riquesa de matisos entre un i l'altre, i impedeix l'escolta i l'aprenentatge mutu.

Cal construir un marc teòric que parteixi del diàleg i, per tant, de l'escolta activa de l'altre que opina diferent de mi, i del respecte mutu; no de la confrontació oberta o soterrada entre professionals “purs” i “no purs”.

El marc teòric no hauria de ser un obstacle per a aquest diàleg sinó que, al contrari, caldria potenciar-lo i orientar-lo cap un creixement professional i d'equip.

L'ús que fem de les teories

L'important no és tant si tothom compartim el mateix marc teòric o no, sinó l'ús que en fem.

- L'important és que quedin clars els criteris de diagnòstic i d'assistència a tot l'equip i que no es generin diferències per desconeixement o perquè no hagin estat sotmesos a un diàleg suficient en el CDIAP. **El que és fonamental és el diàleg des del respecte i disposar dels espais formals per fer-ho.**
- Un element clau és la capacitat de reflexió sobre la pròpia pràctica.

Per exemple: per un costat hi ha una mare o un pare que no pot acceptar/tolerar que el seu fill/a tingui una discapacitat; i per un altre hi ha un/a professional que no pot tolerar que aquesta mare o pare no accepti el seu fill/a. L'actitud d'aquesta mare o pare i la de la persona professional és la mateixa. Hem de poder veure-ho i tenir la disposició a treballar-ho. Difícilment es pot treballar amb aquesta mare o pare perquè pugui modificar la seva actitud respecte del seu fill o filla si aquest/a professional no treballa per un canvi en la seva actitud respecte de la mare o pare.

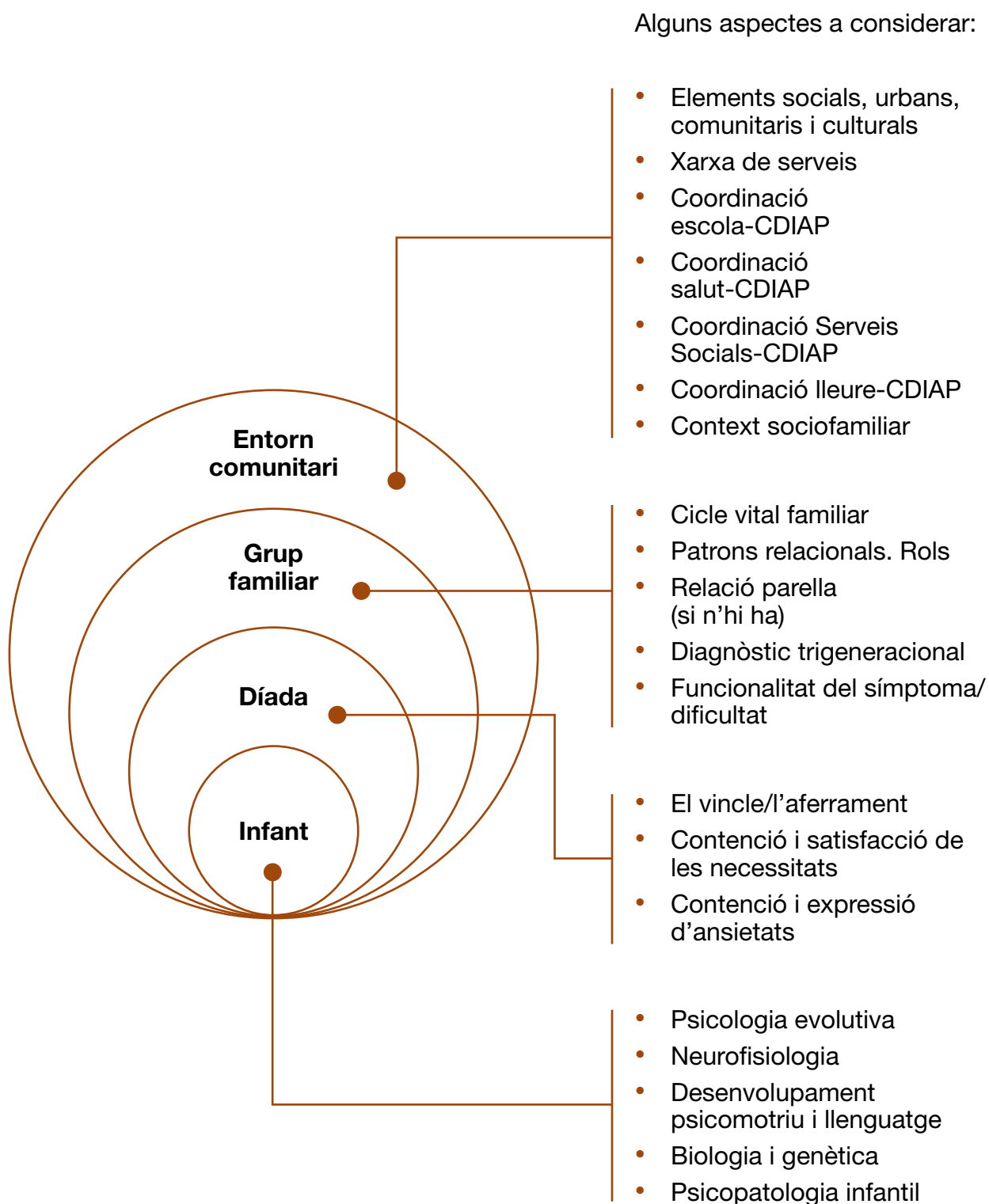
3. Perspectiva bio-psico-social del desenvolupament

A Catalunya els CDIAP de la Xarxa Pública hem de garantir una perspectiva bio-psico-social del desenvolupament. Per tant, el marc teòric que orienti la intervenció dels nostres CDIAP ha de:

- Situar l'infant en el centre i en interrelació permanent amb el seu entorn.

- Considerar la complexitat relacional i multifactorial de les diferents situacions del desenvolupament humà.

Gràfic. Nivells d'anàlisi i d'intervenció



4. Línies teòriques útils per a un abordatge bio-psico-social en el context dels nostres CDIAP

L'abordatge “bio”⁴⁵

Comporta una doble mirada:

- La mirada especialitzada des de la neuropediatria.
- La mirada compartida per totes les persones membres de l'equip.

La mirada especialitzada des de la neuropediatria

Es tracta d'una mirada especialitzada que s'ha de garantir al llarg del procés d'atenció de l'infant mitjançant:

- Una intervenció directa amb l'infant i la família sempre que calgui.
Per exemple, sempre que hi hagi antecedents de risc neurològic (prematuritat, pèrdua de benestar fetal/asfíxia perinatal, infart/hemorràgia cerebral perinatal, etc.), altres antecedents mèdics o quirúrgics rellevants (malformacions congènites, etc.), alteracions del creixement cranial, deformacions cranials, trastorns del desenvolupament motor i quadres que cursen amb alteracions motores, entre d'altres.
- Una intervenció indirecta a través de les interconsultes de la resta de professionals del CDIAP i en els espais conjunts de l'equip interdisciplinari del servei (reunions d'equip, sessions clíniques, supervisió externa, etc.).

Es tracta de garantir l'especificitat de la mirada “bio” dins l'abordatge integral que el CDIAP proporciona a l'infant que presenta determinades patologies, antecedents de risc o circumstàncies en la seva salut que afecten o poden comprometre el seu desenvolupament, i que és necessari tenir en compte al llarg del procés terapèutic d'intervenció ja des de l'inici –en la fase de valoració diagnòstica– i mentre duri l'atenció terapèutica de tractament.

La mirada compartida per totes les persones membres de l'equip interdisciplinari del CDIAP que incorporen en la seva intervenció el concepte ampli de salut que, en el context d'un CDIAP, s'entén com [... la promoció de la salut, la prevenció, la detecció i el diagnòstic del trastorn del desenvolupament i de qualsevol patologia afegida.

La incorporació de la mirada bio-psico-social a la Xarxa de CDIAP entre els anys 1995-1998 va representar un canvi per a la majoria d'equips. Totes les persones professionals havien d'equilibrar la seva mirada entre aquest concepte marc i els seus tres continguts o àmbits d'actuació ...]. . I aquesta mirada bio-psico-social cal tenir-la incorporada [... durant tot el procés assistencial, no solament en la fase de valoració diagnòstica.

45. L'autoria del text entre clàudatros en aquest apartat correspon a Anna Fornós i Barreras. Escrit elaborat expressament en el context del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD.

Sabem que els infants atesos al CDIAP poden tenir patologies afegides al seu diagnòstic principal.

No es tracta de fer de pediatres de capçalera, sinó de fer palesa la importància de conèixer i no descuidar altres malalties recurrents que interfereixen en el desenvolupament i altres patologies que acompanyen els infants diagnosticats de síndromes conegudes.

Podríem parlar de moltes patologies afegides, a tall d'exemple començarem per les patologies sensorials: la importància de fer una bona exploració auditiva i visual, i saber que tenir alterats algun d'aquests canals sensorials repercuteix de manera molt directa en el desenvolupament ...].

En el context d'un CDIAP es tracta de [... detectar aquests trastorns i indicar a la família què ha de fer.

Quan un infant pateix otitis de repetició, pot perdre audició de manera transitòria i durant un temps sentir-se aïllat del món que l'envolta i mostrar una conducta desconnectada. La possibilitat que aquest trastorn auditiu provoqui la desconexió d'un infant fràgil, però no amb un trastorn de l'espectre autista (TEA), i tenir al nostre abast la millora immediata, ens posa en la responsabilitat de pensar en qualsevol hipòtesi diagnòstica, també les de salut general.

Un dèficit de refracció visual comporta en un infant pors i inseguretat al moviment, aquest seria un altre exemple. Podríem estar treballant la motricitat i faríem curt, ja que al presentar un dèficit visual el moviment pot estar compromès.

Hi ha patologies del desenvolupament que presenten dins el seu perfil sindròmic altres patologies afegides. Aquestes patologies són conegudes i poden aparèixer en el transcurs de la infantesa ...].

Així, per exemple, un CDIAP [... atén infants que presenten una paràlisi cerebral de diferents etiologies; tots aquests infants tenen patologies afegides que poden ser molt greus i canviar el pronòstic de la patologia primària: epilèpsia, trastorns metabòlics i endocrins, sensorials, respiratoris, d'alimentació, ortopèdics, de creixement, etc. No tenir presents aquestes patologies afegides seria un error greu en la intervenció integral que hem de fer.

Els CDIAP som un servei social especialitzat i de proximitat que treballa de manera coordinada amb la xarxa de pediatria de l'atenció primària de salut. Per tant, podem detectar, compartir i derivar als i a les pediatres qualsevol sospita de malaltia que incrementa la comorbiditat.

Aquesta detecció, la pot fer qualsevol professional del CDIAP. El que és rellevant és fer la detecció i tenir al cap aquesta concurrència de factors i la cura integral de l'infant. Cada membre de l'equip té la seva part de responsabilitat a contribuir a implementar els tres àmbits que formen el concepte integral bio-psico-social ...].

L'abordatge “psico-social”

Podem afirmar que tant la perspectiva psicodinàmica com la perspectiva ecosistèmica ens són útils per orientar la nostra intervenció, però **no amb caràcter excloent** d'altres. I sempre que se'n faci un ús flexible i gens dogmàtic.

No es tracta d'un sumatori de teories.

Un **requisit és l'articulació d'aquestes línies teòriques en la pràctica assistencial i en el treball interdisciplinari.**

A continuació veiem breument cadascuna de les línies teòriques esmentades.

La perspectiva psicodinàmica⁴⁶

[... La perspectiva psicodinàmica és especialment útil en el context de l'atenció proporcionada per un CDIAP perquè aborda temes cabdals que estructurin la comprensió del desenvolupament de l'infant, els problemes que es poden presentar, els possibles trastorns i les diferents modalitats d'intervenció. I també per l'interès, especialment en els últims temps, per integrar avenços en la comprensió d'aquests processos que provenen d'altres disciplines i corrents teòrics.

Tres d'aquests temes especialment rellevants són: la relació, les emocions i allò que no és evident, del que no som clarament conscients però que pot estar darrere del que s'expressa i verbalitza.

- **El desenvolupament de l'infant no es pot concebre fora de la relació.** És el vincle que es crea entre la mare, el pare i el fill o filla el que proveeix les condicions necessàries perquè el potencial constitucional de l'infant es pugui desenvolupar per aconseguir adaptar-se a la realitat, ser més lliure i creatiu, i aconseguir més benestar.

Però no cal oblidar que aquest vincle és, entre altres coses, **un vincle emocional**. Els pares no tenen cura del nadó només perquè els obligui la societat. Primàriament i naturalment ho fan perquè probablement ho han desitjat i en qualsevol cas perquè es crea una relació entre ells que els porta a donar al nadó, i després a l'infant petit, allò que necessita per al seu benestar i per desenvolupar les seves capacitats. Segurament predominarà en els pares l'afecte però estaran igualment presents la inseguretat, la por, la ràbia, la desesperança, etc. Aquestes vivències, naturals en la criança de qualsevol nadó, és important que es puguin contenir dins de la família perquè no interfereixin en el desenvolupament de l'infant i en les pròpies funcions parentals. Sense oblidar la importància de l'entorn social en què viuen. L'entramat de relacions al voltant de la família ajudarà a tirar endavant amb la criança, tant emocionalment com pràcticament. Tot això perquè els pares puguin tenir unes condicions prou bones per conèixer i entendre el seu fill o filla.

46. Aquest apartat ha estat elaborat per Rafael Villanueva Ferrer expressament en el context d'aquest Model municipal (text entre claudàtors).

L'infant necessitarà que l'ajudin a regular-se físicament i emocionalment perquè, a poc a poc, interioritzi aquestes formes de regulació i pugui començar a caminar cap a una suficient independència. La família s'haurà d'adaptar i contenir l'infant, empatitzar amb el que sent per captar el que necessita i el que desitja i haurà d'adonar-se que creix, que es fa gran, i permetre que tingui el seu espai i que es pugui separar. Perquè entri en "el social", en un tipus de relació en la qual poden haver-hi altres persones importants amb altres formes de pensar i que ofereixen una experiència diferent a l'infant. De la mateixa manera, el mateix infant anirà ampliant el seu interès pel món i anirà entrant en el món del significat de les coses i més tard del llenguatge verbal. Aquest és el camí de la individuació. Del reconeixement de la pròpia subjectivitat i la de les altres persones. L'infant anirà construint a poc a poc el seu jo i descobrint el jo dels altres. Entenent que les altres persones pensen, senten, actuen i s'expressen com ell o ella pot pensar, actuar, expressar-se i sentir.

Des de l'orientació psicoanalítica no s'ha deixat d'aprofundir, des dels seus inicis, en aquests processos complexos. Podem trobar múltiples contribucions d'autors/ores des de l'observació o des de la clínica que ens aporten coneixements i experiència per millorar la nostra comprensió d'aquestes primeres etapes. Sense conèixer aquests processos serà molt difícil que puguem entendre les famílies i els infants que atensem. Serà molt complicat que captem l'impacte de les interferències dels problemes i dels trastorns en el desenvolupament i que puguem proposar ajudes adequades al que li està passant a aquest infant, en aquesta família i en aquest entorn social.

- **La psicoanàlisi ens ajuda també a veure més enllà del que és evident.** A entendre, per exemple, que aquesta família que no expressa preocupació pot estar molt espantada sense poder reconèixer-ho en aquell moment; que en sobreprotegir l'infant es protegeixen ells mateixos, per exemple, de connectar amb la lentitud de l'aprenentatge de l'infant o de sentir la frustració de no poder tenir el que vols; que sota l'enuig amb què es dirigeixen a nosaltres hi ha tristesa, ràbia i decepció davant el que els està succeint i que no estan trobant una altra manera d'entendre-ho i comunicar-ho més que actuant com si nosaltres els estiguéssim fent mal; o que darrere de la demanda lògica de pautes per a la criança del seu fill o filla amb problemes es pot amagar la vivència que no són capaços de conèixer i ajudar el seu fill o filla, posant tota la capacitat de pensar i saber en la persona professional, com si ells ja no fossin competents.

A partir d'aquest model d'organització mental i de maneig de l'ansietat podrem entendre millor les reaccions dels pares, que ens permetrà empatitzar amb el que senten i respondre d'una forma més ajustada al que necessiten.

El camí cap al creixement i l'autonomia que recorren l'infant i la seva família es pot veure interromput, ja en els inicis o durant el procés de desenvolupament, per dificultats que es presenten en l'infant, en els pares o a causa de circumstàncies de l'entorn que interfereixin pràcticament i/o emocionalment.

Diagnosticar el que li passa a l'infant, en aquestes edats primerenques, no és només identificar una síndrome, un trastorn o una etiologia. Sobretot és entendre com aquest infant i aquesta família estan sent afectats, entorpits, bloquejats,

limitats, etc. per progressar. És comprendre com viuen el que està passant i quins recursos despleguen per enfrontar-s'hi. Recursos que ajudaran o que entorpiran el desenvolupament. Hem d'intentar entendre amb quines capacitats compten i quines dificultats presenten. Però també com s'organitzen internament i externament per adaptar-se a una experiència en gran part inesperada i lògicament dolorosa de tenir un infant amb problemes, uns pares amb dificultats o un entorn que no proveeix del necessari per a la criança i/o la interfereix.

També hem de poder entendre la subjectivitat d'aquest infant. Els símptomes que ens permeten situar-lo en una síndrome també ens mostren aspectes de la seva forma de respondre davant del que li interessa o davant del que l'angoixa. Una estereotípia d'un nen amb TEA és un element més que ens permet situar-lo en aquest trastorn, però també pot ser que ens parli que està avorrit, angositat per l'excés de soroll o que, en retirar-se de la relació, troba en la repetició alguna estabilitat i tranquil·litat. Decidir què fem amb aquesta estereotípia no només tindrà a veure amb la interferència que provoca en la seva adaptació a la realitat sinó, sobretot, amb la identificació del motiu que l'ha desencadenat i amb la comprensió del funcionament mental de l'infant. La nostra resposta serà eliminar el soroll, ajudar a jugar o buscar un entorn en què l'oferta relacional vagi al ritme que ell pot tolerar.

El tractament no es desplega només per les característiques de la síndrome sinó per les del propi infant, que inclouen molts més elements que els símptomes o limitacions del trastorn que pateix i que transmeten una forma personal de sentir i de pensar.

Les aportacions de la perspectiva psicodinàmica ens permeten comprendre millor pares i infants i ha posat èmfasi en la importància d'escoltar i d'observar per conèixer i entendre.

D'altra banda, la perspectiva psicodinàmica també aporta una gran experiència clínica sobre com ha de ser la nostra posició com a terapeutes, sobre la nostra actitud, sobre quina és la distància i la implicació emocional adequada per ajudar millor l'infant i els pares. Necessitem apropar-nos a l'infant i als pares amb interès per conèixer-los i per ajudar-los, però respectant la seva posició i la seva funció en la relació familiar. Cal intentar tenir la capacitat de reconèixer i contenir el dolor psíquic i empatitzar sense confondre'ns amb el que senten els pares; acompanyar sense jutjar; ajudar sense suplantar; interessar-se sense ser intrusiu; orientar i donar esperança sense crear falses expectatives; activar i animar però no forçar, respectant el ritme de l'infant i la família. Tot això i, sobretot, intentar no generar culpa, però tenint la capacitat d'acceptar i alleujar els sentiments que en aquesta línia puguin aparèixer.

Hem de tenir en compte que, si volem realment donar una atenció integral, la família i l'entorn cuidador són bàsics en el tractament de l'infant amb dificultats. El "tractament" ha d'intentar generar un "tracte" ajustat a les necessitats del nadó o de l'infant petit. Això suposa adaptar-se al fill o filla real que tenen i conèixer-se i tolerar com a pares d'aquest infant. Segurament el que els està passant no coincideix amb el que esperaven i això comportarà un dol per la pèrdua, en part, d'aquell infant i d'aquella relació parental que s'havien imaginat i que probablement els havia

il·lusionat. Família i infant s'han d'anar trobant i s'han d'anar coneixent per construir una relació més realista que pugui promoure el creixement. Comprendre aquests processos de dol és també fonamental per situar i entendre el moment pel qual passa la família i per donar-li el temps que necessiti per trobar el seu propi camí. Si no és així, si no acompanyem emocionalment la família i els ajudem a trobar el seu paper actiu com a pares que comprenen el seu fill o filla i prenen decisions, encara que sigui amb ajuda, ens arrisquem a convertir els pares en mers espectadors o, com a màxim, en entrenadors o pseudoterapeutes de l'infant, amb el perill que això suposa per al desenvolupament de les seves pròpies funcions parentals.

Quan la família és la que té problemes greus, la psicoanàlisi ens ajudarà a entendre millor les seves dificultats i a ajustar-nos a les seves possibilitats reals. Situant-nos de forma més realista en el nivell de millora que podem esperar, sense pretendre aconseguir allò que pot ser impossible. Alhora que intentarem posar en marxa els recursos socials que siguin necessaris per garantir la seguretat i el benestar de l'infant.

La psicologia d'orientació psicodinàmica ens ajuda a reconèixer els estats interns dels infants i que els pares puguin també reconèixer-los i entendre'ls. A captar el que sent l'infant, el que li interessa, el que l'angoixa o el que no entén, per posar algun exemple. A donar valor al llenguatge com a eina terapèutica que ajuda a comunicar-se i organitzar-se mentalment. A situar les pautes o consells en una relació de respecte i d'interès per l'altre. A generar diferenciació a través de promoure la capacitat de reconèixer els estats mentals de cadascú (la meua por potser no sigui la por de l'infant, o el seu empipament serà més fàcil de manejar si no em confonc i acabo jo també enfadat o enfadada). A promoure el joc i la creativitat en l'infant i a facilitar que els pares puguin reconèixer la importància del món intern del seu fill o filla i promoguin la simbolització.

El joc és el vehicle del tractament amb els infants petits. Quan l'infant és molt petit, el joc amb la persona cuidadora és un vehicle per a la comunicació, per a la satisfacció mútua i per a l'enfortiment dels vincles. En els infants petits molt aviat serà una de les formes bàsiques d'expressar-se i de pensar. Ens informa dels seus desitjos i de les seves preocupacions i en general del que sent i pensa. La importància del joc en el desenvolupament ha estat investigada i explicada per diferents autors/ores psicodinàmics i d'altres corrents, de vegades properes.

Per acabar, cal recordar que per al model psicodinàmic la relació terapèutica és la base del tractament. L'ajuda que podem oferir no són només els consells que donem als pares o les accions terapèutiques que realitzem amb l'infant, sinó la relació que establim amb tots ells a partir de la comprensió de la seva realitat externa i interna. En aquesta relació tindrem la informació que l'infant i els pares ens transmeten, però també allò que ens fan sentir ens parlarà de com se senten ells mateixos i de com ressona en nosaltres. D'experiències i vivències anteriors que s'actualitzen en l'aquí i ara de la relació terapèutica ...].

La perspectiva ecosistèmica⁴⁷

La perspectiva ecosistèmica [... conjuga dos cossos teòrics complementaris: l'enfocament sistèmic i el model ecològic.

L'enfocament sistèmic és una perspectiva teòrica que permet comprendre i explicar els comportaments de les persones no només a partir de les seves característiques individuals, sinó també en funció de les relacions que aquestes persones estableixen amb els seus contextos més propers. El significat dels diversos fenòmens i problemes es busca en els contextos en què es produeixen i en les relacions que cada persona estableix. El model ecològic amplia l'enfocament sistèmic, en considerar diferents nivells per a l'anàlisi: individual, microsistèmic, mesosistèmic i macrosistèmic.

Una de les aportacions del pensament sistèmic va consistir a donar prioritat al context en la comprensió dels fenòmens humans i a posar de rellevància els aspectes interaccionals. Aquesta òptica ha contribuït a ampliar la comprensió i avaluació dels problemes (síntomes, conductes) posant èmfasi en el diagnòstic relacional i interaccional, prioritzant el canvi en les interaccions.

La lectura sistèmica implica analitzar els fenòmens humans en la seva complexitat contextual, a partir d'un enfocament multidimensional i circular. Aquesta mirada defineix els problemes o fenòmens en relació amb les persones i els seus contextos. **El canvi no pot ser només individual, sinó entre les persones i/o entre sistemes.** Això implica desplaçar el focus de l'anàlisi de l'individu als seus contextos significatius. Així es passa a considerar la família (primer context significatiu) com a objecte d'estudi i de tractament, i a incloure també el context i la persona professional "com a part del sistema que s'analitza".

Es considera que l'observador/a és sempre part del que observa. Això vol dir que per a la comprensió del fenomen de què es tracti, les creences, els marcs teòrics i les emocions de l'operador social han de ser presos en compte en la descripció del fenomen, en el diagnòstic i en la intervenció.

L'enfocament sistèmic desplaça el focus d'allò individual a allò relacional, i d'una causalitat lineal a una de circular. Cada membre del sistema influeix en els altres i, alhora, és influït per ells en una retroalimentació permanent.

Per la seva banda, el model ecològic ens ajuda a no perdre de vista la complexitat del problema o fenomen de què es tracti, a no tenir només en compte un únic nivell i, a més, a considerar les interaccions entre ells (vegeu U. Bronfenbrenner, 1987; C. Bouchard, 1982; J. Barudy, 1998). Això vol dir que no només hi intervenen múltiples factors i nivells, sinó que, a més, hi ha una retroalimentació o una circularitat entre tots de manera que es condicionen recíprocament ...].

47. El text entre clàudators està extret de l'apartat "Marc conceptual i tècnic" de la publicació "Els processos tècnics dels Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAI/A). Presentació, mapa general, processos estratègics i de suport". Ajuntament de Barcelona (2017).

En cada nivell trobarem factors diversos del mateix ordre:

- **Nivell individual.** En aquest nivell s'identifiquen els factors psicològics i biològics que influeixen en el comportament de les persones. Des d'una mirada ecosistèmica podem distingir diferents dimensions de l'individu interrelacionades entre si. Són:
 - **La dimensió cognitiva:** comprèn les estructures i esquemes de coneixement que defineixen les formes de percebre i conceptualitzar el món que configuren el paradigma o estil cognitiu de la persona.
 - **La dimensió conductual:** inclou el repertori de comportaments amb els quals una persona es relaciona amb el món.
 - **La dimensió psicodinàmica:** es refereix a la dinàmica en els seus diferents nivells de profunditat (des de les emocions, ansietats i conflictes conscients, fins a manifestacions del psiquisme inconscient).
 - **La dimensió interaccional:** fa referència a les pautes de relació i de comunicació interpersonal.
- **El microsistema.** Es refereix a les **relacions més properes** de la persona. És el context immediat, la família, les amistats, etc.
- **El exosistema.** L'integren **la comunitat** més propera després de l'entorn familiar. Inclou les institucions mediadores entre una determinada cultura i la persona: l'escola, els i les professionals i els serveis, la colla, l'esplai o altres espais d'educació no formal i d'oci, l'església, els mitjans de comunicació, etc.
- **El macrosistema.** Comprèn l'ambient ecològic que té un abast molt més enllà de la situació immediata que afecta la persona. És el context més ampli i remet a les formes d'organització social, els sistemes de creences i els estils de vida dominants en una cultura o subcultura. En aquest nivell es considera que la persona es veu afectada profundament per fets en els quals no participa ni està present. La integració social comporta que les persones que en formen part assumeixin les normes de conducta, els valors imperants i la cultura d'un determinat grup social o d'una determinada **societat**.

La perspectiva ecològica se sosté en l'anàlisi dels determinants i dels factors de risc i de protecció que impacten en la relació dinàmica de les persones amb el seu entorn i viceversa, interferint o afavorint la transformació recíproca.

3.2.3. La perspectiva de gènere: caràcter transversal a la diversitat de línies teòriques

La perspectiva de gènere és un constructe social que busca examinar l'impacte del gènere en les oportunitats de les persones, els seus rols socials i les interaccions que porten a terme amb altres.

Pretén desnaturalitzar, des del punt de vista teòric i des de les intervencions socials, el caràcter jeràrquic atribuït a la relació entre els sexes i els gèneres i mostrar que els

models d'home o de dona, així com la idea d'heterosexualitat obligatòria, són construccions socials que estableixen formes d'interrelació i especifiquen el que cada persona “ha de” i “pot” fer, d'acord al lloc que li correspon segons el que el sistema social atribueix a cada gènere.

És un instrument que permet qüestionar i desmuntar les creences en què se sustenta el patriarcat com a sistema d'organització social.

La perspectiva de gènere permet enfocar, analitzar i comprendre les característiques que defineixen homes i dones de manera específica, així com les seves semblances i diferències.

Des d'aquesta perspectiva s'analitzen les possibilitats vitals d'unes i altres, el sentit de les seves vides, les seves expectatives i oportunitats, les complexes i diverses relacions socials que es donen entre ambdós sexes, així com els conflictes institucionals i quotidians que han d'atendre i les múltiples maneres com ho fan.

Incorporar la perspectiva de gènere en la intervenció amb infants i famílies des del context d'un CDIAP és necessari principalment per dos motius:

- Contextualitzar les expectatives, requeriments i atribucions que es fan a l'infant en funció que sigui nen o nena per part de la família, de l'entorn (del qual formem part) i de la societat en sentit més ampli.

La construcció social del gènere té lloc a través del procés de socialització entès com el procés psicosocial que s'inicia amb el naixement i mitjançant el qual una persona adquireix les normes de conducta, els valors imperants i la cultura d'un determinat grup social o d'una determinada societat. El procés de socialització dura tota la vida.

En una societat sexista com encara és la nostra s'assigna a cada sexe biològic uns atributs, unes característiques i habilitats diferenciades a les quals han de respondre tots els homes i totes les dones. Defineix que els homes han de ser masculins i les dones femenines. Defineix què vol dir masculinitat i feminitat, i el que correspon ser i fer a un home per ser masculí i a una dona per ser femenina. Sortir d'aquests patrons comporta, en major o menor mesura, discriminació o fins i tot l'exclusió social.

Aquestes atribucions diferenciades en funció del sexe biològic defineixen els rols socials, els perfils i les responsabilitats diferenciades segons se sigui home o dona. En altres paraules, què correspon que faci, pensi, desitgi o senti la dona, i què correspon que faci, pensi, desitgi o senti l'home. Constitueixen per tant un mecanisme de control social, tot definint el que és normal i el que no ho és en relació amb el fet de ser un subjecte masculí, un subjecte femení i un subjecte heterosexual.

- Incorporar la perspectiva de gènere en l'anàlisi de la parentalitat és necessari per entendre l'evolució de moltes realitats familiars que ja no responen als esquemes i rols tradicionals, com ara les famílies monoparentals (amb una monoparentalitat triada o imposada) o les famílies LGTBI, per posar dos exemples. O fins i tot els nous rols que exerceixen mares i pares en famílies heterosexuales.

Sovint hi ha confusió entre conceptes que es refereixen a aspectes diferents de la identitat de la persona (sexe, identitat de gènere, expressió de gènere, orientació sexual). Aquesta confusió, quan existeix, pot determinar actuacions que no corresponguin a la necessitat o al desig de la persona afectada, en aquest cas l'infant.

La perspectiva de gènere ens ajuda a entendre que les atribucions que fem als rols de mare i de pare i allò que socialment considerem normal són construccions socioculturals, no atribucions derivades de la naturalesa i dels atributs biològics. El sol fet d'establir una distinció entre funció maternal i funció paternal implica que definim com a normalitat de família aquella conformada per un home i una dona, quan la normalitat és molt més diversa i plural (parelles integrades per dues dones o per dos homes, famílies d'una sola persona cuidadora –home o dona–, etc.).

Cal aproximar-se a la família integrant la diversitat com un fet i no com una anomalia o una excepció.

L'important és identificar quins són els elements necessaris per a un creixement i un desenvolupament sa de qualsevol infant (en els aspectes físic, cognitiu, emocional i relacional-social) i quines són les figures de l'entorn d'aquest infant que poden oferir-los, sense predeterminar què li correspon al pare i què a la mare.

Aquestes figures (mare/pare, mare/mare, pare/pare, mare o pare sols) han de ser capaces de generar amor, generar pensament, promoure esperança, afrontar la veritat, etc. O en altres termes, tenir les habilitats i capacitats necessàries per oferir a l'infant una aportació nutritiva, afecte, cura i estimulació, una aportació educativa, socialitzadora, protectora, i promoure la resiliència de l'infant.⁴⁸

L'important és que hi hagi un bon vincle de l'infant amb la persona o les persones cuidadores principals, i que hi hagi una desvinculació saludable quan pertoqui pel desenvolupament de l'infant. Quan hi ha més d'una persona cuidadora principal l'important no és a qui li toca assumir una o altra funció, sinó l'harmonia, la complementarietat, les ganes de fer-ho.

Des de la perspectiva de gènere es busca deconstruir les atribucions socials basades en el gènere per centrar el focus d'atenció en la naturalesa i qualitat del vincle en la diada integrada per l'infant i la persona o persones cuidadora/ores principal/s.

Però, més enllà de les idees, la perspectiva de gènere ens obliga a una reflexió interna i a un treball personal per identificar què de tot això hi ha en nosaltres i què projectem en els infants i famílies que atenem.

48. Jorge Barudy i Maryorie Dantagnan (2011).

3.2.4. La multiculturalitat de la població atesa: un factor clau en la intervenció dels CDIAP de l'IMPD

Les dades d'atenció del 2016 són prou eloqüents:

Del total d'infants atesos pel CDIAP EIPI Ciutat Vella:

- Les persones representats legals dels infants eren totes dues de procedència estrangera en el 66,40% del casos. I mixta (una de les persones representants legals era d'origen estranger i l'altra espanyola) en el 7,53% dels casos. Solament en el 26,08% dels casos totes dues persones representants legals eren de procedència espanyola.
- Per continents, la procedència majoritària és Àsia (36,83%) seguida d'Europa (34,95% que inclou Espanya), Amèrica (12,10%) i Àfrica (8,33%).
- Els països de procedència de les persones representats legals estrangeres són, de més a menys: Pakistan, Bangla Desh, Filipines i Marroc.

Del total d'infants atesos pel CDIAP EIPI Nou Barris:

- Les persones representats legals dels infants eren totes dues de procedència estrangera en el 46,24% del casos. I mixta (una de les persones representants legals era d'origen estranger i l'altra espanyola) en el 10,32% dels casos. En menys de la meitat, el 43,44% dels casos, totes dues persones representants legals eren de procedència espanyola.
- Per continents, la procedència majoritària és Europa (49,98% que inclou Espanya), seguida d'Amèrica (32,47%) i, a molta distància, Àfrica (5,16%).
- Els països de procedència de les persones representats legals estrangeres són, de més a menys: Equador, Bolívia, Perú, Hondures, República Dominicana i Marroc.

És un fet que els districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris són multiculturals, el que comporta models de criança no solament diversos sinó també diferents, amb valors i significacions que poden diferir molt de la cultura autòctona dominant en la majoria de les persones integrants dels equips dels nostres dos CDIAP.

Aquest fet incrementa considerablement la complexitat de la intervenció, no solament per les barreres idiomàtiques existents en molts casos i que se superen gràcies al servei de traducció i mediació de l'Ajuntament de Barcelona, sinó bàsicament perquè les pautes de criança són molt diverses, així com el paper assignat a la dona (en tant que dona i en tant que mare) i a l'home (en tant que home i en tant que pare), el concepte de "lo públic" i "lo privat" és molt diferent entre unes i altres cultures inclosa la nostra; i igualment passa amb la gestualitat o la manera d'entendre el cos i d'interactuar i relacionar-se socialment, per posar alguns exemples.

D'altra banda, cada país de procedència no és homogeni i, per tant, ens podem trobar famílies amb un mateix país de procedència, però amb models i valors de criança ben diferents.

Això ens obliga a:

- Conèixer per entendre les diferents cultures, els seus valors, models de criança i formes d'interacció, etc.
- Tenir molt en compte aquesta realitat en el moment de fer les valoracions diagnòstiques i el pla d'atenció terapèutica de tractament, per evitar incórrer en errors d'interpretació que puguin allunyar les famílies del CDIAP o que les puguin fer sentir jutjades o incompreses.

Un element clau en la intervenció del CDIAP és implicar la família perquè compregui les necessitats de l'infant, les accepti i doni respostes adequades que afavoreixin de manera efectiva el seu benestar i desenvolupament actual i futur.

Per implicar la família en un context multicultural és necessari fer un esforç per conèixer el seu context cultural d'origen, com ha estat el procés migratori i el seu encaix aquí; ser flexibles i tenir una actitud respectuosa. Com amb totes les famílies dels infants atesos cal:

- **Que la família se senti acollida, escoltada i compresa** no solament respecte al seu vincle amb l'infant i tot el que té a veure amb ell, sinó també respecte de la seva manera de fer i de viure.

Cal que la família senti que la persona professional té interès per conèixer i entendre des d'una actitud respectuosa (sense defugir de la seva obligació de vetllar per l'interès superior de l'infant).

- **Acompanyar i ajudar la família a entendre** quines són les dificultats i necessitats específiques que té el seu fill/a, a acceptar-les i a donar una resposta adequada.

No es tracta d'informar la família del que li passa al nen o nena i donar-li indicacions del que han de fer. Cal un acompanyament en aquest procés de comprensió, d'incertesa i d'acceptació que, sovint, no és fàcil.

- **Que la família senti que es connecta amb les seves vivències sense ser jutjada.**

Cal escoltar i ajudar a posar paraules i explicitar les vivències de les diferents persones de la família en relació amb l'impacte que el naixement d'aquest fill o filla ha tingut en la seva vida i en la dinàmica familiar; en relació amb els sentiments que desperta i a les dificultats que puguin tenir per fer front a la situació (dol, rebuig, decepció, sobreprotecció, por, etc.) i respecte del seu vincle amb l'infant.

Assolir aquests objectius quan la família prové de cultures molt diferents a la nostra no és gens fàcil, raó per la qual en el context d'aquest Model un dels reptes és proporcionar als equips les eines necessàries per fer front a aquesta realitat complexa en les millors condicions possibles.

3.3. Les prioritats del Model

3.3.1. L'accés de l'infant al CDIAP

Sumari

1. L'accés de l'infant al CDIAP és universal

2. Forma part de la missió del CDIAP treballar de manera proactiva per facilitar l'accés a l'atenció precoç dels infants que ho necessiten

- Treballar per identificar les barreres existents i desenvolupar estratègies per eliminar-les
 - Contribuir a enfortir la capacitat de prevenció primària i de detecció precoç dels serveis del territori
-

1. L'accés de l'infant al CDIAP és universal

Què vol dir?

Que tot infant nascut que tingui entre 0 i 6 anys i visqui als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris, així com el no nascut, que tingui un trastorn en el desenvolupament o risc de tenir-ne té dret a rebre atenció precoç en el CDIAP corresponent i aquest l'obligació d'atendre'l.

O dit en altres paraules: no hi pot haver barreres de cap mena que dificultin l'accés d'aquest infant al CDIAP, atès que es tracta d'un dret subjectiu que cal garantir.

L'única limitació raonable que té a veure amb el límit màxim d'edat per accedir al CDIAP és poder disposar del temps suficient per assegurar la realització d'una valoració diagnòstica i una orientació inicials per proposar a la família abans que l'infant compleixi els sis anys. Estem parlant del fet que, en la majoria dels casos, no és factible l'accés d'un infant a partir dels cinc anys i sis mesos d'edat.

Qualsevol altre criteri de limitació de l'accés contradiria el principi d'universalitat.

És per aquest motiu que en aplicació d'aquest Model no s'han d'implementar els criteris de priorització en l'accés que contempla el Decret 45/2014, de modificació del Decret 261/2003, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç quan diu: [... Sens perjudici del caràcter universal dels serveis d'atenció precoç, es prioritza l'atenció als infants amb trastorns en el seu desenvolupament o risc de patir-los de menys de tres anys i als infants amb afectació greu, d'acord amb el criteri clínic dels i les professionals del CDIAP...].

O, en la mateixa línia, el que estableix el Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i l'IMPD quan diu: [... La

família pot accedir-hi directament, per iniciativa pròpia, sempre que el centre li correspongui per zona i que l'edat de l'infant estigui dins la franja d'atenció precoç (preferentment infants de 0 anys fins escolaritzats a P-4) ...].

És important poder **garantir a tots els infants de zero a sis anys** que presentin un trastorn del desenvolupament, transitori o permanent, o risc de patir-lo, **una valoració diagnòstica inicial** que permeti identificar:

- què li passa a l'infant,
 - quins són els riscos i les fortaleces que presenta el propi infant, la seva família i resta d'entorn significatiu,
 - i quina és la gravetat de l'afectació que té l'infant.
-

Amb aquesta informació, sotmesa a l'anàlisi de l'equip interdisciplinari del CDIAP, els i les professionals sí que poden tenir un criteri clínic sobre el qual decidir si és pertinent o no incorporar criteris de prioritització que s'aplicaran en la definició del pla d'atenció terapèutica que s'ha de proposar a la família. Però no abans de la valoració diagnòstica inicial.

D'altra banda, cal recordar que, tal i com s'especifica a la normativa legal vigent, tenen dret als serveis d'atenció precoç [... els infants amb trastorns en el seu desenvolupament o risc de patir-los, des del moment de la seva concepció i fins que compleixin els sis anys, i llurs famílies ...]. És a dir, que **el dret d'accés als serveis d'atenció precoç que proporciona el CDIAP s'estén també al no nascut**.

Quan parlem del no nascut amb trastorn del desenvolupament o risc de tenir-ne ens referim a la necessitat d'iniciar la intervenció ja en l'**etapa de l'embaràs** sempre que es donin determinades circumstàncies. Per exemple:

- Quan es detecten malformacions, discapacitats d'origen genètic o altres circumstàncies similars, o es produeixen danys per causes traumàtiques (accidents, violència, autonegligència, etc.) que afecten el fetus, sempre i quan l'embaràs es porti a terme.
- Quan es tracta d'un entorn de risc: mare i/o pare toxicòman, mare i/o pare amb trastorn mental sever (depressió major, esquizofrènia, etc.), mare i/o pare amb una discapacitat quan aquesta comporti dificultats en la criança, etc.

En línies generals el CDIAP, en aquests casos, hauria de proporcionar una atenció en el propi context hospitalari o ambulatori on estigui sent atesa la mare embarassada amb tres objectius:

- Escoltar i atendre les necessitats de la mare/s, pare/s i entorn familiar complementant l'atenció assistencial hospitalària.
- Vincular la família al CDIAP un cop neixi l'infant.
- Acompanyar la família en l'accés al CDIAP un cop nascut l'infant.

2. Forma part de la missió del CDIAP treballar de manera proactiva per facilitar l'accés a l'atenció precoç dels infants que ho necessiten

I això comporta dues línies d'acció:

a) Treballar de manera proactiva per identificar les barreres existents que dificulten l'accés al servei d'aquells infants que el necessiten, i desenvolupar estratègies per eliminar-les, sovint en col·laboració amb altres agents del territori (serveis, persones significades, etc.).

Així, per exemple,

Barreres per raó de gènere

Als nostres CDIAP fa anys que rebem una proporció significativament superior de demandes d'atenció de nens que de nenes. Si analitzem les dades d'atenció de 2017 tenim que la proporció va ser de 2 nens per cada nena atesa (el 67,58% eren nens i el 32,42% nenes). I si ho desglossem per districtes, a Nou Barris la diferència encara és més acusada:

- CDIAP EIPI Ciutat Vella:
 - El 66,83% eren nens i el 33,17% eren nenes.
 - En canvi, la proporció de nens i nenes de la població diana⁴⁹ era del 51,56% i del 48,44%, respectivament.
- CDIAP EIPI Nou Barris:
 - El 68,16% eren nens i el 31,84% eren nenes.
 - En canvi, la proporció de nens i nenes de la població diana⁵⁰ era de 50,85% i de 49,15% respectivament.

Sabem que els nens tenen menys material genètic que les nenes per compensar alteracions o mancances de material genètic o cromosòmic, de manera que tenen més probabilitat de patir malalties associades al cromosoma X que les nenes.

Però aquest fet no explica per si sol la desproporció que observem des de fa anys en els nostres CDIAP. Altres hipòtesis explicatives farien referència a l'existència de barreres per motius diversos que caldria eliminar per tal de garantir que tots els infants que ho necessiten puguin arribar al CDIAP amb independència de quin sigui el seu gènere.

Algunes de les hipòtesis explicatives possibles ens parlen de menor detecció de l'existència de trastorns de desenvolupament en les nenes perquè sovint els manifesten amb simptomatologia d'inhibició, menys visible que la conductual, més freqüent en els nens. O que, per raons culturals, les expectatives diferents respecte del que s'espera de nens i nenes en determinats col·lectius pugui influir perquè es faci

49. Calculada a partir de l'estàndard establert per la Generalitat segons el qual el 7,5% de la població infantil de 0 a 5 anys i 11 mesos d'un determinat territori necessita els serveis d'atenció precoç proporcionats per un CDIAP.

50. Ídem nota 49.

més demanda d'atenció si un determinat trastorn o dificultats del desenvolupament afecta un nen que si es tracta d'una nena.

És important identificar quines són les causes que expliquen aquesta desproporció per raó de gènere entre població diana o potencial i població efectivament atesa pels nostres CDIAP, i portar a terme les estratègies adequades per eliminar les barreres que dificulten l'accés de les nenes als serveis d'atenció precoç.

Comunitats culturals molt tancades

Hi ha comunitats que per raons culturals i/o de tradició no solen fer demanda d'ajuda fora de la pròpia comunitat. O en les quals posar en evidència que un infant té dificultats i necessita l'ajuda d'un servei d'atenció específica estigmatitza la família i el propi infant. Aquestes són barreres que, quan es donen, dificulten l'accés als CDIAP dels infants que ho necessiten.

Quan això passa cal buscar les aliances necessàries dins la pròpia comunitat o amb altres agents més propers i acceptats (serveis i/o líders o persones reconegudes i respectades dins d'aquestes comunitats) que ens ajudin a establir les estratègies més adequades a la realitat de cada comunitat.

Famílies en situació de vulnerabilitat i d'exclusió social que, tot i ser derivades al CDIAP, no arriben a fer demanda d'atenció

Per poder establir estratègies adequades que facilitin l'accés d'aquests infants als serveis d'atenció precoç és important saber quins són els motius pels quals la família no fa demanda d'atenció, i valorar si es tracta d'una situació que afecta famílies concretes o, al contrari, és quelcom freqüent en determinats territoris o zones del districte o determinats col·lectius de població.

En funció de les respostes que trobem, les estratègies que s'han de desenvolupar per aconseguir arribar a aquestes famílies i aquests infants poden ser molt diverses. Per exemple:

- Portant el CDIAP on són els infants i les famílies.
 - A la Zona Nord de Nou Barris, que integra els barris de Ciutat Meridiana, Torre Baró i Vallbona, hem decidit **apropar el CDIAP a la població obrint en el territori una antena del CDIAP** de manera estable, en la línia del que estan fent altres serveis, perquè s'ha observat que la manca de demanda a serveis fora del territori proper és un fenomen bastant estès en una part significativa de la població. Cal dir que l'índex sintètic de desenvolupament/vulnerabilitat social⁵¹ situa aquests tres barris en els nivells de vulnerabilitat més alts de la ciutat.

51. L'índex sintètic de vulnerabilitat social pretén ser una eina de suport per a l'avaluació i el seguiment de les desigualtats socials als diferents barris de la ciutat de Barcelona. És un índex que resumeix l'estat de cada àrea geogràfica analitzada combinant tres dimensions bàsiques del desenvolupament/vulnerabilitat: salut, educació i economia. En cadascuna de les dimensions s'observa el comportament d'indicadors clau: en "salut" l'índex sintètic incorpora l'esperança de vida en néixer; en "educació" s'utilitzen dos indicadors (la proporció de població del territori amb estudis primaris o menys, i el percentatge de persones amb titulació superior) i en "economia" es considera l'índex de renda familiar disponible per càpita.

- Portant a terme projectes com ara l'«EIPi amb l'escola» a través del qual psicòlogues del CDIAP EIPi Nou Barris es desplacen mensualment a dues escoles bressol de Ciutat Meridiana on estan tot el dia en jornada de matí i tarda treballant conjuntament amb l'equip educatiu. Realitzen una tasca de prevenció primària (enfortint les habilitats de l'equip educatiu per abordar determinades situacions i evitar que derivin en problemes que requereixin atenció terapèutica), de detecció precoç d'infants que presenten dificultats o trastorns del desenvolupament o risc de tenir-ne i d'accés a les famílies que volen fer consultes puntuals o demandes d'atenció, o bé que som nosaltres qui els demanem parlar amb elles a la mateixa escola bressol.
- Intensificant la col·laboració amb els serveis derivadors.
 - **Facilitant al servei derivador** la informació necessària perquè expliqui a les famílies què som i què fem, que les motivi a demanar atenció al CDIAP. Per aconseguir això cal que hi hagi coneixement mutu i confiança entre professionals i serveis.
 - **Realitzant entrevistes conjuntes, derivador i CDIAP**, amb la família en la seu del servei derivant per tal de “posar cara al CDIAP” i establir una relació que faciliti la confiança de la família i la faci decidir a sol·licitar demanda d'atenció.
 - **Portant a terme projectes conjuntament amb altres serveis**, per exemple, d'intervenció grupal on la conducció del grup estigui compartida per professionals de cada servei.

Famílies que sí que fan demanda d'atenció al CDIAP i que hi van amb regularitat, però amb un sobre esforç enorme a causa de les circumstàncies de la seva situació

Les situacions poden ser molt diverses, però davant de situacions de famílies molt sobrecarregades, que viuen en entorns amb múltiples barreres de tot tipus (pisos compartits entre més d'una família, amb escales sense ascensor, amb diversos fills/es de curta edat, sense persones de suport, amb mitjans econòmics molt precaris, etc.) que se sumen a les necessitats específiques del fill o filla amb dificultats o un trastorn del desenvolupament, cal buscar estratègies que facilitin al mateix temps que l'infant disposi de l'atenció precoç que proporciona el CDIAP i també alleugerir el sobre esforç de la persona cuidadora, habitualment la mare.

A més d'orientar i acompanyar, quan calgui, aquestes famílies perquè puguin beneficiar-se d'altres recursos i serveis que puguin millorar les seves condicions de vida, quan es consideri que això no és suficient caldrà facilitar altres estratègies que facin menys costos a la família l'accés a l'atenció precoç que li dispensa el CDIAP. Per exemple:

- Proporcionar atenció a domicili.
- Proporcionar atenció en els equipaments d'altres serveis que també atenen la família i amb els quals s'hagi arribat prèviament a un acord en aquest sentit.
- Altres mesures que, de manera temporal o permanent, siguin adequades a les característiques de cada cas i situació.

b) Contribuir a enfortir la capacitat de prevenció primària i de detecció precoç dels serveis del territori

La detecció precoç de trastorns de desenvolupament i de les situacions de risc que poden provocar-los és responsabilitat compartida per diferents sistemes de serveis, principalment els de serveis socials, d'educació i de salut, encara que no exclusivament.

Els nostres CDIAP poden contribuir a facilitar aquesta detecció i derivació per part dels altres serveis del territori, entre d'altres:

- Oferint suport i assessorament des de la proximitat per tal d'identificar de manera precoç els signes d'alerta que puguin apuntar a l'existència d'un trastorn del desenvolupament o risc de tenir-ne.
- Facilitant els procediments de derivació i diversificant les estratègies de motivació a la família perquè faci demanda d'atenció al CDIAP.

Per assolir aquests objectius cal garantir, entre altres aspectes, els següents:

- **Que els serveis derivadors coneixen el CDIAP del seu districte:** quines situacions atenen, quin és el procediment d'accés, com treballa i què ofereix als infants, a les seves famílies i als propis serveis derivadors, de quina manera s'establirà la coordinació entre tots dos serveis, etc.

Tenint en compte que hi ha serveis amb una gran mobilitat de personal, aquest és un objectiu sempre vigent per al CDIAP.

- **Que els serveis derivadors compten amb el CDIAP com a servei de suport i assessorament** quan tenen dubtes sobre la pertinència o no d'una derivació o si, disposant de les indicacions adequades proporcionades pel CDIAP, es pot fer prevenció primària i evitar que determinades conductes o simptomatologia de l'infant puguin derivar en una situació objecte d'intervenció del CDIAP.
- **Que existeix un protocol de derivació interserveis** que estableix els criteris i procediments de derivació entre serveis.

Però això no és suficient.

Per facilitar l'accés al CDIAP dels infants que ho necessiten cal establir acords interinstitucionals que assegurin de manera estable la col·laboració entre serveis més enllà de la voluntat personal i la sensibilitat de les persones professionals que hi treballen.

En el context d'aquest document es planteja la necessitat que l'IMPD proposi l'establiment dels següents acords de col·laboració interinstitucional, entre d'altres possibles:

En l'àmbit de l'educació infantil

Amb l'Institut Municipal d'Educació de Barcelona (IMEB) per tal d'estendre el projecte de L'EIPI amb l'escola, portat a terme en dues escoles bressol de Ciutat Meridiana, a

totes les escoles bressol municipals dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris i, si fos possible, també a les concertades.

En l'àmbit de la salut

- Pel que fa a l'**atenció primària de salut** (CAP, ABS i programa ASSIR), amb el Consorci Sanitari de Barcelona i les empreses proveïdores d'aquests serveis als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris i/o les instàncies institucionals que correspongui.
- Pel que fa als **departaments de ginecologia i de neonatologia**, amb el Consorci Sanitari i els hospitals que atenen població dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris i/o les instàncies institucionals que correspongui.

Es tractaria d'establir un procediment d'articulació entre serveis que s'iniciaria quan qualsevol d'aquests agents sanitaris detecti o tingui coneixement de situacions com les que es detallen a continuació i que requeririen una intervenció precoç dels nostres CDIAP.

Durant l'embaràs:

- Quan es detecten malformacions, discapacitats d'origen genètic o altres circumstàncies similars, o quan s'han produït danys per causes traumàtiques (accidents, violència, autonegligència, etc.) que afecten el fetus, sempre que la mare decideixi portar a terme l'embaràs.
- Quan es tracta d'un entorn de risc: mare i/o pare toxicòman, mare i/o pare amb trastorn mental sever (depressió major, esquizofrènia, etc.), mare i/o pare amb una discapacitat que li pugui dificultar la criança, mares adolescents en situació de vulnerabilitat, etc.

Un cop nascut el nadó

- Quan es tracta d'infants nascuts prematurament i que presenten signes que indiquen trastorns del desenvolupament o risc de tenir-ne.
- Quan en el moment del part es produeixen o detecten signes que indiquen trastorns del desenvolupament o risc de tenir-ne.

En l'àmbit dels serveis socials

Pel que fa als **centres de serveis socials** (CSS) i els **equips d'atenció a la infància i l'adolescència** (EAIA), amb l'Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS) de l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona.

3.3.2. Aspectes del procés d'intervenció un cop es produeix la demanda d'atenció i l'infant i la seva família accedeixen al CDIAP

Sumari

- 1. Necessitat de reflexionar sobre quin hauria de ser el límit d'edat per ser baixa al CDIAP**
 - 2. Lloc de prestació del servei**
 - 3. La intervenció grupal**
 - 4. Els CDIAP i l'accés dels infants a les escoles bressols**
-

Els processos i procediment d'atenció a seguir un cop la família de l'infant fa demanda d'atenció estan definits en el **sistema d'acreditació dels CDIAP**, per tant **no correspon aquí detallar-los**. I respecte de l'atenció que s'ha de proporcionar, forma part de la naturalesa dels serveis d'atenció precoç que hem desenvolupat a la primera part d'aquest document.

En aquest apartat, però, volem abordar els quatre aspectes següents.

1. Necessitat de reflexionar sobre quin hauria de ser el límit d'edat per ser baixa al CDIAP

Els CDIAP són centres de desenvolupament infantil i atenció precoç i, com hem vist en analitzar la normativa legal actual, atenen infants, com a màxim, fins que compleixen els sis anys.

La vessant d'atenció precoç dels CDIAP és clara: cal detectar i actuar al més aviat possible i, si es pot, abans que una situació de risc acabi causant un trastorn del desenvolupament en aquell infant. La raó és ben senzilla i contrastada: com més aviat s'intervé, més possibilitats d'èxit hi ha.

Ara bé, els CDIAP treballem sobre el desenvolupament infantil i aquest no s'atura als sis anys.

Tal i com hem vist en la primera part d'aquest document, el desenvolupament infantil és un "procés dinàmic d'interacció entre l'organisme i el medi que dona com a resultat la maduració orgànica i funcional del sistema nerviós, el desenvolupament de funcions psíquiques i l'estructuració de la personalitat". I **aquest procés no finalitza als sis anys**, com tampoc les situacions de risc que poden provocar en un infant un trastorn del desenvolupament.

D'altra banda, el ritme de millora i evolució de cada infant és diferent i no es pot forçar. Tampoc són iguals les circumstàncies de l'entorn on viu cada infant i que condicionen el seu desenvolupament.

Als nostres CDIAP ens trobem sovint amb infants que, tot i valorar professionalment que necessiten encara un o més anys per poder completar una evolució satisfactòria o per consolidar els avenços assolits, hem d'interrompre la intervenció de tractament pel fet que compleixen sis anys.

I no estem parlant d'infants susceptibles de ser derivats a un centre de salut mental infantojuvenil (CSMIJ). En aquests casos la continuïtat de l'atenció està assegurada en el context d'aquest servei fins a la majoria d'edat i, si calgués prolongar l'atenció, seria el centre de salut mental de persones adultes (CSMA) el servei públic encarregat de proporcionar l'atenció requerida.

En els casos dels infants als quals fem referència, solament les famílies amb recursos econòmics suficients poden assegurar que es completi el procés maduratiu i evolutiu que el seu fill o filla necessita pagant serveis privats per continuar l'atenció que fins aleshores els hem proporcionat des del CDIAP.

Però una bona part de la població atesa pels nostres CDIAP als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris no disposa dels recursos econòmics necessaris per assegurar aquesta continuïtat assistencial, de manera que molts dels infants, en ser donats de baixa al CDIAP a causa del topall d'edat establert, es troben en una situació de desigualtat que condicionarà en major o menor mesura la seva evolució i projecte de vida.

Per a aquests infants que són donats de baixa al CDIAP perquè han arribat al màxim d'edat permesa legalment, però que continuen tenint necessitat d'atenció, no hi ha cap servei públic de naturalesa anàloga al CDIAP que els garanteixi la continuïtat assistencial que la mateixa legislació vigent diu que hem d'assegurar. Hi ha un gran buit assistencial en el sistema públic de serveis socials que pot afectar molt negativament els infants que requereixen aquesta continuïtat assistencial un cop complerts els sis anys.

Considerem que aquests són arguments de pes per justificar la necessitat de revisar l'edat de finalització de l'atenció proporcionada pels CDIAP. Però n'hi ha d'altres:

- Avui sabem que la plasticitat cerebral no s'atura als sis anys i, tot i que és molt més gran els primers anys de vida, s'ha demostrat que continua al llarg de tota la vida. Per tant, és una evidència que la plasticitat cerebral continua sent molt alta en tota l'etapa de la infància.
- El marc legal vigent considera que l'etapa de la infància dura fins els 11 anys. I que l'adolescència s'inicia als 12 anys i dura fins els 17, atorgant la majoria d'edat legal als 18 anys.

Totes aquestes són raons suficients per tal d'eleva a la Generalitat, en tant que administració competent, la necessitat de revisar el límit d'edat actual i d'ampliar de nou la població diana, tal i com ja es va fer amb el Decret 261/2003, que va modificar el límit d'edat passant-lo dels quatre als sis anys.

Per tal d'acompanyar aquesta demanda amb dades que ajudin a dimensionar la necessitat existent, al mes de gener de cada any, juntament amb la memòria anual

requerida per la Generalitat, es lliurarà també el nombre d'infants donats de baixa al CDIAP pel fet d'haver arribat al límit d'edat dels sis anys però que continuen necessitant atenció.

2. Lloc de prestació del servei

La normativa reguladora dels serveis d'atenció precoç estableix que l'atenció directa a l'infant i a la seva família es pot portar a terme [... en el propi CDIAP, al domicili de l'infant, a l'escola infantil, etc ...].

En el context d'aquest Model es parteix del fet que majoritàriament es prestarà l'atenció al propi centre, però es vol incrementar i potenciar de manera important la intervenció realitzada en l'entorn natural de l'infant perquè, entre altres avantatges, permet:

- Un millor coneixement i comprensió de la realitat i les condicions en què viu l'infant i la seva família i, per tant, una millor valoració diagnòstica i una orientació realista i més efectiva en tant que les pautes i indicacions que es facilitin a les persones cuidadores de l'infant (familiars, professionals, etc.) ho tindran en compte i, per tant, serà més factible que es portin a la pràctica (espai físic, mitjans materials, etc.).

Per exemple, si la família comparteix pis amb altres persones o famílies i dormen tots junts en una sola habitació no és viable indicar a la família que l'infant s'ha d'acostumar a dormir al seu propi llit i habitació i no amb els pares. En aquestes circumstàncies donar aquesta indicació, tot i ser adequada a les necessitats i moment evolutiu de l'infant, és inviable i genera frustració i impotència en la família.

- Facilitar l'accés als serveis d'atenció precoç en aquells casos en què la família ha de superar molts obstacles per portar l'infant al CDIAP.

Per exemple, quan l'operativa que ha de posar en pràctica la mare/pare o persona cuidadora de què es tracti per portar l'infant al CDIAP és realment complicada i no disposa de persones de suport que l'ajudin ni té capacitat econòmica per poder pagar suports puntuals o altres mitjans que facilitin el desplaçament; o quan l'infant ha de traslladar-se en ambulància medicalitzada; etc.

- Integrar les indicacions proporcionades pels o per les professionals intervinents del CDIAP de diferents disciplines, tot aplicant-les en la vida quotidiana i en els escenaris habituals de l'infant.

Es tracta d'ajudar la família, persona cuidadora o professional de què es tracti (escola bressol, etc.) a portar a la pràctica i incorporar determinades pautes en situacions concretes de la vida quotidiana de l'infant, tot enfortint les seves habilitats i capacitats de cura d'aquest infant.

- Realitzar els ajustos necessaris, quan calgui, en els aparells i mitjans o suports de què es tracti utilitzats a casa, a l'escola i on sigui, per facilitar a l'infant la seva mobilitat, el control de l'equilibri, etc., garantint que estan plenament adaptats a les necessitats, moment evolutiu i característiques de l'infant que els ha d'utilitzar.

Quan això es fa en altres entorns de l'infant, com per exemple l'escola bressol, significa proporcionar un suport directe a la persona professional, fet que facilita:

- El seu empoderament, li aporta major seguretat i enforteix les seves habilitats tot implementant les indicacions proporcionades pel CDIAP en el context real.
- Informació necessària al CDIAP per poder donar indicacions realistes als i a les professionals del servei de què es tracti, que puguin ser portades a terme en els escenaris reals on l'infant realitza la seva vida.
- Unificar criteris amb els i les professionals d'aquest altre servei que té cura de l'infant.

Potenciar i incrementar la intervenció realitzada en el l'entorn natural de l'infant implica, entre d'altres, les següents mesures:

- **Incorporar amb caràcter general la realització d'una visita a domicili en la fase de valoració diagnòstica**, sempre que la família o representants legals no mostrin el seu desacord. I definir quin o quins professionals l'han de realitzar en funció de la demanda i de la informació disponible respecte de les dificultats que presenta l'infant.
- **Definir en quins casos es proporcionarà atenció directa en el domicili o altres escenaris de la vida quotidiana de l'infant**, i quin/a professional del CDIAP ho ha de fer.

3. La intervenció grupal

Utilitat de la intervenció grupal

L'eina grupal és, en general, molt valuosa i útil per moltes raons. També quan és utilitzada amb finalitat terapèutica tant amb els infants com amb les famílies ateses al CDIAP. Vegem alguns dels beneficis que pot aportar.

- [... Més persones ateses en menys temps és un bon argument per proposar la intervenció grupal. Això no obstant, el seu valor és d'ordre qualitatiu. Afirmem que **el grup és un escenari amb valor diferencial i únic**.⁵²

Els grups són eficaços en la intervenció psicològica i social perquè en ells s'esdevenen processos humans fonamentals per a la supervivència i l'autorealització de la persona. Els grups [...] operen especialment en diversos eixos de la psique humana: en l'orientació vital, en la formació de la identitat social i les actituds, en la socialització i en l'aprenentatge, en la diferenciació i en la integració social. Tenen també un paper essencial en les transicions del cicle vital, en situacions estressants, de manca i de vulnerabilitat.

52. Roca Cortés, N i Masip Serra, Júlia (ed.) i altres (2011) "Intervención grupal en violencia sexista. Experiencia, investigación y evaluación". Barcelona: Editorial Herder.

En el context grupal l'aprenentatge s'accelera per diverses raons:

- Perquè la descentralització del que és individual afavoreix els processos de “mentalització” i de “simbolització” (Soledad Calle i Montserrat Pérez-Portabella, 1999), ja que transformar els actes i les emocions en paraules dona peu a l'expressió i també la seva anàlisi.
- Perquè a través d'aquestes verbalitzacions expressades per iguals, més properes als bagatges culturals propis de les persones participants, es proporciona un pas intermedi als discursos adaptats professionals. Amb això es reforça la incorporació de repertoris cada cop més abstractes, ja siguin cognitius, conatius o emocionals.
- En l'atenció social, el grup és un instrument que proporciona diferents possibilitats segons les professionals (Soledad Calle i Montserrat Pérez-Portabella, 1999): possibilita accions interdisciplinàries, permet un primer contacte amb certs temes a persones que de forma individual els seria difícil tractar, fa que els aprenentatges es reconeguin com a propis i qüestiona estereotips. Evita també la cronificació de conflictes ja que el contrast d'opinions, la reflexió i el diàleg sobre els propis desitjos, vivències i inquietuds permet la connexió amb aspectes interns clau pràcticament inexplorats d'un/a mateix/a ...].

El grup és un mediador natural entre la persona i la societat que pot i ha de ser utilitzat a consciència en la intervenció professional. El grup és un facilitador del canvi personal.

- El grup és un escenari social d'interaccions en el qual es posen de manifest els rols, creences, vincles, habilitats socials i actituds de les persones que l'integren, tant en el posicionament personal de cada una d'elles com en el posicionament que s'atribueix a les altres persones.

Aquesta “microsocietat” és un espai òptim perquè el/la professional pugui incidir en cada persona a través de les dinàmiques i relacions establertes entre les persones membres del grup. A través de les normes establertes al grup s'estableix un model de relació que aporta estratègies per afrontar les dificultats, i els conflictes quan n'hi ha, de manera sana i constructiva.

- Què aporta el grup a les persones que l'integren, tant si són infants com persones adultes?
 - El grup contraresta els sentiments de soledat. La persona comprova que no és “especial”, que els problemes no són deguts a algun tipus de fracàs personal atès que altres persones també viuen situacions estressants similars i experimenten reaccions emocionals semblants. A l'infant li és més fàcil compartir la situació en què viu i contrastar-la amb els altres sense que això sigui dolent per a ell/ella ni sentir-se deslleial amb el pare i/o la mare, o amb el germà o germana.

- El grup aporta legitimitat social, el reconeixement de ser algú, redueix l'aïllament en què es pot trobar la persona i atenua la seva solitud.
- El grup enforteix la persona per posicionar-se d'una manera activa respecte de si mateixa, del fill/a o fills/filles amb dificultats, de la resta de membres de la família, de les relacions socials amb les altres persones i amb l'entorn, i per construir un projecte de futur.
- Es comparteixen experiències que ressonen en les altres persones, es troba comprensió i s'intercanvien diferents maneres d'afrontar les dificultats, actuant d'estímul per intentar altres estratègies i per prendre decisions respecte de la pròpia vida. Els infants comproven que davant de situacions més o menys similars hi ha diferents posicionaments i poden comparar, intercanviar i experimentar altres estratègies que els puguin ser "sanes", protectores i satisfactòries.
- Es dona i es rep ajuda emocional, pràctica o instrumental i orientació i consell de les altres persones que es troben en situacions similars.

L'impuls de la intervenció grupal als nostres CDIAP per part de l'IMPD

La convicció sobre la utilitat terapèutica de la intervenció grupal amb infants i famílies va portar l'any 2014 a l'IMPD a organitzar una formació adreçada als dos equips de CDIAP amb l'objectiu de potenciar l'eina grupal, que ja s'estava utilitzant però que es volia intensificar i diversificar.

Cinc anys després podem afirmar que l'eina grupal està plenament incorporada en la pràctica habitual dels equips. Per tant, l'objectiu en el context d'aquest Model és consolidar el que s'ha assolit i avançar en els següents aspectes:

- Incorporar la disciplina del treball social a la intervenció grupal amb famílies.
- Incorporar la disciplina de neuropediatria en determinades sessions amb famílies quan sigui adient.
- Proporcionar formació permanent sobre intervenció grupal en el context de l'encàrrec que rep el CDIAP.
- Incorporar la supervisió tècnica externa també respecte dels projectes grupals en marxa.
- Millorar la sistematització de la metodologia emprada i del registre de la informació significativa.
- Avançar en l'avaluació de procés i de resultats dels projectes grupals en marxa i dels que es puguin realitzar en el futur.
- Visibilitzar el conjunt de projectes grupals en marxa per part de tots dos CDIAP a l'intern de l'IMPD i entre tots dos CDIAP.
- Facilitar l'intercanvi d'experiències d'intervenció grupal entre tots dos CDIAP de l'IMPD, dins la Xarxa de CDIAP de Barcelona o altres espais que l'UCCAP o l'ACAP puguin organitzar.

4. Els CDIAP i l'accés dels infants a les escoles bressol

Algunes evidències com a punt de partida

- Internacionalment hi ha consens a afirmar la gran importància que l'infant, en els primers anys de vida, tingui un entorn educatiu de qualitat i com aquest aporta una base sòlida per a un desenvolupament saludable físicament i emocionalment i per a un procés de socialització que aportï a l'infant seguretat i sentit de pertinença social.
- Una part significativa de la població de 0 a 3 anys en situació de vulnerabilitat i/o risc d'exclusió social no va a l'escola bressol i tampoc té un entorn educatiu alternatiu de qualitat. Les persones expertes coincideixen a afirmar la importància que aquests infants accedeixin a les escoles bressol per tal d'afavorir un desenvolupament present i futur el més saludable possible.

Això, en canvi, no passa amb l'educació infantil de 3 a 6 anys: a Catalunya el 97% dels infants d'aquesta franja d'edat van a l'escola malgrat que és una etapa d'escolarització no obligatòria. L'escolarització en aquesta etapa del desenvolupament infantil està clarament estesa en totes les capes de la població.

La no escolarització en l'etapa de 0 a 3 anys de població en situació de vulnerabilitat i/o risc d'exclusió social, però, és una realitat compartida amb altres països europeus.

Així, per exemple, a Bèlgica es va realitzar un estudi per conèixer perquè aquest sector de la petita infància no anava a les escoles bressol públiques. Van esbrinar que la majoria de les famílies deien que els horaris no s'adequaven a les seves necessitats, i tampoc entenien els requisits i demandes que aquests serveis feien a les famílies, així que no hi portaven els seus infants. Les conclusions d'aquest estudi van ser que l'oferta pública d'escoles bressol no acabava d'encaixar amb les necessitats, característiques i requeriments de les famílies en situació de risc. Per això algunes de les recomanacions que se'n van derivar anaven en la direcció de la necessitat de revisar els horaris així com altres aspectes organitzatius i de funcionament de les escoles bressol públiques.

- D'altra banda, a l'Estat espanyol estudis recents indiquen que el 34,4% de la població infantil es troba en situació de vulnerabilitat o risc d'exclusió social per motius de pobresa.

Cal recordar que els dos CDIAP de l'IMPD estan ubicats en dos districtes de la ciutat (Ciutat Vella i Nou Barris) amb un alt índex de vulnerabilitat social en tots, o en la majoria, dels seus barris. Aquí, per tant, són molts els infants que convindria que estiguessin escolaritzats en les escoles bressol públiques.

- Diversos estudis realitzats arreu el món demostren que "l'educació és un factor que marca la diferència" pel que fa a les oportunitats de desenvolupament personal i d'una futura vida adulta amb independència i inclusió social.
- I, per últim, en els territoris dels nostres CDIAP observem que l'assistència de l'infant a l'escola bressol aporta un altre benefici col·lateral no menys important: moltes de les mares dels infants atesos als nostres CDIAP estan molt aïllades i molt

soles. El fet de portar els fills/filles a l'escola bressol pot facilitar conèixer altres mares, compartir espais i ampliar les relacions, també de suport mutu.

Paper del CDIAP en aquest tema

Quan es dona la circumstància de famílies que no poden proporcionar un entorn educatiu de qualitat ni disposen d'altres espais alternatius, com ara "espais de criança" o similars, des dels CDIAP de l'IMPD hem d'afavorir, tant com sigui possible i de manera proactiva, que els infants d'aquestes famílies puguin accedir a les escoles bressol públiques dels territoris.

Això comporta diverses línies d'acció, entre d'altres:

- Motivar aquestes famílies per tal que sol·licitin plaça a l'escola bressol per als seus fills/filles. I, quan hi hagi la voluntat de fer-ho però tinguin dificultats per donar els passos necessaris, actuar des del CDIAP de manera proactiva per tal de facilitar l'accés de l'infant a l'escola bressol sense minvar el necessari empoderament i responsabilitat de la família.
- Demanar flexibilitat quan calgui a les escoles bressol públiques i concertades en el funcionament (horaris, etc.) i en l'accés (criteris, procediments i/o en el calendari de presentació de les sol·licituds). I aportar la informació de què disposem sempre que l'IMEB requereixi la nostra participació o col·laboració en processos de reflexió orientats a l'adopció de mesures que facilitin l'accés dels infants que més ho necessiten a les escoles bressol públiques, un cop identificades les barreres que ho dificulten.
- Buscar la complicitat de persones reconegudes com a líders o persones significades amb capacitat d'influència en determinades comunitats en les quals portar els fills o filles a les escoles bressol no es veu com una necessitat o una oportunitat malgrat l'existència de situacions de vulnerabilitat i/o d'exclusió.

3.3.3. Garantir els drets de l'infant: una prioritat

Sumari

1. L'interès superior de l'infant

2. La participació dels infants en el funcionament del servei

És una obvietat dir que cal garantir els drets de la petita infància definits en els termes que s'han desenvolupat a la segona part d'aquest document.

D'altra banda, a la primera part hem vist com l'atenció precoç considera l'infant subjecte de drets i oportunitats. El fa protagonista. Els CDIAP no solament treballen “per a” l'infant sinó “amb l'infant”.

Dit això, hi ha espai de millora per incorporar la veu, la participació i la mirada de l'infant, entre altres drets que cal garantir. Per aquest motiu, aquesta és una prioritat del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD.

I això es tradueix tant en els temes que es detallen a continuació, com també en altres apartats que es desenvolupen a la quarta part d'aquest document com, per exemple, en la definició dels horaris d'atenció tenint en compte les necessitats i drets dels infants que atenem o quan el Model introdueix determinades millores en els estàndards d'atenció definits en l'acreditació per a una gestió de qualitat dels CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya.

1. L'interès superior de l'infant

La Convenció Internacional sobre els Drets dels Infants (1989) i la Llei catalana dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (2010) estableixen clarament que davant d'una col·lisió d'interessos en els quals estigui implicat un infant, preval sempre l'interès superior d'aquest o aquesta per sobre dels drets de les persones progenitores, tutors/es, cultures o institucions.

I aquest és un principi rector que obliga tots els àmbits de la intervenció, tant social com judicial, educatiu, de salut o policial.

En el context de la intervenció d'un CDIAP, i com a criteri general útil en la majoria de les situacions en les quals el benestar de l'infant està en joc, s'aconsella:

- Donar un temps prudencial per treballar la transformació de l'actitud de la família tot acompanyant aquest procés activament per part de les persones professionals.
- Evitar “renyar”, culpabilitzar o emetre judicis reprovatoris a la família, molt sovint la mare que acompanya l'infant i que en moltes ocasions està sobrecarregada. Treballar per situar-se al costat i esbrinar les raons per les quals fan determinades

accions que perjudiquen l'infant (ara o en el futur) o del que no fan i haurien de fer. Hem d'intentar entendre, comprendre i situar-nos al costat. Això en tots els casos, però encara més quan es tracta de famílies amb cultures molt diferents de les nostres.

- Avançar amb la família els escenaris negatius del que passarà si l'infant no rep el que necessita o si, al contrari, continua rebent quelcom que l'està perjudicant. Es tracta d'anticipar a la família el que no volem que passi però que passarà si no es fan determinades accions. Fer un “mapa anticipatori del futur que tindrà l'infant”, un “pla de núvols negres”, un “pla de decisions anticipades” que permeti a la família visualitzar què espera a l'infant si ara no segueixen les indicacions donades des del servei.

Aquestes indicacions són sempre d'utilitat quan hi ha un conflicte d'interessos que pugui perjudicar el benestar de l'infant, però encara més quan es treballa amb famílies provinents d'altres cultures amb codis, valors i significacions que poden diferir substancialment de les nostres. D'aquí la importància de voler conèixer i entendre per poder interpretar i actuar adequadament en cada situació.

Quan tot això no funciona i es tracta d'una situació d'alt risc per l'infant de manera que el seu interès superior queda greument vulnerat, és preceptiu posar en marxa el sistema de protecció a la infància.

2. La participació dels infants en el funcionament del servei

Tal i com hem dit en apartats anteriors, malgrat els avenços innegables des que l'any 1989 l'Assemblea General de Nacions Unides va aprovar la Convenció sobre els Drets de l'Infant, encara s'està molt lluny de fer realitat en la petita infància un dels seus drets: el de la participació en allò que els afecta.

Tot i que els CDIAP fem protagonistes els infants hi ha, però, espai de millora per incorporar la veu, la participació i la mirada de l'infant.

En el context del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD hi ha el compromís d'aprofundir en el significat d'aquesta participació aplicada a la petita infància per tal de:

- Identificar les àrees de millora.
- Conèixer les iniciatives existents en altres territoris i països per tal de valorar la seva idoneïtat i aplicabilitat en el nostre context.
- Definir mesures per implementar en les àrees de millora identificades i fer-les efectives.

En aquesta línia, la cerca de nous equipaments amb major superfície per als dos CDIAP ens dona una oportunitat per incorporar també la mirada i la veu de l'infant petit en la configuració i retolació dels espais, en el mobiliari i la resta de materials útils per a l'atenció, etc., a més de garantir el compliment del que estableix la normativa legal vigent i altres criteris que s'han de considerar.

3.3.4. Potenciar, ampliar i diversificar la intervenció amb les famílies

Sumari

- 1. Potenciar la intervenció grupal amb pares/mares i altres persones cuidadores de l'infant en l'entorn familiar**
 - 2. Potenciar la intervenció directa amb els germans i germanes de l'infant atès al CDIAP**
 - 3. Garantir l'atenció a la família de l'infant no nascut**
 - 4. Iniciar l'atenció a la família de l'infant nascut prematurament des del primer moment**
 - 5. La importància de la implicació del pare en la cura de l'infant**
-

Tal i com hem vist anteriorment, **la família és el nucli essencial de l'acció del CDIAP** justament perquè hem d'atendre l'infant en la seva realitat biològica i social.

En definir l'atenció precoç a la primera part d'aquest document hem vist com **la família és subjecte de la intervenció del CDIAP** en tant que:

- És la principal responsable, la que té la cura i la tutela de l'infant: la principal unitat d'acció.
- És qui coneix l'infant segurament més que ningú, pel temps de dedicació i per l'amor que normalment els éssers humans tenim pels fills i filles.
- És el principal agent educatiu i qui l'acompanyarà molt més temps.
- L'arribada de l'infant que té dificultats o un trastorn del desenvolupament té un impacte en les dinàmiques familiars i en la vida de les persones que integren aquella família.

Quan parlem de família no solament es fa referència als seus membres, sinó a la família com a grup amb les seves dinàmiques, interaccions i vincles.

Ajudar a visibilitzar, potenciar i millorar, quan calgui, les capacitats de les famílies per proporcionar un bon tracte a l'infant és una tasca fonamental de tot CDIAP.

La intervenció amb la família està plenament incorporada als nostres CDIAP des que es van posar en marxa ara fa 36 anys. En coherència amb aquesta trajectòria, el nostre Model defineix com una prioritat la necessitat de potenciar, aprofundir, ampliar i diversificar la intervenció amb les famílies.

1. Potenciar la intervenció grupal amb pares/mares i altres persones cuidadores de l'infant en l'entorn familiar

Aquesta línia de treball ja hi és però, justament pels bons resultats obtinguts, es vol incrementar diversificant tant la tipologia de grups com el grau de compromís requerit a les persones destinatàries.

2. Potenciar la intervenció directa i indirecta amb els germans i germanes de l'infant atès al CDIAP

Algunes evidències com a punt de partida

- Quan hi ha altres fills/filles en la família l'impacte de l'arribada d'un infant que necessita atenció precoç té unes repercussions que afecten també en major o menor mesura els germans i germanes. Per al pare/mare i/o persones cuidadores de què es tracti, gestionar l'impacte que pot tenir en les pròpies vides i en les dinàmiques familiars l'arribada d'un infant amb un trastorn del desenvolupament, o risc de tenir-lo, sol ser difícil i, en tot cas, suposa un repte.

Sovint es necessita suport del CDIAP no solament per poder donar una bona vida al fill o la filla amb un trastorn del desenvolupament, sinó també per poder veure i gestionar l'impacte de la situació en els altres fills i filles i en les dinàmiques familiars.
- Hi ha l'evidència que pot haver-hi un retard sobrevingut del desenvolupament en germans i germanes pel fet que la mare/pare i/o persones cuidadores s'han "bolcat" molt amb el fill o filla que té un trastorn del desenvolupament.
- És freqüent que les famílies facin explícita l'expectativa que l'altre fill o filla assumeixi la cura del germà o germana amb dificultats/discapacitat quan ells ja no hi siguin. Per no esmentar situacions més minoritàries però no excepcionals de famílies que han tingut un altre fill o filla amb la missió que faci de donant de l'òrgan que necessita el seu germà o germana per sobreviure o per tenir una vida amb millor qualitat, evitant així els riscos de rebuig de l'òrgan trasplantat.

Donar veu als germans i germanes, una necessitat en el context d'un CDIAP

Per diverses raons:

- La família és un sistema dinàmic en el qual les diferents persones membres estan totalment interrelacionades entre si. Les relacions entre germans/anes i els vincles establerts són un element important i influent en la vida de l'infant que té un trastorn del desenvolupament o risc de tenir-lo.
- Per una qüestió ètica: el bon tracte i la bona vida de l'infant amb un trastorn del desenvolupament no pot assolir-se en detriment del benestar dels seus germans o germanes.
- Cal actuar preventivament per tal d'evitar perjudicis i un patiment innecessari als germans i germanes de l'infant amb dificultats o trastorn en el desenvolupament.

Cal actuar en dues direccions:

- Intervenint amb el pare/mare o persona/ones cuidadora/ores de què es tracti per tal d'ajudar a gestionar l'impacte en les dinàmiques familiars de l'arribada de l'infant amb dificultats, evitant la desatenció dels altres fills i filles, la seva sobrerresponsabilització, i/o altres conseqüències no desitjades per ningú.
- Donar veu i un espai d'atenció directa als germans i germanes en relació amb l'impacte que aquesta situació està tenint en les seves vides i en el vincle establert amb l'infant que ha motivat la intervenció del CDIAP.

3. Garantir l'atenció a la família de l'infant no nascut

Tal i com ha quedat recollit en aquest capítol a l'apartat sobre "L'accés de l'infant al CDIAP", cal recordar que, tal i com s'especifica a la normativa legal vigent, tenen dret als serveis d'atenció precoç [... els infants amb trastorns en el seu desenvolupament o risc de patir-los, **des del moment de la seva concepció** i fins que compleixin els sis anys, i llurs famílies ...]. És a dir, que el dret d'accés als serveis d'atenció precoç que proporciona el CDIAP s'estén també al no nascut.

Quan parlem del no nascut amb trastorn del desenvolupament o risc de tenir-ne ens referim a la necessitat d'iniciar la intervenció ja en **l'etapa de l'embaràs**, sempre que es donin determinades circumstàncies. Per exemple:

- Quan es detecten malformacions, discapacitats d'origen genètic o altres circumstàncies similars, o es produeixen danys per causes traumàtiques (accidents, violència, autonegligència, etc.) que afecten el fetus, sempre i quan l'embaràs es porti a terme.
- Quan es tracta d'un entorn de risc: mare i/o pare toxicòman, mare i/o pare amb trastorn mental sever (depressió major, esquizofrènia, etc.), mare i/o pare amb una discapacitat quan aquesta comporti dificultats en la criança, etc.

En aquests casos el CDIAP ha de proporcionar una atenció en el propi context hospitalari o ambulatori on sigui atesa la mare embarassada, amb tres objectius:

- Escoltar i atendre les necessitats de la mare/s, pare/s i entorn familiar, complementant l'atenció assistencial hospitalària.
- Vincular la família al CDIAP un cop neixi l'infant.
- Acompanyar la família en l'accés al CDIAP un cop nascut l'infant.

4. Iniciar l'atenció a la família de l'infant nascut prematurament des del primer moment

En la mateixa línia que en el punt anterior, és important que el CDIAP proporcioni el més aviat possible atenció a la família que ha tingut un infant prematur que presenta signes que indiquen trastorns del desenvolupament o risc de tenir-ne.

Com més aviat es pugui incidir en l'angoixa i el patiment que genera el naixement prematur de l'infant que, com a conseqüència, presenta determinades dificultats i un futur incert, millor podrem ajudar aquesta mare i aquest pare, o persona cuidadora de què es tracti, a fer front a la situació de la manera més sana possible, a més d'iniciar el vincle amb el CDIAP que ha d'atendre el seu fill o filla un cop surti de l'hospital.

En el context del Model municipal que estem construint, **el CDIAP ha de poder garantir aquesta atenció en el propi context hospitalari mentre l'infant estigui hospitalitzat** per tal de:

- Concentrar l'atenció que la mare i el pare, o persona cuidadora de què es tracti, necessiten en un únic punt de prestació: l'hospital on està el seu fill o filla.

- Facilitar des del primer moment la coordinació entre el departament de neonatologia i el CDIAP, tot fent evident a la família que tots dos serveis actuen de manera coordinada i complementària.
- Facilitar l'accés i vinculació de la família amb el CDIAP un cop l'infant surti de l'hospital.

5. La importància de la implicació del pare en la cura de l'infant

Les famílies són diverses i no sempre són biparentals (pare/mare, mare/mare, pare/pare). La següent reflexió es fa respecte de les famílies que, de manera majoritària als nostres CDIAP, estan conformades per una mare i un pare (parella heterosexual), encara que podria aplicar-se també en altres contextos de famílies biparentals no heterosexuales.

- A la nostra societat la cura de les persones i en aquest cas dels infants, sobretot quan són petits, es continua dipositant majoritàriament en les dones, encara que amb la col·laboració creixent dels homes. Facilitar i potenciar la implicació del pare en la cura del seu fill o filla no solament és reconèixer el seu dret i obligació com a pare, sinó també una qüestió de justícia davant mares sovint sobrecarregades i un requisit per a l'establiment d'un bon vincle amb el seu fill o filla.
- És important que serveis com el CDIAP impliquin el pare ja des de l'entrevista d'acollida, interpel·lant tots dos (mare i pare) des del primer moment de recollida de la demanda, facilitant horaris d'atenció de l'infant que permetin que el pare i la mare puguin alternar-se a l'hora d'acompanyar el fill o filla al servei, etc.
- Ser protagonista en la cura del fill o filla és un dret i una obligació compartida pel pare i la mare. Però és cert que l'expectativa social d'implicació del pare en la tasca de cura en la vida quotidiana de l'infant és molt menor que la implicació que s'espera, i fins i tot s'exigeix, a la mare.

Les persones que treballem als CDIAP formem part de la societat i, d'una manera o d'una altra, estem impregnades dels valors socials dominants. D'aquí la importància de ser-ne conscients per tal de facilitar i potenciar de manera eficaç que els pares (homes) tinguin un espai principal en la cura dels seus fills i filles i que contribueixin de manera decidida a proporcionar una bona vida a l'infant.

3.3.5. Potenciar la prevenció primària i secundària: una prioritat

Sumari

6. Amb les escoles bressol

7. Amb els equips pediàtrics (pediatria i infermeria pediàtrica) dels serveis d'atenció primària de salut

8. Amb els centres de serveis socials (CSS)

De què parlem?

- D'evitar l'aparició d'un trastorn del desenvolupament infantil. (Prevenció primària.)
- De garantir la detecció precoç quan es presenten els primers indicis de l'existència d'un trastorn del desenvolupament infantil o de l'existència de risc de patir-lo. (Prevenció secundària).

En el context d'aquest Model es prioritzen tres línies d'actuació per potenciar la prevenció primària i secundària als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris:

- **Amb les escoles bressol.** Amb aquesta línia es posa la prioritat en la franja de 0 a 3 anys.
- **Amb els equips pediàtrics (pediatria i infermeria pediàtrica) dels serveis d'atenció primària de salut.** En aquest cas es prioritza un servei universal de salut que comprèn tota la franja d'edat susceptible d'atenció per part del CDIAP. L'any 2016 va derivar el 57,3% dels infants atesos al CDIAP EIPI Ciutat Vella i el 63% dels infants atesos al CDIAP EIPI Nou Barris.
- **Amb els centres de serveis socials.** Es tracta de prioritzar un servei social universal i generalista del sistema de serveis socials públics que intervé, entre d'altres, en les situacions de risc que viu la infància del seu territori i que rep la demanda d'atenció de famílies en situació de vulnerabilitat i d'exclusió social que no necessàriament porten els seus fills i filles petits a l'escola bressol.

Tots tres són serveis derivadors al CDIAP que tenen un gran potencial preventiu respecte dels trastorns del desenvolupament infantil.

Vegem en què consisteix cada una d'aquestes línies de prevenció que volem desenvolupar en el context d'aquest Model.

1. Amb les escoles bressol

Aquesta línia de prevenció primària i secundària dels trastorns del desenvolupament infantil pretén desenvolupar el projecte “**EI CDIAP amb l'escola**” a totes les escoles bressol municipals i concertades dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris mitjançant un acord entre l'IMPD i l'IMEB.

Es tracta de generalitzar en aquests dos districtes, amb les adaptacions que siguin necessàries, els bons resultats assolits pel projecte “L'EIPI amb l'escola” realitzat, previ

acord amb l'IMEB, amb les escoles bressol municipals La Muntanya i Aqüeducte, ubicades a la Zona Nord del districte de Nou Barris, i que s'ha desenvolupat amb èxit des que es va iniciar el curs 2014-15.

El projecte “El CDIAP amb l'escola”, tal i com es desenvolupa en l'actualitat, consisteix a desplaçar mensualment un/a psicòleg/òloga del CDIAP a cada escola bressol municipal o concertada dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris amb els següents objectius.

Objectius

Generals

- Promoure la satisfacció adequada de les necessitats físiques, afectives, cognitives i socials dels infants.
- Reduir la influència dels factors de risc i potenciar la influència dels factors de protecció de la família i l'entorn significatiu de l'infant.
- Facilitar la detecció precoç de trastorns del desenvolupament o risc de tenir-ne.
- Promoure el treball en xarxa i coordinat de les persones professionals i dels serveis que atenen els infants de 0 a 3 anys.

Específics

- En relació amb els infants
 - Avaluar i fer un seguiment del desenvolupament dels infants.
 - Realitzar les derivacions oportunes als recursos de la xarxa de serveis, entre ells el propi CDIAP quan calgui fer una intervenció interdisciplinària des dels serveis d'atenció precoç.
 - Orientar l'equip docent respecte de les dificultats d'aquests infants.
- En relació amb les famílies
 - Proporcionar, sempre que calgui, coneixements i habilitats bàsiques de pautes de criança i educatives.
 - Acompanyar i donar suport a les famílies en les dificultats quotidianes generades per l'exercici de la funció parental.
 - Promoure els recursos personals per detectar les necessitats dels infants i per respondre adequadament, tot minimitzant la dependència del suport extern.
 - Oferir informació sobre els recursos especialitzats.
 - Motivar i facilitar que la família faci demanda d'atenció al CDIAP quan l'infant requereixi atenció precoç.
- En relació amb l'equip educatiu de l'escola bressol
 - Enfortir la capacitat de detecció precoç dels trastorns del desenvolupament en la petita infància.
 - Oferir assessorament i suport tècnic especialitzat.

- Potenciar el treball en xarxa i coordinat de les persones professionals i serveis que atenen els infants de 0 a 3 anys.

Descripció de les actuacions

Mensualment

Cada psicòloga o psicòleg del CDIAP es desplaça un cop al mes a l'escola de la qual sigui professional referent on s'hi està tot el dia en jornada de matí i tarda treballant conjuntament amb l'equip educatiu i realitzant les següents tasques:

- Observació dels infants a l'aula i en els espais no estructurats.
- Consultes individuals amb les famílies mitjançant entrevistes concertades.
Aquest projecte facilita l'establiment d'una relació de confiança amb les famílies des de la proximitat que afavoreix tant la possibilitat de fer consultes puntuals com la seva vinculació amb al CDIAP quan l'infant ho necessita.
- Coordinació amb el personal educatiu de cada aula i amb tot l'equip docent per:
 - Fer la devolució de les observacions realitzades.
 - Reflexionar conjuntament sobre casos i situacions.
 - Pensar conjuntament estratègies educatives.
 - Proposar coordinacions, derivacions i recursos.

Es tracta de donar eines i suport directe als equips docents des del coneixement directe, tant dels infants que atenen com del seu context de treball, per atendre adequadament determinades situacions i infants i per fer una detecció precoç quan calgui.

Cada dos o tres mesos

S'organitza un espai de reflexió col·lectiva adreçat a totes les famílies de l'escola bressol per tal d'abordar temes del seu interès, dificultats, interrogants, en relació amb la criança i com donar resposta a les necessitats dels infants. Es tracta d'espais oberts de debat en els quals després d'una introducció sobre un tema relacionat amb la criança, prèviament acordat, les famílies poden transmetre inquietuds, dubtes i compartir experiències.

Es tracta d'un espai on poder pensar conjuntament sobre les pròpies dificultats i compartir-les amb les altres persones mitjançant el diàleg i la participació o, dit en altres paraules, es tracta de desenvolupar i reforçar els recursos personals i familiars per tenir cura dels infants.

Aquest tipus d'actuacions serveixen també per apropar les famílies al CDIAP en entendre que els ofereix ajuda i suport útil des de la seva realitat.

En aquestes sessions, a més del o de la professional de la psicologia, també hi poden participar professionals del CDIAP d'altres disciplines en funció dels temes d'interès que es vulguin tractar.

2. Amb els equips pediàtrics (pediatria i infermeria pediàtrica) dels serveis d'atenció primària de salut

Es tracta d'establir un acord de col·laboració entre l'IMPD, el Consorci Sanitari de Barcelona i les empreses gestores dels centres d'atenció primària de salut (CAP) i les àrees bàsiques de salut (ABS) dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris per tal de garantir el treball en xarxa entre els equips pediàtrics i els nostres CDIAP amb els següents **objectius**:

- Enfortir la capacitat de detecció dels trastorns o alteracions del desenvolupament en la petita infància o de les situacions de risc biològic, psicològic o social que puguin provocar-los.
- Oferir assessorament i suport tècnic especialitzat.
- Potenciar el treball en xarxa i coordinat de les persones professionals i serveis que atenen els infants de 0 a 6 anys.
- Facilitar la derivació d'infants i famílies al CDIAP quan aquestes no hi arriben pels motius que siguin:
 - Facilitar la informació necessària perquè pediatria i infermeria pediàtrica dels CAP i les ABS expliquin a les famílies què som i què fem; que les motivi a demanar atenció al CDIAP. Per aconseguir això cal que hi hagi coneixement mutu i confiança entre professionals i serveis.
 - Facilitar la realització d'entrevistes conjuntes amb la família al mateix CAP o ABS per tal de “posar cara al CDIAP” i establir una relació que faciliti la confiança de la família i la decideixi a fer demanda d'atenció.
- Realitzar conjuntament projectes preventius dissenyats en funció de la realitat i les necessitats de la població de cada territori. Projectes que abordin salut infantil i criança.

3. Amb els centres de serveis socials (CSS)

Els nostres CDIAP es coordinen habitualment amb els CSS del seu districte, però rarament reben casos derivats per aquest servei. L'any 2016 els casos derivats pels CSS al CDIAP EIPI Ciutat Vella van representar el 0,8% del total d'infants atesos i el 0,6% al CDIAP EIPI Nou Barris.

Els CSS, però, són serveis socials universals i generalistes que atenen, entre altres sectors de la població dels seus territoris, moltes famílies en situació de vulnerabilitat i d'exclusió social que, quan tenen infants de curta edat, sovint no poden oferir un entorn educatiu de qualitat, ni necessàriament porten els seus fills i filles petits a l'escola bressol ni disposen d'espais alternatius (espais de criança o similars).

D'aquí la importància d'establir un acord de col·laboració entre l'IMPD i l'Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS) de l'Ajuntament de Barcelona per tal de promoure el treball en xarxa de caràcter preventiu entre els CDIAP i els CSS dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris i assolir els següents **objectius**:

- Enfortir la capacitat dels CSS de detecció precoç dels trastorns o alteracions del desenvolupament en la petita infància o de les situacions de risc que puguin provocar-los.
- Oferir assessorament i suport tècnic especialitzat als CSS quan atenguin famílies amb infants de curta edat en situació de risc social que pugui ser causa d'un trastorn en el seu desenvolupament.
- Facilitar la derivació d'infants i famílies al CDIAP:
 - Facilitar la informació necessària perquè els equips professionals dels CSS coneguin què som, què fem i quins infants necessiten els serveis d'atenció precoç.
 - Facilitar que expliquin a les famílies què som i què fem i que les motivin a demanar atenció al CDIAP.
 - Facilitar la realització d'entrevistes conjuntes amb la família al mateix CSS o en el seu domicili, per tal de “posar cara al CDIAP” i establir una relació que faciliti la confiança de la família i la decideixi a fer demanda d'atenció.
- Portar a terme conjuntament (tots dos serveis o també amb la col·laboració d'altres agents del territori) projectes preventius dissenyats en funció de la realitat i les necessitats de la població de cada territori. Projectes que abordin les dificultats en relació amb la criança i com donar resposta a les necessitats dels infants.

3.3.6. Inter i transdisciplinarietat: dos requisits del treball en equip en un CDIAP

El Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i l'IMPD estableix que totes les actuacions en els àmbits de la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament de trastorns en el desenvolupament, de la criança i de la prevenció de situacions de risc [... seran realitzades amb la metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari ...].

Les abordem a continuació.

La interdisciplinarietat: condició necessària i un repte

La interdisciplinarietat és un dels trets que defineixen l'atenció precoç i que determina la seva composició i funcionament.

Composició dels nostres equips: els perfils professionals.

D'acord al que estableix la Cartera de Serveis Socials els nostres equips disposen de professionals de les disciplines de la neuropediatria, psicologia (amb perfil clínic), fisioteràpia, logopèdia, treball social i psicomotricitat. En un futur els nostres CDIAP incorporaran també la disciplina de la teràpia ocupacional en compliment del que estableix aquest Model.

Funcionament en equip interdisciplinari.

La integració de les mirades bio-psico-social és un requisit imprescindible per:

- Aconseguir una visió global i integradora de les necessitats, capacitats i febleses de la realitat infant-família i el vincle existent, i de les fortaleeses i febleses de l'entorn significatiu de l'infant (valoració diagnòstica).
- Definir en equip interdisciplinari del servei el tractament terapèutic necessari incorporant les disciplines, de manera simultània i/o consecutiva, que hagin d'intervenir en cada cas concret (pla d'atenció terapèutica) sota la coordinació global de la figura del o de la professional referent del cas.

En resum, la interdisciplinarietat no solament és un mandat normatiu, és una necessitat i un requisit per poder entendre i intervenir en una realitat que és complexa, per poder garantir la integració de les mirades bio-psico-social i per aconseguir una visió global i integradora de les necessitats de l'infant i la seva família, i del paper que juga l'entorn de cada infant.

Però no és gens fàcil. Per això continua sent un repte que ens exigeix un procés de millora contínua on repensar com funcionem per introduir els canvis que ens permetin aprofundir aquesta interdisciplinarietat.

Comporta, entre d'altres:

- **Metodologia.**
- Un funcionament organitzatiu que defineixi i faciliti els **espais necessaris de trobada de l'equip interdisciplinari** de servei i que aquests funcionin de manera eficaç.⁵³
- **Actitud d'escolta i de respecte** per part de totes les persones membres de l'equip. I la voluntat de compartir, tot i que la resposta de l'altre no sempre sigui còmoda.
- **Un diàleg entre les diferents maneres de mirar i de fer.**
- **Equilibri entre les diferents disciplines que integren un CDIAP.**

La psicologia és la disciplina que té més professionals als equips en relació amb la resta de perfils professionals atesa la naturalesa de l'atenció que ha de proporcionar un CDIAP.

És important tenir molta cura que això no comporti minimitzar la necessitat i la importància de la mirada i de les aportacions fetes des de la resta de disciplines. Quan passa això el CDIAP afebleix la seva mirada bio-psico-social, que queda esbiaixada i limita la visió global i integradora que necessita.

Per aconseguir l'equilibri necessari entre totes les disciplines, més enllà del nombre de professionals de cada una d'elles, cal, entre d'altres:

- Assegurar que se senti la veu de totes les disciplines en els espais interdisciplinaris.

53. Ens remetem a la quarta part d'aquest document on es defineixen i desenvolupen aquests espais de treball en equip interdisciplinari del servei.

- Facilitar que les persones professionals de les disciplines del treball social, neuropediatria, fisioteràpia, logopèdia, psicomotricitat i teràpia ocupacional puguin compartir espais amb professionals de la mateixa disciplina i context.

Per això, i en el context d'aquest Model, **es promourà la seva participació en els grups per rol professional que funcionen** a l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) o als respectius col·legis professionals (sempre i quan treballin el rol professional en el context d'un CDIAP). D'altra banda, sempre que es consideri necessari **es crearan espais de coordinació estable entre les persones professionals dels dos CDIAP de l'IMPD d'una mateixa disciplina.**

De la inter a la transdisciplinarietat

La interdisciplinarietat no és suficient per poder assegurar la integració de les mirades bio-psico-social. Cal assolir, a més, la transdisciplinarietat.

Un tret definitori de l'atenció precoç és justament que requereix que es treballi en equip interdisciplinari però també que els i les professionals de les diferents disciplines acabin incorporant elements de les altres. O dit amb altres paraules, és necessari que cada professional i disciplina de l'equip d'un CDIAP incorpori coneixements de la resta de disciplines i professionals per assolir una atenció el més global possible.

Transdisciplinarietat no vol dir indiferenciació o que les especificitats i responsabilitat de cada disciplina quedin diluïdes en l'equip. Aquest és el risc d'una interpretació i aplicació incorrectes de la transdisciplinarietat.

Per assolir una mirada bio-psico-social es necessita, alhora, que:

- Hi hagi disciplines diverses que aportin mirades i formacions específiques i diferenciades.
- I, al mateix temps, que l'articulació entre disciplines faciliti la construcció d'un cos de coneixement compartit.

Tota persona membre de l'equip del CDIAP ha de saber una mica de tot, no solament d'allò seu en funció de la seva disciplina.

La/el terapeuta s'enfronta a una realitat complexa en la qual sovint estan presents en l'entorn familiar l'angoixa, el dol per les expectatives no assolides del fill/a esperat, dolor, incertesa, etc. Davant d'això el/la fisioterapeuta o logopeda, per posar un exemple, ha de poder intervenir incorporant també tots aquests aspectes sense per això renunciar al que li és propi com a disciplina. Ha de saber escoltar, contenir, motivar, etc. en coherència amb el pla d'atenció terapèutica acordat en l'equip interdisciplinari de servei, més enllà de l'especificitat del seu saber, que és igualment imprescindible i irrenunciable.

I el/la psicòleg/òloga ha d'incorporar en les seves sessions amb l'infant i la família els elements que li aporten des de fisioteràpia, logopèdia o treball social. Per exemple, si cal treballar per més autonomia de l'infant i una desvinculació saludable de la mare és important que sàpiga que aquella família comparteix pis amb altres dues i que totes les persones del nucli familiar comparteixen un únic matalàs per

dormir. O que en la població d'origen de la família els infants fins als dos anys estan sempre en contacte amb la mare, que el porta a l'esquena amb un mocador mentre realitza les activitats de la jornada.

Certament, igual que no és fàcil treballar de manera interdisciplinària, tampoc ho és assolir la transdisciplinarietat.

És cert que hi ha el risc de confusió entre rols de disciplines diferents. Per això cal estar alerta per evitar que l'exercici de la transdisciplinarietat pugui portar a la indiferenciació entre disciplines. Un motiu més per posar èmfasi en la necessitat d'espais de reflexió com pot ser, entre d'altres, la supervisió tècnica externa que pugui alertar si això passa. O de la mateixa formació permanent.

Però el fet de reconèixer que existeix aquest risc no ha d'impedir l'exercici de la transdisciplinarietat.

Quin és el repte?

- Enfortir la pròpia disciplina per enfortir l'equip interdisciplinari aportant aquesta mirada específica.
- Incorporar altres coneixements i mirades de la resta de disciplines i professionals de l'equip en la pràctica de cada professional.

3.3.7. Incorporar l'àmbit del lleure: una necessitat

Com hem vist, la prevenció primària per evitar l'aparició de trastorns del desenvolupament en la infància i la seva detecció precoç és responsabilitat de diversos sistemes de serveis, principalment els de salut, educació i serveis socials. Nosaltres considerem que cal incorporar també l'àmbit de lleure. Els motius i quin paper correspon al CDIAP és el que expliquem a continuació.

Algunes evidències com a punt de partida

- Cada cop es disposa de més evidències que el lleure té un efecte estimulador, preventiu i protector de l'infant. Diferents autors i autores l'identifiquen com un factor de resiliència infantil.⁵⁴

Com hem vist a la primera part d'aquest document en parlar de la resiliència humana, diferents autors i autores identifiquen un conjunt de factors que faciliten la resiliència infantil. Seguint les aportacions de Jorge Barudy i Maryorie Dantagnan,⁵⁵ [... l'existència d'un o de diversos d'aquests factors de resiliència expliquen com infants afectats per contextos familiars, institucionals i socials de maltractaments, pobresa i violència se sobreposen a les conseqüències d'aquests i presenten un desenvolupament i una integració social adequats ...].

Alguns d'aquests factors de resiliència són:

- [... La possibilitat de participar i rebre nutrients afectius i educatius en xarxes socials formals i informals: grups d'amistat, veïns i veïnes, espais, clubs esportius, grups culturals, etc.
- L'accés a l'educació en valors.
- Activitats socials i de lleure: activitats de temps lliure, culturals, de suport mutu.
- La participació en activitats creatives: teatre, pintura, escultura, etc.
- La participació en activitats socials que promoguin l'humor ...].
- Una altra evidència és que en les classes socials més desfavorides hi ha molt més sedentarisme i inactivitat tant en la infància com en les persones adultes.

Aquestes evidències han motivat que ciutats com Rotterdam, amb l'objectiu de pal·liar les diferències entre classes socials, obligui que tots els infants i adolescents participin en una activitat del lleure que els interessi. I si la família no pot assumir el cost, és l'Administració qui ho fa. Tots els infants de Rotterdam, amb independència del seu gènere, la capacitat adquisitiva de les famílies o la seva diversitat funcional, realitzen alguna activitat de lleure com a mesura de cura de la població infantil.

54. En la dècada dels vuitanta es va denominar “**resiliència humana** o facultat de recuperació” a la “capacitat d'una persona o grup per desenvolupar-se bé i per seguir projectant-se en el futur, malgrat els esdeveniments desestabilitzadors, de condicions de vida difícils i de traumes en ocasions greus”. O, també “la capacitat de l'individu per fer les coses bé i de manera socialment acceptable en un entorn estressant o advers que sol comportar un elevat risc d'efectes negatius”. La resiliència no evita el patiment i el dany, però capacita les persones per seguir creixent i desenvolupant-se, integrant fins i tot les experiències difícils i traumàtiques d'una manera constructiva.

55. Barudy, J. i Dantagnan, M. (2011). “La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil”. Barcelona: Editorial Gedisa.

El paper del CDIAP

Facilitar i promoure, sempre que sigui possible en funció de l'edat de l'infant, la seva participació en activitats i grups del seu entorn que li aportin satisfacció, alegria, sentit de l'humor, creativitat i activitat física, sempre tenint en compte els seus interessos i aficions.

Això comporta per part dels CDIAP de l'IMPD:

- Un millor coneixement dels serveis de lleure existents al territori (tant si funcionen de manera estable al llarg de l'any o en èpoques concretes): quins són, com funcionen i els requisits d'accés.
I, a la inversa, donar-nos a conèixer si encara no ho hem fet.
- Demanar als organismes, entitats o empreses titulars, públiques o privades d'aquests serveis criteris flexibles d'accés (terminis d'inscripcions, accés a beques i facilitats de pagament de les quotes, etc.) perquè des dels CDIAP atenem famílies que tenen moltes dificultats per accedir efectivament als serveis. Són les que es troben en situacions de més vulnerabilitat o d'exclusió social. I justament els infants d'aquestes famílies són els que més necessiten aquests espais.
- Amb aquestes famílies en situació més vulnerable, cal que des del CDIAP els fem un acompanyament, ja sigui de manera directa o assegurant que un altre servei ho faci. Quan parlem d'acompanyament volem dir: informar la família de les possibilitats que tenen al seu abast, motivar-les a fer la sol·licitud, parlar prèviament amb el servei de lleure per tal que l'acullin i li facilitin els passos que ha de fer, etc. I si tot això no és suficient, també poder fer un acompanyament presencial quan calgui.

Coordinar-nos i donar suport a serveis estables de lleure com els esplais, els casals d'infants, etc. tal i com es fa amb els serveis de l'àmbit de l'educació, la salut i serveis socials.

I aquesta coordinació amb dues finalitats:

- Quan es tracta d'infants atesos al CDIAP, facilitar-ne la inclusió per part dels serveis de lleure als quals vagin i un tracte adequat a les seves necessitats específiques.
- Enfortir els monitors i monitores per tal que esdevinguin agents de detecció precoç i de prevenció efectiva.

Els CDIAP hem d'esdevenir un servei de suport també en aquest àmbit.

Assenyalar la necessitat de promoure l'aparició i la posada en marxa de serveis de lleure destinats a la petita infància en aquells territoris amb gran manca d'aquests serveis.

Hi ha zones i barris amb una gran manca de serveis de lleure destinats a la petita infància i aquest és un factor més que agreuja la situació de vulnerabilitat de moltes famílies i, especialment, dels seus fills i filles.

3.3.8 Els CDIAP de l'IMPD: un agent proactiu als territoris i en les xarxes d'articulació interserveis que intervenen en la infància

Participar en les xarxes d'articulació interserveis existents al territori és una necessitat per als nostres CDIAP pels motius següents:

- Donar-se a conèixer a la resta de serveis existents al territori com a requisit per facilitar l'accés al servei dels infants que necessiten l'atenció precoç proporcionada pel CDIAP.
- Conèixer els serveis i recursos existents al territori (barri i districte), així com els seus criteris d'atenció, procediments d'accés i funcionament, per poder orientar adequadament les famílies en resposta a les seves necessitats, tant en relació amb el seu fill o filla com respecte d'altres membres de la família.
- Establir una relació de confiança entre serveis que faciliti la coordinació i el treball conjunt quan calgui.
- Facilitar que la resta de serveis públics i privats del territori es converteixin en agents de prevenció primària i secundària.

La nostra prioritat, però, serà participar de manera activa o promoure l'existència, quan no n'hi hagi, de xarxes o d'espais d'articulació dels serveis que s'adrecen a la infància. Poden ser espais propis o comissions específiques dins xarxes més àmplies. Poden ser espais d'àmbit de barri, de zona o de districte.

L'argumentació és clara. Es tracta de contribuir de manera proactiva a:

- Tenir una visió global dels serveis adreçats a la infància existents al territori, tot coneixent com accedir-hi, quin són els criteris d'atenció i com funcionen.
- Tenir una aproximació global compartida de quina és la realitat i les necessitats de la infància del territori de què es tracti.
- Construir de manera conjunta el mapa de necessitats i de recursos per tal d'identificar duplicitats i mancances. Treballar per equilibrar la correlació entre necessitats i recursos i comunicar aquestes valoracions a les instàncies que tenen la capacitat per generar nous recursos quan sigui el cas o regular els que ja existeixen.
- Buscar sinergies i punts de confluència, col·laboració i treball conjunt entre serveis que permeti donar millors respostes, i/o arribar a sectors de població amb més dificultats per accedir als serveis, i/o convertir els serveis existents en agents de prevenció primària i detecció precoç de les necessitats de la infància del territori.

Es tracta, en definitiva, de contribuir activament a construir territoris facilitadors del benestar de la infància, especialment de la que es troba en situació de més vulnerabilitat, fent més efectiva i integral l'actuació del propi CDIAP amb els infants que atén i amb les seves famílies.

Amb aquest objectiu, cada persona professional dels equips dels dos CDIAP de totes les disciplines, amb l'excepció de neuropediatria, seran referents al CDIAP d'un barri o zona del districte i representaran el servei en les xarxes interserveis existents.

El CDIAP també podrà promoure i col·laborar activament en la posada en marxa d'espais de coordinació dels serveis que s'adrecen a la infància allà on no n'hi ha, sigui amb el format de xarxes interserveis o de comissions específiques dins les xarxes més generals.

Quan calgui prioritzar perquè no sigui possible cobrir la diversitat de xarxes interserveis existents, el criteri de priorització serà garantir la nostra participació en els espais adreçats a la infància i, en qualsevol cas, es tractarà d'una decisió que caldrà prendre en reunió d'equip interdisciplinari del servei a cada CDIAP, amb l'argumentació prèvia d'avantatges i inconvenients, i que haurà de tenir el vistiplau del Departament de Serveis de Vida Independent de l'IMPD, al qual estan adscrits els dos CDIAP.



4. Quarta part. Aspectes de l'organització i el funcionament que defineix aquest model

Sumari

- 4.1. Els horaris de funcionament i d'atenció. L'obertura del servei
- 4.2. L'equip del CDIAP. Perfils
- 4.3. Criteris de dedicació i distribució del temps

- 4.4. Estàndards i procediments de qualitat que volem millorar
- 4.5. Els espais interdisciplinaris de treball conjunt i de reflexió
- 4.6. Els espais de coordinació i de reflexió per perfil professional
- 4.7. Construcció d'una cultura tècnica comuna entre tots dos CDIAP
- 4.8. Espais estables d'articulació dels nostres CDIAP amb determinats serveis dels àmbits de la salut, l'educació i els serveis socials
- 4.9. Col·laboració amb la realització de pràctiques d'alumnat de màsters i postgraus
- 4.10. L'opinió de les persones que integren els equips
- 4.11. Ràtios de personal
- 4.12. Els equipaments: característiques i requisits

El funcionament i els procediments d'atenció que han de garantir tots els CDIAP de la Xarxa Pública estan definits al “Document d'estàndards per a l'acreditació de la qualitat dels serveis d'atenció precoç de Catalunya (2015)” del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

En conseqüència, aquest capítol desenvolupa aquells aspectes del funcionament i de l'organització dels nostres CDIAP que introdueixen millores respecte dels estàndards definits o que incorporen criteris que correspon definir a l'IMPD, en tant que és la institució que gestiona la prestació del servei als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris, i que vol orientar a l'assoliment dels objectius i prioritats definides a la tercera part d'aquest document.

4.1. Els horaris de funcionament i d'atenció. L'obertura del servei

Els horaris

Premisses de partida: els drets de l'infant, els drets de les famílies, els drets laborals dels equips i el compliment de la normativa legal vigent.

Els drets dels infants

- Els horaris de qualsevol CDIAP han de tenir en compte les necessitats de l'infant pel que fa al temps de descans, alimentació i higiene que cal garantir.
- A tenir una estabilitat en l'assistència a l'escola.

Diversos estudis realitzats arreu del món demostren que “l'educació és un factor que marca la diferència” pel que fa a les oportunitats de desenvolupament personal i d'una futura vida adulta amb independència i inclusió social.

En la mateixa línia molts d'aquests estudis també assenyalen la importància de garantir al màxim l'estabilitat d'assistència de l'infant a les activitats de l'escola bressol i primària i, per tant, com a criteri general alerten de la necessitat que el funcionament i horaris d'atenció de la resta de serveis que l'han d'atendre ho tinguin en compte per tal d'evitar, tant com sigui possible, interferir amb els horaris escolars.

La manca d'estabilitat suficient en l'assistència a l'escola pot dificultar de manera important el ritme d'adquisició d'aprenentatges i/o la seva inclusió dins el grup classe. D'aquí la importància d'evitar, tant com sigui possible, que l'infant falti a classe i/o a altres activitats organitzades pel centre educatiu.

Els drets de les famílies:

Moltes de les famílies residents als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris es troben en situació de vulnerabilitat, amb feines en precari i amb horaris que no faciliten la conciliació familiar.

Els drets laborals dels treballadors i treballadores dels CDIAP:

Cal garantir el compliment del que estableixi l'Acord de Condicions Laborals vigent en cada moment.

Cal complir el marc legislatiu i normatiu vigent:

El Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i l'IMPD estableix que els nostres CDIAP estan obligats a prestar atenció totes les tardes de dilluns a divendres laborables.

Els horaris de funcionament del CDIAP

De funcionament ordinari dels CDIAP

El funcionament ordinari s'assegurarà fora dels períodes d'estiu i de Nadal definits a l'Acord de Condicions Laborals vigent en cada moment.

Als equipaments base l'horari de funcionament ordinari del servei serà el següent:

- De dilluns a divendres no festius de les 9 a les 18,30 hores ininterrompudament.

A l'Antena Zona Nord de Nou Barris els horaris de funcionament ordinari del servei seran els següents:

- Dimecres i dijous no festius: de les 9 a les 18,30 hores ininterrompudament.
- Divendres: de les 9 a les 14,30 hores ininterrompudament.

Horaris de funcionament dels CDIAP en els períodes d'estiu i de Nadal

L'horari de funcionament dels CDIAP a l'estiu i Nadal s'assegurarà en els períodes establerts a l'Acord de Condicions Laborals vigent en cada moment:

L'horari mínim obligatori serà:

Als equipament base:

- De dilluns a divendres no festius: de les 9 a les 14,30 hores ininterrompudament.

A l'Antena Zona Nord de Nou Barris:

- Dimecres, dijous i divendres no festius: de les 9 a les 14,30 hores ininterrompudament. A l'agost el Casal de Barri Torre Baró on està ubicada l'Antena Zona Nord roman tancat.

Aquests horaris de funcionament del servei seran d'aplicació tot respectant la flexibilitat horària establerta per cada Acord de Condicions Laborals.

Els horaris d'atenció

Criteris generals

- Per tal d'interferir el mínim possible amb l'horari escolar, sempre que sigui possible es prioritzarà l'atenció de tardes fins a les 18 hores de dilluns a divendres no festius dels infants de 3 a 6 anys.

- Es facilitarà atenció a les famílies que ho necessitin des de les 9,30 i fins a les 18 hores de dilluns a divendres no festius. De manera excepcional es podran atendre famílies a les 8 hores i fins més tard de les 18 hores.

Els horaris d'atenció

Els horaris que es divulgaran a la ciutadania seran els que es detallen a continuació, amb independència que l'atenció directa a infants i famílies es podrà realitzar al llarg de tot l'horari del funcionament del servei.

Als equipaments base els horaris d'atenció seran els següents:

- De dilluns a divendres no festius: de les 9,30 a les 14 hores i de les 15,30 a les 18 hores.

I en els períodes d'estiu i de Nadal definits a l'Acord de Condicions Laborals vigent en cada moment, l'horari que es farà públic serà:

- De dilluns a divendres no festius: de les 9,30 a les 14 hores.

A l'Antena Zona Nord de Nou Barris els horaris d'atenció del servei seran els següents:

- Dimecres i dijous no festius: de les 9,30 a les 14 hores i de les 15 a les 16,30 hores, ja que l'Antena Zona Nord està ubicada al Casal de Barri Torre Baró, que necessita la disponibilitat de l'espai a partir d'aquesta hora.
- Divendres: de les 9,30 a les 14 hores.

En els períodes d'estiu i de Nadal l'horari que es farà públic serà:

- Dimecres, dijous i divendres no festius: de les 9,30 a les 14 hores, llevat del mes d'agost en què l'Antena romandrà tancada i l'atenció es proporcionarà des de l'equipament base.

En aquests horaris d'atenció al públic es garantirà personal administratiu a recepció.

Obertura del servei

Premisses de partida:

- Cal garantir el que estableix el Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

[... El centre restarà obert els dies laborals, en horari de matí i de tarda, durant tot l'any.

Durant els mesos d'estiu es podrà fer jornada intensiva. Es repartiran les vacances dels i les professionals de tal manera que interfereixin el mínim possible amb la dinàmica del centre ...]. (Annex I. Clàusula addicional. Pactes i obligacions. Punt 5 Recursos materials i horari).

- La naturalesa del servei i el seu caràcter públic, així com la garantia dels drets dels infants i de les famílies comporta necessàriament la continuïtat en la prestació del servei.
- Cal garantir els drets laborals del personal adscrit als CDIAP de l'IMPD i el compliment del que estableix l'Acord de Condicions Laborals vigent en cada moment.

Criteris d'obertura del servei

- Els equipaments base dels CDIAP romandran oberts tots els dies laborables de l'any.
- L'Antena Zona Nord de Nou Barris podrà tancar el mes d'agost de manera que el servei es continuarà prestant des de l'equipament base.

Dinàmica del centre

No és suficient que el servei estigui obert sinó també que es faci compatible la garantia de dos drets: el del personal municipal a gaudir dels festius establerts a l'Acord vigent de Condicions Laborals i el de les famílies a rebre atenció de manera estable per les disciplines que pertorqui en cada cas i etapa del procés d'atenció mentre l'infant no es doni de baixa al servei.

Tal i com s'estableix al Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD: [... Es repartiran les vacances de les i els professionals de tal manera que interfereixin el mínim possible amb la dinàmica del centre...].

Per aquest motiu s'estableixen els següents criteris generals:

- Les vacances d'estiu es concentraran per a tot el personal en el període comprès entre l'1 de juliol i el 30 de setembre.
- Pel que fa a l'acumulació de dies d'absència per vacances, festius, realització d'hores extres i similars:
 - En períodes de vacances escolars com Pasqua i Nadal no es podran realitzar més de 15 dies naturals consecutius per l'impacte que això tindria en els seguiments dels casos, tant en l'atenció individualitzada com en l'atenció grupal.
 - A l'estiu, i amb caràcter general en qualsevol època de l'any, no es podran realitzar de manera consecutiva més de 45 dies naturals de vacances per l'impacte que això tindria en els casos en seguiment per part d'aquella persona professional o en la recepció del centre.
- Sempre que un CDIAP disposi en el seu equip de dos o més professionals d'una mateixa disciplina o perfil, caldrà que alternin les vacances de manera que es garanteixi la interdisciplinarietat i la presència de personal administratiu a recepció.

Aquest criteri es justifica per la necessitat de garantir la mirada bio-psico-social en la fase de valoració diagnòstica inicial amb els casos nous tot garantint el termini màxim que ha de durar aquesta fase del procés d'atenció i que ens hem fixat com a criteri d'acreditació d'una gestió de qualitat.

Les persones d'una mateixa disciplina o perfil podran coincidir de vacances un màxim de 15 dies naturals consecutius.

4.2. L'equip del CDIAP. Perfils

Sumari

- 1. Composició de l'equip**
 - 2. La direcció del CDIAP**
 - 3. Terapeuta ocupacional**
 - 4. Funcions i perfil de dues figures: personal administratiu i psicomotricista**
 - 5. L'encaix del treball social dins l'equip interdisciplinari del servei**
-

1. Composició de l'equip

Segons la normativa legal vigent:

Tal i com hem vist als capítols anteriors, el Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç estableix que:

[... Per a la prestació del servei l'IMPD haurà d'aportar els mitjans personals necessaris d'acord amb la normativa legal vigent⁵⁶ en matèria d'atenció precoç.

Els serveis d'atenció precoç hauran de disposar de professionals amb especialització en desenvolupament infantil que cobreixin les àrees bio-psico-socials i de personal de suport administratiu, secretaria-recepció i de serveis suficients per atendre els infants atesos.

Per tal de garantir l'atenció bio-psico-social dels infants, **disposarà com a mínim** dels/de les especialistes següents:

- Metge/essa neuropediatre/a, o de manera transitòria o excepcional metge/essa amb formació acreditada de pediatria o de neuropediatria.
- Psicòleg/òloga clínic, o psicòleg/òloga amb formació acreditada en desenvolupament infantil.

56. **Decret 261/2003**, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç. I **Decret 142/2010**, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011 (vigent).

- Fisioterapeuta.
- Logopeda.
- Treballador/a social.

Un/a d'aquests/estes professionals serà el/la coordinador/a tècnic/a.

Les **figures** de psicomotricista i pedagog/a, tot i no ser obligatòries, són **recomanables** atès el ventall d'edat dels infants atesos ...].

Totes les figures que han de proporcionar atenció bio-psico-social i que són considerades obligatòries a la normativa legal vigent tenen definides les seves funcions i perfil en documents elaborats per comissions de persones expertes nomenades per la Generalitat. No així les figures recomanades, però no obligatòries, de psicomotricista i pedagog/a.

D'altra banda, el Conveni de col·laboració interadministrativa entre la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç també defineix les funcions **administratives que ha de garantir el servei**:

[... Comprèn les funcions de direcció, gestió administrativa i coordinació interna del centre, referides a l'organització interna, a la gestió de recursos humans, al control de gestió i a totes aquelles activitats necessàries per al bon funcionament del servei, així com les derivades del conveni.

Així mateix, comprèn la tramitació del contracte assistencial preceptiu i el compliment d'aquella documentació que determini l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials ...].

Millores que introdueix aquest Model:

- Pel que fa a la **composició de l'equip**, aquest Model introdueix dues millores respecte del que estableix la normativa legal vigent. Així incorpora:
 - La figura de **director/a del CDIAP** que substitueix la figura de “coordinador/a tècnic/a” que defineix la normativa legal vigent.
L'actual figura de coordinador/a tècnic/a del CDIAP dedica a aquesta funció una part de la seva jornada laboral, aproximadament un terç, i la resta a exercir de professional de la disciplina de què es tracti com a membre de l'equip interdisciplinari del servei.
 - La figura de **terapeuta ocupacional** no prevista com a obligatòria ni com a recomanada a la normativa legal vigent, però cada cop sol·licitada per més CDIAP, i que s'ha demanat com a necessària en el context de la Xarxa de CDIAP de Barcelona.
- **Defineix les funcions i perfil del personal administratiu** i de la figura de **psicomotricista** en el context dels CDIAP de l'IMPD.
- **Aborda l'encaix de la disciplina del treball social** dins l'equip interdisciplinari del servei, sempre en el context dels CDIAP de l'IMPD.

2. La direcció del CDIAP

El perquè d'aquesta figura:

Bàsicament per tres raons:

Les dimensions de cada equip

En l'actualitat el CDIAP EIPI Ciutat Vella compta amb 12 persones i el CDIAP EIPI Nou Barris en disposa de 15, a més de tenir dos punts de prestació del servei (equipament base i Antena Zona Nord).

Altres serveis socials amb equips d'aquestes dimensions, o fins i tot menors, disposen d'una direcció que exerceix el comandament a jornada completa, no exercint funcions de coordinació tècnica una part de la seva jornada i la resta com a professional de l'equip.

Amb les dimensions actuals de tots dos equips es justifica que cada CDIAP compti amb la figura de director o directora però, com veurem més endavant en un altre apartat d'aquest mateix capítol en abordar les ràtios de personal, estem parlant que el CDIAP EIPI Ciutat Vella ha d'incrementar-se fins arribar a ser un equip de 18 persones diferents entre jornades completes i parcials, i el de CDIAP EIPI Nou Barris s'ha de doblar fins arribar a ser un equip de 27/28 persones diferents, a més d'afegir la complexitat d'haver d'organitzar amb aquest equip la prestació del servei en dos punts diferents del districte.

La necessitat d'integrar la mirada tècnica i de gestió

El compliment dels estàndards i procediments per una gestió de qualitat en equips de les dimensions actuals dels nostres dos CDIAP comporta un alt grau d'exigència i dedicació, tant en la planificació com en el seguiment dels aspectes organitzatius i de funcionament del servei directament vinculats a la part "tècnica".

Entenem que la part de "gestió" del servei ha d'estar integrada amb la part "tècnica" per tal de garantir que l'organització i el funcionament de l'equip i de les condicions en què treballa estan efectivament orientades a facilitar el compliment de la part "tècnica" de la prestació del servei d'atenció precoç.

Per aquest motiu entenem que no és suficient amb la figura de coordinador/a tècnic/a de l'equip, tal i com estableix la normativa legal vigent, sinó que cal disposar d'un/a director/a del servei que integri tots dos perfils: el tècnic i el de gestió.

La necessitat de singularitzar el paper de comandament del servei

Amb les dimensions d'aquests equips no és suficient dedicar una part de la jornada d'una de les persones professionals a la "coordinació tècnica" del servei. Exercir el comandament d'un dels nostres CDIAP requereix la singularització d'una persona que assumeixi la direcció i comandament de l'equip a jornada completa.

En conclusió, cal que cada CDIAP de l'IMPD disposi d'un/a director/a del servei per poder garantir una cultura tècnica compartida per tot l'equip i un funcionament

organitzatiu coherent amb la missió del servei que garanteixi els criteris establerts per una gestió de qualitat.

Missió i funcions del/de la director/a del CDIAP:

Missió

Dirigir l'equip especialitzat que integra un centre de desenvolupament infantil i atenció precoç en el qual es presten serveis i es realitzen processos tècnics d'un servei integrat, d'acord amb:

- La normativa legal vigent.
- Els estàndards i procediments per a una gestió de qualitat definits per la Generalitat de Catalunya per als CDIAP que formen part de la Xarxa Pública de Catalunya.
- Les directrius de l'IMPD, en general, i del/de la cap del Departament de Serveis de Vida Independent, en particular.
- Les necessitats plantejades per tal d'aconseguir l'adequat desplegament i resolució d'aquest servei i processos en termes d'eficàcia i qualitat.
- Les característiques i necessitats de la població dels territoris d'influència de cada CDIAP.

Això comporta, entre d'altres, el desenvolupament de les següents **funcions generals**:

- Direcció i supervisió del funcionament global del servei d'atenció precoç prestat, així com del funcionament, articulació i complementarietat dels diferents serveis que integra i que presten cadascuna de les disciplines que conformen l'equip interdisciplinari del servei.
- Direcció d'un equip de persones amb perfil tècnic i especialitzat, amb el requeriment d'una alta capacitat de comunicació i influència per desenvolupar-lo i motivar-lo, i d'un coneixement especialitzat del servei que presta un CDIAP.
- Avaluació de l'eficàcia, l'eficiència i la qualitat dels serveis prestats, el que comporta, entre d'altres, l'explotació, l'anàlisi i la valoració d'indicadors d'atenció, de procés i de càrregues de treball del personal al seu càrrec de manera habitual, així com l'elaboració d'informes sempre que se li requereixin i per pròpia iniciativa.
- Seguiment de les directrius del/de la cap del Departament de Serveis de Vida Independent de l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat amb qui despatxa de manera periòdica i estable.
- Seguiment i supervisió del grau d'acompliment dels procediments i estàndards de qualitat definits per a la prestació dels serveis d'atenció precoç d'un CDIAP de la Xarxa Pública, amb capacitat per introduir o proposar per la línia de comandament la implementació de les mesures correctores que calguin en cada moment i fer-ne el seguiment.
- Implementació i impuls en el funcionament i la programació anuals de les actuacions a realitzar pel CDIAP d'allò establert en aquest Model municipal.
- Representació tècnica del servei en totes les instàncies en les quals hagi de participar, tant del districte com d'àmbit de ciutat.

- Promoció i participació en l'elaboració dels protocols d'articulació del CDIAP amb altres serveis del districte definits en aquest Model municipal dels CDIAP de l'IMPD o d'altres que es puguin establir, així com garantir-ne la correcta implementació i fer-ne el seguiment.
- Relació amb proveïdors externs i altres operadors per dur a terme el control de serveis fruit de contractes, convenis o altres sistemes de col·laboració.
- Altres que se li puguin encarregar en relació amb les tasques directives del servei.

Perfil

El perfil de la figura de director o directora de CDIAP ha d'integrar una doble vessant:

- Tècnica.
- De gestió.

Perfil tècnic

- Ha de reunir les següents competències:
 - Tenir coneixements suficients del desenvolupament normatiu de l'infant i dels trastorns o alteracions del desenvolupament infantil.
 - Entendre què és l'atenció precoç i garantir l'encàrrec que rep un CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya.
 - Tenir les habilitats necessàries per fomentar un treball en equip interdisciplinari.
 - Tenir les qualitats i habilitats suficients per comandar un equip humà i, per tant, per potenciar al màxim les capacitats, habilitats i potencial de cada persona membre de l'equip i per minimitzar els seus punts febles.
 - Saber crear un clima de treball on l'eficàcia en la tasca a fer vagi acompanyada de creixement professional, cohesió grupal i transparència.
 - Saber transmetre a l'equip una visió global com a servei més enllà de les aportacions individuals.
 - Tenir les habilitats necessàries per instaurar i potenciar un treball en xarxa amb altres serveis.
- Ha de tenir una diplomatura o llicenciatura en qualsevol de les disciplines que integren l'equip interdisciplinari del servei, pertànyer a una disciplina que figuri al catàleg de llocs de treball de l'Ajuntament de Barcelona i ser funcionari/ària.

Perfil de gestió

- De personal.
- Administrativa.
- De l'equipament.
- D'indicadors.
- De representació institucional.
- De les incidències respecte de les infraestructures, proveïdors, etc.

3. Terapeuta ocupacional

La teràpia ocupacional és una professió regulada per la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (2.2.b). La Teràpia Ocupacional és un grau universitari de quatre cursos.

Es tracta d'una figura no prevista com a obligatòria ni com a recomanada en la normativa legal vigent, però cada cop sol·licitada per més CDIAP, i que s'ha demanat com a necessària en el context de la Xarxa de CDIAP de Barcelona. El Model municipal que aquí es defineix incorpora aquesta figura a l'equip interdisciplinari del servei.

Aquesta decisió obeeix a la necessitat de:

- Analitzar i identificar què és el que restringeix la participació de l'infant, ja sigui a causa de les seves dificultats, per la manera de dur a terme l'activitat o per l'existència de barreres en el seu entorn quotidià que li representen un obstacle a la seva participació.
- Intervenir perquè l'infant desenvolupi noves habilitats i/o recuperi activitats o capacitats perdudes i/o aprengui noves maneres de fer les coses, i per proposar sempre que calgui les adaptacions necessàries en el seu entorn quotidià per tal de convertir-lo en un entorn facilitador i, per tant, més inclusiu.

Tal i com defineix la teràpia ocupacional el Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya (COTOC) serveix per “desenvolupar, recuperar i mantenir la realització de les activitats quotidianes de la persona en el seu entorn. Així com per prevenir la disfunció”. O dit en altres paraules, el/la terapeuta ocupacional intervé per millorar la funció (acompanyar el desenvolupament de la persona) i, si no es pot millorar, adaptar l'activitat (tant la manera de dur-la a terme com l'entorn on es desenvolupa) per tal que la persona pugui seguir participant-hi de la manera més autònoma possible.

En una de les seves publicacions⁵⁷ el COTOC recull el glossari de conceptes clau, dels qual recollim els següents:

- [... **La ocupació**. Fa referència al conjunt d'activitats quotidianes que hom desenvolupa al llarg de la vida. Es poden classificar en activitats de cura personal (higiene, vestit, alimentació), activitats instrumentals (fer la compra, utilitzar el transport públic), activitats productives (feina, educació, voluntariat) i activitats d'oci.
- **Intervenció de teràpia ocupacional**. Fa referència al conjunt de teories, eines metodològiques i evidència científica aplicades a la situació única de cada persona per tal de millorar la seva autonomia.
- **Ús de l'activitat significativa**. Fa referència a la utilització d'activitats per a les quals la persona mostra un especial interès per tal d'assolir els objectius proposats al pla d'intervenció.

57. COTOC (2015). “La teràpia ocupacional quan, on i per a què”.

- **Autonomia.** És la capacitat de decidir, planificar, executar i valorar el conjunt d'activitats realitzades al llarg del dia i de la vida ...].

Marta Iglesias Campo resumeix molt bé la funció de la teràpia ocupacional en el context d'un CDIAP en un article publicat a la revista del COTOC:⁵⁸

[... La intervenció amb l'infant va dirigida a detectar en quines activitats té restringida la seva participació i quina n'és la causa, a valorar-ne el grau de funcionalitat, a treballar en l'adquisició del major grau d'autonomia possible (potenciant, recuperant o mantenint les seves capacitats) en el seu acompliment ocupacional i a afavorir el potencial individual de l'infant i de la seva família en el seu entorn proper a través d'activitats terapèutiques significatives i d'accions d'informació, suport, orientació i assessorament. No es treballen els components afectats de manera aïllada, sinó que es realitza una intervenció global tenint en compte totes les dimensions de la persona a través de l'activitat com a mitjà i com a fi del tractament. Quan no és possible la millora d'un component concret, la intervenció anirà dirigida a l'adaptació de l'entorn o a la manera de realitzar l'activitat.

La intervenció en l'entorn va dirigida a afavorir un entorn enriquidor, segur, accessible, adaptat i facilitador informant i assessorant la família i els contextos més immediats sobre les seves necessitats i sobre la incorporació de possibles adaptacions o productes de suport i minimitzant les possibles barreres que limitin la seva participació ...].

El Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Navarra va editar l'abril de 2014 un material titulat "La intervenció del Terapeuta Ocupacional en l'Atenció Precoç en Navarra", elaborat per un grup de treball amb l'objectiu de fer-lo arribar als Comitès de Persones Expertes creats a Navarra per al desenvolupament de les línies estratègiques del Pla de salut 2014-2020. S'hi defineix quina és la missió i funcions d'aquesta figura en el context de l'atenció precoç. A continuació reproduïm en cursiva una part del seu text per l'interès que pot tenir a l'hora d'explicar la incorporació d'aquesta figura als equips interdisciplinaris dels nostres CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris.

[... Els infants amb discapacitat tenen el risc d'una menor participació en les activitats diàries i a mesura que creixen tenen un risc més elevat d'una menor participació en les ocupacions de la persona adulta (Brown i Gordon, 1987).

La teràpia ocupacional en la infància persegueix promoure aquesta participació de l'infant en ocupacions significatives segons la seva edat i el seu context. D'aquesta forma els ajudem a créixer i desenvolupar-se, a comprendre les expectatives de la societat i a guanyar les habilitats necessàries per desenvolupar-se de la manera més autònoma possible a casa seva, a l'escola i a la comunitat.

El/La terapeuta ocupacional se centra no solament en la intervenció de les habilitats adaptatives del l'infant, sinó també en l'acompanyament i orientació a les famílies i en l'habilitació del seu context per tal de promoure el major grau d'inclusió i de participació possible de l'infant.

58. Marta Iglesias Campo. "L'ocupació en les primeres edats. Experiències de teràpia ocupacional en l'equip interdisciplinari d'un CDIAP". "La Revista del COTOC". Núm. 4, juliol de 2015. Barcelona.

El/La terapeuta ocupacional afavoreix que les intervencions que realitza puguin ser integrades per pares/mares o persones cuidadores en les rutines diàries de l'infant. Es parteix del coneixement que l'infant aprèn i es desenvolupa millor quan els aprenentatges es desenvolupen de forma natural en el seu entorn ...].

Es detallen, entre d'altres, les següents funcions:

En la fase de valoració diagnòstica inicial:

- [... Detecció de tot allò que és o podria ser un obstacle o una impossibilitat per al desenvolupament normal d'una activitat i, per tant, ocasiona disfunció ocupacional, és a dir, allò que posa límits a l'exercici d'una ocupació en conjunt o en part, de forma transitòria o permanent, per a una persona determinada. El/La terapeuta ocupacional identifica les capacitats, destreses i/o habilitats personals i les oportunitats dels contextos ocupacionals que permetin a les persones funcionar d'una forma el més autònoma i satisfactòria en les seves vides ...].

En la fase de tractament desenvolupa les següents funcions, entre d'altres:

- [... Potenciació, tant com sigui possible, de l'autonomia i independència dels infants en la realització de les **activitats de la vida diària (AVD)** com ara vestir-se/desvestir-se, neteja personal-higiene, alimentació i maneig dels estris escolars per tal que el desenvolupament personal sigui el més satisfactori i funcional possible.
- Facilitació de les **habilitats i destreses** motores, perceptivocognitives i socioafectives de l'infant a través del joc per aconseguir un desenvolupament harmònic i equilibrat.
- Realització de les **adaptacions** de les activitats que realitza l'infant com ara en la neteja personal, vestit, alimentació, deambular, joc i material escolar que afavoreixi la inclusió de l'infant en l'entorn que l'envolta, de manera que pugui vivenciar les seves accions i sentir-se'n autor o autora.
- Acompanyament a la **família i al seu entorn** sobre el maneig davant determinades circumstàncies i dels productes de suport i adaptacions necessàries eliminant o minimitzant les barreres existents que dificulten o impossibiliten l'autonomia de l'infant a la seva llar.
- **Seguiment** periòdic de l'infant per observar la possible evolució i valorar els assoliments en l'autonomia de les activitats de la vida diària i assessorar el/la pare/mare/persona cuidadora de les possibles modificacions en els hàbits i en les adaptacions realitzades ...].

A manera de resum i basant-nos en aspectes del Programa d'intervenció precoç a l'Estat d'Illinois (Estats Units), en allò referit a la teràpia ocupacional, esmentat en aquest material editat pel Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Navarra, podríem dir que:

- Les estratègies del o de la terapeuta ocupacional inclouen, entre d'altres: l'adaptació de l'activitat, l'adaptació de l'entorn, la facilitació de l'adquisició d'habilitats funcionals (components sensoriomotrius, cognitius, socioafectius, etc.), suport i acompanyament familiar, i la selecció, disseny i fabricació d'adaptacions per a promoure l'autonomia i el desenvolupament (fèrules, etc.).

- Com a àrees de la seva competència s'identifiquen les següents: l'acompliment ocupacional en les activitats de la vida diària (AVD), les activitats productives i d'oci, l'autoregulació, el desenvolupament psicomotriu, l'adaptació de l'entorn i de les activitats, així com la confecció de fèrules per a l'extremitat superior.

En funció de les necessitats de cada cas concret, el/la terapeuta ocupacional pot intervenir tant en l'entorn natural de l'infant (la seva llar, l'escola, el parc infantil on sol anar, etc.) com en entorns clínics destinats al desenvolupament i l'atenció precoç.

Això no vol dir que la resta de figures que integren l'equip interdisciplinari no intervinguin també en l'entorn natural: la coordinació entre professionals i l'observació directa de l'infant en l'entorn escolar o a la seva llar és un element clau en la fase de valoració diagnòstica inicial o en el seguiment de l'evolució de l'infant durant la fase de tractament. Però no és l'entorn habitual on porten a terme el tractament individualitzat/familiar que pertoqui a cada cas en funció del pla d'atenció terapèutica acordat amb la família.

El/La terapeuta ocupacional pot ser professional referent d'un cas.

4. Funcions i perfil de dues figures: personal administratiu i psicomotricista

Personal administratiu

L'administratiu/iva és una figura important dins l'equip i en el funcionament d'un CDIAP. És qui estableix el primer contacte amb les famílies que fan demanda d'atenció per al seu fill o filla i ofereix la primera imatge que tindran del servei. La seva relació serà continuada al llarg del procés d'atenció ja que assumeixen, entre altres funcions, la recepció del servei i l'atenció telefònica de la centraleta.

És també una figura important com a membre de l'equip que interactua amb totes les persones que l'integren i que realitza una sèrie de tasques necessàries perquè el servei funcioni correctament.

En conseqüència, hem considerat necessari definir les seves funcions i perfil en el context d'aquest Model tal i com figuren desenvolupades a l'Annex 1 d'aquest document.

Psicomotricista

La normativa legal vigent, en definir la composició de l'equip interdisciplinari d'un CDIAP, preveu la figura de **psicomotricista** que, [... tot i no ser obligatòria, sí que és recomanable atès el ventall d'edat dels infants atesos ...].

Els nostres CDIAP disposen de professionals de la psicomotricitat des del 2016 a Ciutat Vella i des del 2017 a Nou Barris. Calia definir les seves funcions, perfil i encaix dins l'equip ja que, a diferència del que succeeix amb les figures definides com a obligatòries dins l'equip interdisciplinari d'un CDIAP, no hi ha cap document de la

Generalitat que ho faci. És per aquest motiu que ho hem fet en el context del Model, tal i com queda recollit a l'Annex 2 d'aquest document.

5. L'encaix del treball social dins l'equip interdisciplinari del servei

Les funcions, perfil i formació de la disciplina del treball social en el context d'un CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya estan definits al document de la Generalitat de Catalunya elaborat per un grup de persones expertes.

A la disciplina del treball social li pertoca garantir la “perspectiva social” en el conjunt de la mirada bio-psico-social que ha de garantir l'equip interdisciplinari del CDIAP. Aquesta és la seva aportació específica en el conjunt de disciplines que conformen l'equip del servei.

La realitat, però, és que la figura del treball social no sempre troba l'encaix adequat dins l'equip interdisciplinari d'un CDIAP. Costa delimitar el camp de treball d'aquesta disciplina en el context d'un CDIAP. Pot ser que, en aquest cas, la transdisciplinarietat s'ha imposat en detriment de la interdisciplinarietat, de manera que la “mirada social” és compartida per tothom i l'aportació específica del treball social a l'equip interdisciplinari no troba l'espai adequat. Sovint és difícil que la resta de l'equip entengui les seves funcions i les inclogui en els casos necessaris a partir de detectar i comprendre la problemàtica social.

Calia avançar en aquesta definició i encaix del treball social dins l'equip interdisciplinari i aquest ha estat l'objectiu que ha inspirat el document que figura a l'Annex 3 d'aquest document.

4.3. Criteris de dedicació i de distribució de temps

Les prioritats definides a la tercera part d'aquest document han de tenir una traducció en temps de dedicació per part del servei. Així, en el context d'aquest Model s'estableixen els criteris de distribució del temps que figuren a continuació.

Criteris generals

Univers. Total d'hores disponibles dels i les professionals que integren l'equip que proporciona atenció terapèutica a infants, famílies i entorn. Parlem dels i les professionals del treball social, neuropediatria, logopèdia, fisioteràpia, psicologia, psicomotricitat i teràpia ocupacional.

Criteris per nivell d'intervenció

Taula. Criteris per nivell d'intervenció (%)

Atenció a infants i famílies	75%
• Atenció individual/familiar: 45% • Atenció grupal: 30%	
Intervenció comunitària de prevenció primària i secundària	20%
Intervenció comunitària de presència i participació en la xarxa territorial i sectorial de serveis	5%
Total	100%

Criteris per tipus d'atenció

Taula. Criteris per tipus d'atenció (%)

Directa a infants/famílies/entorn	60%
Indirecta	40%
• Preparació prèvia a cada sessió de cas, grup o projecte. • Registre, informació i elaboració d'informes, projectes i memòries. • Coordinacions internes i externes i assessoraments puntuals o estables entre professionals per a cada cas i per a cada projecte (presencials, telemàtiques, telefòniques). • Gestions. • Espais interdisciplinaris i per perfil professional de treball conjunt i de reflexió detallats en aquest mateix capítol. • Formació. • Altres.	
Total	100%

Aquestes proporcions s'apliquen sobre el total d'hores disponibles dels i les professionals que integren l'equip terapèutic de cada CDIAP, no sobre cada professional concret, de manera que hi pot haver professionals que dediquin proporcions superiors o inferiors del seu temps a un o altre nivell o tipus d'intervenció respecte de les establertes aquí.

4.4. Estàndards i procediments de qualitat que volem millorar

El sistema definit per la Generalitat per a l'acreditació de la qualitat dels serveis d'atenció precoç de Catalunya estableix una sèrie d'estàndards i de procediments, alguns dels quals volem millorar en el context del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD en considerar que tenen una repercussió important en la qualitat de l'atenció a l'infant i la família.

Pel que fa als indicadors

Indicador 1. Demora en l'entrevista d'acollida

Criteri de qualitat segons l'acreditació

[... L'entrevista d'acollida s'ha de realitzar abans dels 30 dies a comptar a partir de la data en què la família fa demanda d'atenció (trucada o primer contacte) **en infants de 0 a 12 mesos o que estiguin en una situació d'afectació greu ...**].

Millora en el context del Model

L'entrevista d'acollida s'ha de realitzar **en tots els casos i sense excepció** en un termini màxim de 30 dies naturals des que la família fa demanda d'atenció.

Indicador 2. Demora de visita diagnòstica

Criteri de qualitat segons l'acreditació

[... En el 80% dels casos la primera visita diagnòstica s'ha de realitzar abans de **90 dies** després de la signatura de la sol·licitud d'atenció per part de la família ...].

Millora en el context del Model

El temps màxim entre la visita d'acollida (que es fa coincidir amb la signatura prèvia de la sol·licitud d'alta al servei per part de la família) i la primera visita diagnòstica ha de ser **en el 100% dels casos d'un màxim de 45 dies**.

Indicador 3. Duració del procés de valoració diagnòstica inicial

El procés de valoració diagnòstica inicial comença amb la primera visita diagnòstica i finalitza amb la realització de l'entrevista de devolució a la família (representants legals) en la qual es proposa i acorda un pla d'atenció terapèutica.

Criteri de qualitat segons l'acreditació

No hi ha definit cap **criteri de qualitat** que determini la duració màxima d'aquesta fase del procés d'atenció.

Millora en el context del Model

Com a criteri general es valora que cal acotar la duració d'aquest procés i s'estableixen dos criteris amb caràcter complementari:

- **Termini màxim** per a la realització del procés diagnòstic **de 90 dies en el 100% dels casos**.

- Un **nombre màxim de sessions per a cada disciplina** que participi en el procés de valoració diagnòstica inicial, segons:
 - 1 visita en el cas que calgui la valoració diagnòstica de neuropediatria (se'n pot fer una segona en el cas de demanar proves complementàries per poder fer la valoració).
 - 3 visites màxim quan en el procés de valoració diagnòstica hi participin les disciplines de psicologia, fisioteràpia, logopèdia, psicomotricitat, teràpia ocupacional i/o treball social.

Indicador 4. Demora en l'inici de l'atenció terapèutica de tractament

Criteri de qualitat segons acreditació

[... En el 80% dels casos l'atenció terapèutica de tractament ha d'iniciar-se abans dels 30 dies després de l'entrevista de devolució a la família ...].

Millora en el context del Model

El temps màxim entre l'entrevista de devolució a la família i l'inici de la fase de tractament ha de ser en el **100 % dels casos** d'un màxim de 30 dies.

Aplicant les millores del Model en aquests quatre indicadors, d'ordinari i sempre que la família vingui a les visites concertades i no hi hagi altres factors sobrevinguts, **el període màxim transcorregut entre la data de sol·licitud d'atenció per part de la família i l'entrevista devolutiva** un cop finalitzada la valoració diagnòstica inicial seria **d'un màxim de 165 dies, que en mesos serien 5 mesos i mig, aproximadament.**

Cal dir que l'atenció terapèutica i d'ajuda s'inicia des del mateix moment en què es realitza l'entrevista d'acollida. La primera visita ja pot ser terapèutica només pel fet de posar en marxa la capacitat del pare i de la mare (o tutor/a) de reconèixer, compartir i donar valor a allò que els preocupa i que potser no s'havien parat a pensar o al fet que no se'ls ha escoltat prou.

Des del primer moment es pot ajudar la família acostant-s'hi i acompanyant-la en la seva preocupació i en com veuen el que li passa al seu fill o filla, a reconèixer la mirada de la família, generalment interessada a ajudar el seu fill o filla i basada en l'estimació. Al llarg del procés de valoració diagnòstica també es poden donar certes indicacions o fer aclariments en allò que el/la terapeuta veu clar malgrat no tenir encara una valoració diagnòstica inicial completada.

Però cal anar amb compte perquè si ens accelerem, si volem dir moltes coses abans d'entendre el que passa (el que passa a l'infant i el que passa a la família), la nostra intervenció pot entorpir en lloc d'ajudar. La família vol ajudar el seu fill o filla, però moltes vegades li costarà acceptar el que passa i aquest serà un procés en què els hem d'ajudar. És el procés de conèixer i comprendre el seu fill o filla tal com és i aprendre com tractar-lo per afavorir el seu desenvolupament. Serà un procés que pot ser llarg si el problema és greu o curt si no ho és i la família desplega aviat els seus propis recursos.

Aquest procés terapèutic d'ajuda comença amb l'entrevista d'acollida i forma part de tot el procés d'atenció fins que l'infant es dona de baixa al CDIAP.

Pel que fa als procediments

Els CDIAP fem protagonistes els infants. No solament treballem “per a” l'infant sinó “amb” l'infant.

Hi ha, però, espai de millora per incorporar la veu, la participació i la mirada de l'infant. Tal i com ens diu Gerison Lansdown,⁵⁹ encara s'està molt lluny de fer realitat aquesta participació en la petita infància tot i els avenços per incorporar la participació dels infants en les polítiques públiques, la planificació i el funcionament dels serveis des que l'Assemblea General de Nacions Unides va aprovar la Convenció sobre els Drets de l'Infant.

Així ens trobem que l'acreditació de qualitat dels CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya no sempre posa l'infant al centre com a subjecte de l'atenció que rep. Per exemple:

Quan s'estableix el procediment d'acollida es donen una sèrie d'indicacions en relació amb la família, però en cap moment de l'acreditació es parla de la benvinguda i acollida que s'ha de donar a l'infant: què cal garantir, quan i com fer-la en funció del moment evolutiu de l'infant, de la seva realitat, etc.

En un CDIAP es té molta cura d'acollir la família per tal que pugui ajudar el seu fill o filla a anticipar què es trobarà quan vingui al servei, de manera que el pugui imaginar com un espai on podrà jugar, se sentirà acollit/ida, respectat/ada i escoltat/ada. Tot i això, sempre cal preguntar-se què podem millorar.

Millora en el context del Model

- Incorporar indicacions que cal tenir en compte en el procediment d'acollida i benvinguda a l'infant.
- Dissenyar, si escau, suports específics (contes, imatges, etc.).

L'acreditació incorpora com un requisit per al CDIAP la incorporació de procediments per conèixer la satisfacció de les famílies respecte del servei prestat i també per conèixer la satisfacció del seu personal. Però no considera la satisfacció de l'infant, tot i que un CDIAP treballa amb infants fins els sis anys i que els infants tenen capacitat per entendre i donar la seva opinió sobre allò que els afecta des de ben petits. El que difereix és la manera com interpel·lar-los en funció de la seva edat, nivell de comprensió i capacitat de comunicació. I així ho demostren estudis i experiències diverses que han incorporat l'opinió d'infants de molt curta edat per abordar temes molt diversos i, fins i tot, complexos.

59. Gerison Lansdown (2005). “¿Me haces caso? El derecho de los niños pequeños a participar en las decisiones que los afectan”. “Cuadernos sobre el Desarrollo Infantil Temprano”. Núm. 36s. La Haya: Bernard van Leer Foundation.

Millora en el context del Model pel que fa a l'infant

Incorporar procediments i facilitar als equips terapèutics les eines que siguin necessàries per conèixer al final del tractament quin és el grau de satisfacció dels infants respecte de l'atenció que han rebut al CDIAP. Aquestes eines i procediments hauran de ser adequats a cada edat, nivell de comprensió i de comunicació dels infants atesos en un CDIAP.

Millora en el context del Model pel que fa a la família

A més a més que a la sala d'espera de cada CDIAP les famílies disposin d'impresos per expressar les seves queixes, propostes i suggeriments o agraïments, **s'establirà un doble sistema per conèixer el grau de satisfacció de les famílies amb l'atenció rebuda:**

- En la penúltima visita abans de donar de baixa el cas, el/la professional referent lliurarà a la família un **qüestionari de satisfacció en el seu idioma** per tal que el puguin emplenar amb privacitat i l'introdueixin a la bústia quan vinguin a l'última visita amb el CDIAP.

L'IMPD ha de confeccionar aquest qüestionari i garantir que en cada CDIAP se'n disposa de traduïts als idiomes més freqüents de la població atesa.

La direcció del CDIAP elaborarà informes trimestrals i anuals amb l'anàlisi quantitativa i qualitativa de les aportacions i respostes contingudes en els escrits recollits a la "bústia de queixes, propostes i suggeriments o agraïments", tot diferenciant les respostes als qüestionaris de satisfacció respecte del servei lliurat al final del tractament. Aquests informes es lliuraran a l'equip i a la o el cap del Departament de Serveis de Vida Independents de l'IMPD.

A més de servir per fer aquesta anàlisi, cada qüestionari de satisfacció d'un cas concret es passarà també a la o el professional referent del cas perquè en tingui coneixement i al de l'equip interdisciplinari del cas, i serà arxivat en l'expedient físic en suport paper juntament amb la resta de la documentació.

- **Anualment es realitzarà una enquesta de satisfacció de caràcter anònim.** Es dissenyarà el procediment a seguir a partir de l'experiència en altres serveis socials on s'han realitzat aquest tipus de consultes i tenint en compte les característiques específiques d'un CDIAP. En qualsevol cas, es tracta de proposar a les famílies contestar amb caràcter anònim unes preguntes sobre la seva satisfacció amb l'atenció rebuda.

Amb el total de qüestionaris contestats l'empresa contractada per passar aquesta enquesta elabora un informe que lliura a l'IMPD.

En els procediments d'atenció es preveu, si escau, la signatura per part de les persones responsables de l'infant del protocol d'autorització d'ús d'imatge (Direcció General de Protecció Social), però no és dona cap indicació respecte que sigui necessari el consentiment informat (de manera entenedora) i explícit de l'infant per obtenir i utilitzar fotos o filmacions d'ell o ella.

Millora en el context del Model

Incorporar indicacions sobre el consentiment informat de l'infant per obtenir i utilitzar fotos o filmacions on surti.

4.5. Els espais interdisciplinaris de treball conjunt i de reflexió

Sumari

1. A cada CDIAP

- Reunió de l'equip interdisciplinari del servei
- Sessió clínica
- Supervisió tècnica externa
- Jornada de revisió i programació anual

2. Per als dos CDIAP de l'IMPD, conjuntament

- L'espai de reflexió ètica
-

En aquest apartat desenvolupem els espais presencials de treball interdisciplinari que, en el context d'aquest Model municipal dels CDIAP de l'IMPD, considerem necessaris.

De la mà de les tecnologies disposem també d'espais virtuals de comunicació col·lectiva, però entenem que aquests són suports adequats que reforcen, però no substitueixen, el debat i la presa de decisions feta de manera presencial en espais interdisciplinaris.

A la tercera part d'aquest document hem vist com la interdisciplinarietat és una necessitat i un requisit per poder entendre i intervenir en una realitat que és complexa; per poder garantir la integració de les mirades bio-psico-social, per aconseguir una visió global i integradora de les necessitats de l'infant i la seva família, i del paper que juga l'entorn de cada infant.

Però és una necessitat també per evitar que les decisions es prenguin des de les ètiques professional i personal i no des de l'ètica organitzacional, donant pas a l'arbitrarietat en tant que en un mateix servei i davant una mateixa situació cada professional pot donar respostes diferents i, per tant, aquell servei no procedeix de manera justa i equitativa.

Per evitar l'arbitrarietat en la prestació del servei cal que la institució garanteixi una sèrie de mesures, una de les quals és **dotar els equips d'espais per a la reflexió i el debat i per a la presa de decisions** sobre la pròpia pràctica i sobre els reptes que planteja l'atenció de situacions sovint complexes i canviants, davant les quals cal garantir l'existència de criteris compartits més enllà de l'aplicació dels protocols disponibles.

En el context d'aquest Model es defineixen com a necessaris els següents espais de treball interdisciplinari de servei.

A cada CDIAP

Reunió de l'equip interdisciplinari del servei

Hi participa tot l'equip del servei.

La convoca i condueix la direcció del CDIAP.

Té caràcter informatiu i també executiu perquè, quan cal, s'estableixen acords que són vinculants.

Té una periodicitat setmanal i una duració màxima de tres hores, estructurades en dues parts clarament diferenciades:

Una part de temàtica general d'un màxim d'1 hora setmanal on es tractaran els temes referits als següents objectius:

- **Abordar temes organitzatius i de funcionament** d'interès de l'equip o d'una part d'ell. Per exemple, temes de personal, vacances, distribució d'espais, proposta de modificació de criteris generals d'assignació de casos, visites d'altres serveis al CDIAP, etc.
- **Compartir informació d'interès de tot l'equip**, analitzar-la, recollir l'opinió de tothom i prendre decisions d'equip quan calgui.
Aquest seria l'espai a utilitzar, per exemple, quan després de finalitzar una formació sigui d'interès compartir conclusions i/o materials que queden a disposició de la resta de l'equip del servei.
- **Pel que fa a la intervenció comunitària realitzada i els projectes específics en marxa:** compartir informació d'interès per a l'equip, informar de demandes o propostes rebudes per tal de decidir la resposta a donar com a servei, i plantejar aspectes pel debat i/o la presa de decisions de l'equip interdisciplinari del servei quan es consideri convenient.
- **Pel que fa als protocols existents d'articulació del CDIAP amb altres serveis del territori (CSMIJ, EAP o altres):** de manera global valorar com han funcionat i fer propostes de millora quan calgui, i analitzar situacions concretes quan sigui pertinent.

Una part d'un màxim de 2 hores on es tractarà dels temes referits als casos atesos. Aquest espai diferenciat tindrà com a objectiu analitzar i prendre decisions respecte de:

- La proposta que fa “l'equip interdisciplinari de cada cas” a “l'equip interdisciplinari del servei” quan finalitza la valoració diagnòstica inicial i abans de fer l'entrevista devolutiva a la família sobre:
 - Quina és la valoració diagnòstica a la qual han arribat.
 - Si consideren o no idònia la continuïtat de l'atenció del cas al CDIAP.

- Quin hauria de ser el pla d'atenció terapèutica que consideren necessari en aquell cas i el que es considera viable en funció tant de les característiques del cas com del que pot oferir-li el servei en cada moment.
- Dubtes en l'aplicació en casos concrets dels criteris establerts (i acordats conjuntament pels equips interdisciplinaris de tots dos CDIAP) respecte de l'assignació de les altes per realitzar la valoració diagnòstica inicial (disciplines que han de participar en cada cas en funció de la demanda i la informació disponible, i professionals concrets assignats).
- Propostes de canvi en el pla d'atenció terapèutica acordat per "l'equip interdisciplinari **del servei**" en els casos que ho consideri convenient "l'equip interdisciplinari **del cas**" que estigui realitzant la intervenció de tractament.
- Proposta de posada en marxa de nous grups terapèutics no previstos en la programació inicial del servei.

Aquestes dues parts de la reunió de "l'equip interdisciplinari del servei" podran fer-se de manera consecutiva o, per separat, en dies diferents. També hi ha la possibilitat d'agrupar la part dedicada a **temàtica general** en dues hores seguides amb periodicitat quinzenal. La part de la reunió de "l'equip interdisciplinari del servei" referida a **casos atesos** es realitzarà sempre amb periodicitat setmanal.

Aquestes seran decisions a prendre a la Jornada de revisió i programació anual del servei que s'explica més endavant en aquest mateix apartat.

Sessió clínica

Hi participa l'equip terapèutic del servei.

La convoca i modera la direcció del CDIAP.

Té caràcter deliberatiu per ajudar a pensar, aportar idees, perspectives i suggeriments útils per a la intervenció en la situació, cas o projecte que es presenta.

No és un espai executiu, tot i que, excepcionalment, s'hi puguin establir acords.

Té per objectiu aprofundir en un cas concret, en un projecte d'intervenció determinat (grup/comunitari de prevenció primària o secundària/comunitari de presència i participació en la xarxa territorial) o en una situació quan qualsevol membre de l'equip fa una demanda d'anàlisi conjunta per part de "l'equip interdisciplinari **del servei**" que requereix dedicar més temps del disponible en el context de la reunió d'equip que acabem de descriure. La sessió clínica s'utilitzarà sempre i quan es valori que no cal també la mirada d'una persona experta externa (supervisor/a).

Té caràcter setmanal i una duració màxima d'una hora.

D'ordinari es presenta un únic cas, projecte o situació. Màxim dos.

És un espai planificat, el que significa que:

- S'ha de saber amb antelació de què es parlarà. Per tant, es comunicarà a la direcció del CDIAP l'interès a portar un determinat tema en aquest espai.
- Qui el presenta l'ha de portar preparat.

Supervisió tècnica externa

Hi participa l'equip terapèutic del servei.

[... Cal tenir en compte que al CDIAP s'atén una franja d'edat molt sensible i vulnerable de la vida de l'infant i la seva família. Les alteracions que es donen en el procés del desenvolupament de l'infant poden generar un gran malestar en tota la família, malestar que arriba a la persona professional que els atén. La relació terapèutica que s'estableix és una experiència emocional i cognitivament intensa ja que connecta amb el dolor, l'angoixa i la incertesa, així com amb la il·lusió, l'afecte i les capacitats dels infants i de les famílies. És important que els i les terapeutes tinguin una actitud empàtica i propera, però sense confondre's amb el que els passa als pares i sense reaccionar excessivament. Els i les terapeutes han de tenir la capacitat de mantenir la necessària distància que asseguri la suficient objectivitat i que els i les ajudi a entendre el que els està passant a l'infant i als pares ...].⁶⁰

Aquesta realitat fa imprescindible la incorporació d'espais d'aprenentatge i reflexió compartida, de mecanismes de reflexió conjunta per tal d'assegurar l'eficiència tècnica, ja que qualsevol professional, independentment de la seva veterania i experiència, està exposat/ada a la subjectivitat, a l'afectació, a l'excessiva implicació, al desgast i impacte personal, o a altres dificultats tècniques.

La supervisió tècnica externa es concreta en una mirada externa des d'un saber professional reconegut que treballa des d'una posició de fora de l'organització per donar elements per ressituar al o a la professional en la seva relació assistencial, i a l'equip de professionals en la seva evolució entorn a les intervencions amb les persones ateses (individual i/o grupal).

La supervisió externa és un espai d'aprenentatge i reflexió compartida que:

- Ajuda cada professional i l'equip interdisciplinari del servei a sortir de la seva subjectivitat (ajuda a analitzar la tasca en la qual estan implicats/ades).
- Ajuda a expressar les dificultats, interrogants i a posar límits.
- Aporta elements per desbloquejar situacions de cronicitat i multiintervenció.
- Orienta sobre noves vies d'intervenció tècniques, metodològiques i/o d'enfocament del cas i/o de la dinàmica grupal. No aporta solucions ni presa de decisions.
- Facilita la construcció d'una cultura tècnica comuna.

60. Rafael Villanueva Ferrer (2017). "Marc teòric de referència que orienta l'atenció que proporcionen els nostres CDIAP de l'IMPD". Document elaborat en el context del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD.

En el context d'aquest Model s'estableixen dos tipus de supervisió:

- **Supervisió de casos:** es tracta d'un espai plenament consolidat als CDIAP de l'IMPD que té una periodicitat mensual (onze mesos l'any) amb una duració per sessió que oscil·la entre un mínim de 90 minuts i un màxim de 2 hores.
- **Supervisió de la intervenció grupal:** aquest espai de supervisió es crea de nou en un moment en què la intervenció grupal està plenament consolidada als dos CDIAP. Es garantiran un màxim de 20 hores anuals. També es podran fer supervisions compartides entre tots dos CDIAP per projectes o per tipologia de projectes, o per qualsevol altre criteri en funció dels interessos i necessitats dels i les professionals que portin els grups.

Aquesta supervisió no tindrà caràcter periòdic sinó que estarà centrada en moments concrets que cada CDIAP determini, o en funció de dificultats sorgides al llarg de la intervenció i que es valori que la supervisió tècnica externa pot aportar elements útils per abordar-les.

Un dels aspectes al qual donarà suport aquesta supervisió és el sistema d'avaluació de processos i de resultats de la intervenció grupal aplicada a cada projecte grupal concret.

Jornada de revisió i programació anual

Hi participa tot l'equip del servei.

Es realitza la última setmana de juny en horari de matí i tarda (9,30 a 18,30 hores). Comporta el tancament del servei aquell dia.

La convoca i condueix la direcció del CDIAP conjuntament amb la/el cap del Departament de Serveis de Vida Independent de l'IMPD.

Té caràcter executiu ja que l'anàlisi i la informació que es comparteix està orientada a la presa de decisions. Les prioritats de futur que es defineixen en les conclusions de la Jornada s'elevaren per la via de comandament al o la cap de Coordinació i Estratègia de l'IMPD per a la seva aprovació.

L'objectiu d'aquesta jornada és valorar "on estem i què hem fet" en el darrer any i "què volem fer i on volem arribar" en el següent període anual, i decidir quines seran les prioritats i actuacions que es volen proposar a partir de l'anàlisi de la informació prèviament seleccionada amb aquesta finalitat.

Té la missió d'aportar una visió global en el context d'un any a partir de l'anàlisi de la informació sistematitzada per objectivar els aspectes que ho requereixen.

Es comença a preparar al mes de març/abril i en la preparació hi participa tot l'equip.

L'estructura de la jornada ha de respondre les següents qüestions:

I. El territori: algunes dades clau per a una visió global en relació amb la població potencial i població atesa, serveis derivadors i accessibilitat.

II. Pel que fa a l'equip

- Quins som: dotació actual de l'equip en el període analitzat.
 - Quins serem: l'equip previst per al proper any.
-

III. Pel que fa a l'activitat

- Què hem fet?
 - Descripció global:
 - » Intervenció individualitzada/familiar.
 - » Intervenció grupal.
 - » Intervenció comunitària de prevenció primària i secundària.
 - » Intervenció comunitària de presència i participació en la xarxa territorial i sectorial de serveis.
 - Quina valoració en fem?: identificació dels principals punts forts i punts febles.
 - Què volem fer i on volem arribar?
 - Què volem millorar?
 - Què incorporem, incrementem o potenciem de les prioritats que defineix el Model municipal?
 - Quina intervenció grupal proposem fer el curs vinent (continuitat/innovació)?
 - Quina intervenció comunitària proposem fer el proper període (continuitat i innovació):
 - » De prevenció primària i secundària.
 - » De presència i participació en la xarxa territorial i sectorial de serveis.
-

IV. Pel que fa a l'organització interna del servei

- Què volem millorar de cara al proper període anual?
 - Respecte del procés d'atenció i el que estableixen els estàndards d'una gestió de qualitat de l'acreditació i del Model municipal.
 - Respecte del treball en equip:
 - » Per facilitar el treball en equip interdisciplinari dels casos i dels projectes grupals i comunitaris.
 - » Els espais de l'equip interdisciplinari del servei.
 - » La supervisió tècnica externa (continuitat/innovació).
 - Respecte d'altres temes organitzatius que calguin en cada moment (horaris, etc.).

Les conclusions de la Jornada amb les propostes de millora que es volen implementar, i que caldrà elevar per la línia de comandament de l'IMPD per a la seva aprovació, es recolliran per escrit per tal de garantir la memòria sobre els acords presos.

La preparació prèvia de la Jornada

- Període de preparació de la Jornada: segon trimestre de l'any (abril-juny).
- Com a base per a l'anàlisi de cada jornada s'utilitzarà, entre d'altres, la següent documentació:
 - Memòria anual enviada a la Generalitat a partir de l'aplicació informàtica e-UCCAP.
 - Les dades dels "Indicadors per Direcció i Gerència" d'explotació automatitzada de l'e-UCCAP.
 - "El Territori. Dades sobre la població potencial i la població atesa, els serveis derivadors i l'accessibilitat al servei" de l'any anterior, elaborat pel Departament de Recerca i Avaluació de l'Àrea de Drets Socials.
 - "Intervenció grupal i comunitària als CDIAP de l'IMPD" elaborat el primer trimestre del curs ja finalitzat en el moment de fer la Jornada.
 - Informe anual elaborat per la direcció de cada CDIAP sobre "L'opinió de les persones de l'equip: propostes de continuïtat i propostes de millora del servei".⁶¹
 - Informes anuals de satisfacció de les famílies ateses: elaborat per la direcció de cada CDIAP a partir de les respostes obtingudes al qüestionari que es lliura al final del tractament i l'informe elaborat per l'empresa contractada un cop l'any per passar un qüestionari voluntari i anònim de satisfacció a la sortida de cada CDIAP.⁶²
 - Informe bianual sobre el "Grau de satisfacció en el servei de les persones de l'equip" elaborat pel Departament de Planificació i Avaluació de l'IMPD a partir de les respostes obtingudes al qüestionari enviat cada dos anys amb aquesta finalitat.⁶³

Aquesta documentació ha de servir de base per objectivar l'anàlisi no solament respecte d'"on estem i què hem fet", sinó sobre quines han de ser les prioritats per al curs següent o, dit en altres paraules, "què volem fer i on volem arribar".

- La preparació de la jornada ha de ser conduïda per la direcció del centre i hi participarà tot l'equip, ja sigui a través de comissions de treball o de la metodologia que es determini.

61. Vegeu l'apartat "L'opinió de les persones que integren els equips" en aquest mateix capítol.

62. Vegeu l'apartat "Estàndards i procediments de qualitat que volem millorar" en aquest mateix capítol.

63. Vegeu l'apartat "L'opinió de les persones que integren els equips" en aquest mateix capítol.

Per als dos CDIAP de l'IMPD, conjuntament

L'espai de reflexió ètica

Cal disposar d'un espai de reflexió ètica respecte de la nostra intervenció i respecte dels reptes que planteja una realitat sovint complexa i pluralment moral en què cal afrontar dilemes, dubtes i conflictes també des d'una perspectiva ètica.

Es tracta d'un espai que aporta eines per a una atenció més justa i equitativa. És per aquest motiu que es posa en marxa aquest espai per primera vegada i que s'adreça de manera conjunta a tots dos CDIAP per tal de contribuir a la construcció i l'enfortiment d'una ètica organitzacional compartida.

En el sistema català de serveis socials existeixen "espais de reflexió ètica" des de fa alguns anys en l'àmbit de la gent gran i també dels serveis que formen part del sistema de protecció a la infància i l'adolescència (EAIA, CRAE, etc.).

Un espai de reflexió ètica **és**:

- Un espai de reflexió entre iguals.
- En el qual s'aborden temes diversos sempre des de la perspectiva de l'ètica: situacions que generen dilemes ètics, problemes o dificultats de límits entre diferents professionals, o també que serveixen per anticipar com gestionar determinats conflictes abans que arribin.
- Es busca contribuir a la construcció i l'enfortiment d'una ètica organitzacional, trencant amb certes visions personals acríticament assumides. Es gestiona l'arbitrarietat sense deixar mai sola la persona professional.
- Tothom que hi participa ho fa per voluntat pròpia i després de rebre una formació prèvia de 20 hores, on s'ensenya el mètode de la deliberació, entre altres aspectes. Qui hi participa assumeix un doble compromís: l'assistència i la preparació de les sessions que, en principi, seran trimestrals.
- Està constituït per un mínim de 5 persones.
- Té caràcter interdisciplinari: pot participar-hi qui vulgui però cal que sigui interdisciplinari i que la diversitat de figures i disciplines estigui reflectida en el tipus de servei de què es tracti.
- Aquests espais compten amb una estructura amb dues figures que tenen funcions diferenciades: la presidència i la secretaria, ja que cal recollir les aportacions i reflexions que es facin.

Un espai de reflexió ètica **no és**:

- Una supervisió tècnica realitzada per una persona experta externa. En l'espai de reflexió ètica el paper de la persona externa –quan n'hi ha, com així ho volem en el nostre cas– consisteix a aportar el seu saber respecte del mètode de la deliberació i de la mirada ètica respecte d'allò que motiva la reflexió i el debat col·lectiu. No té perquè tenir expertesa en el tipus de situacions objecte de l'atenció d'aquell servei. Són espais de reflexió diferents i complementaris.

4.6. Els espais de coordinació i de reflexió per perfil professional

Disposar d'espais interdisciplinaris de treball conjunt i de reflexió no és suficient. Cal enfortir també els espais de coordinació i de reflexió per perfil professional. I això per diferents raons:

Pel que fa a l'equip terapèutic del CDIAP

En el context d'aquest Model entenem per equip terapèutic l'integrat per les disciplines del treball social, neuropediatria, logopèdia, fisioteràpia, psicologia, psicomotricitat i teràpia ocupacional.

Treballar amb una metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari requereix, entre d'altres, enfortir la pròpia disciplina per enfortir l'equip aportant aquesta mirada específica:

El Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i l'IMPD estableix que totes les actuacions en els àmbits de la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament de trastorns en el desenvolupament, de la criança i de la prevenció de situacions de risc "seran realitzades amb la metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari".

La interdisciplinarietat no és suficient per poder assegurar la integració de les mirades bio-psico-social. Cal assolir, a més, la transdisciplinarietat. Un tret definitori de l'atenció precoç és justament que requereix que es treballi en equip interdisciplinari però, al mateix temps, també és necessari que cada professional i disciplina de l'equip d'un CDIAP incorpori coneixements de la resta de disciplines i professionals per assolir una atenció el més global possible.

És cert que hi ha el risc de confusió entre rols de disciplines diferents. Per això cal estar alerta per evitar que l'exercici de la transdisciplinarietat pugui portar a la indiferenciació entre disciplines. És per això que un dels reptes en utilitzar la metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari és enfortir la pròpia disciplina per enfortir l'equip interdisciplinari aportant aquesta mirada específica.

A l'equip interdisciplinari hi ha disciplines que compten amb un/a únic/a professional:

Quan això passa és més difícil assegurar l'especificitat de la mirada d'aquella disciplina que acabem de reclamar i, al mateix temps, pot resultar més complicat fer sentir la seva veu en un equip on la majoria de les disciplines compten amb dos o més professionals.

Certament els arguments i l'especificitat que aporta cada disciplina davant un cas o una situació concreta no haurien d'estar condicionats pel nombre de professionals que l'exerceixen, però tant la transdisciplinarietat com les dinàmiques d'un equip nombrós com són els que els districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris necessiten, poden significar una dificultat afegida per assegurar la mirada específica de la pròpia disciplina quan aquesta és exercida per un/a únic/a professional.

Pel que fa a les altres figures que integren l'equip del CDIAP: personal administratiu i direcció

En aquest cas no es tracta d'assegurar l'especificitat d'una disciplina, sinó de l'encàrrec i funcions específiques que ha de desenvolupar cada una d'aquestes figures en el si de l'equip del CDIAP i del seu encaix en el funcionament de l'equip.

I també de facilitar una mirada conjunta i homogènia en l'exercici de les funcions pròpies del lloc de treball en tant que tots dos CDIAP estan adscrits a l'IMPD i han d'assegurar uns criteris i procediments que han de ser homogenis, tot respectant el grau d'autonomia necessari a cada servei per tal d'adequar-se a la idiosincràsia de cada territori i a l'estil de cada equip.

Per totes aquestes raons, en el context d'aquest Model, cal assegurar que cada membre de l'equip dels nostres CDIAP compta també amb espais de coordinació i de reflexió per perfil professional.

Es poden aprofitar espais ja existents, sigui en el si de l'Associació de Centres d'Atenció Precoç (ACAP) o dels respectius col·legis professionals quan aquests espais estan referits a l'exercici d'aquella disciplina en el context específic d'un CDIAP.

I quan aquests espais no existeixen o quan es consideri convenient es poden crear entre tots dos CDIAP.

La participació en aquests espais tindrà una periodicitat màxima mensual i mínima trimestral.

4.7. Construcció d'una cultura tècnica comuna entre tots dos CDIAP

Tots dos CDIAP han de compartir una cultura tècnica comuna i, al mateix temps, tenir l'autonomia suficient que pugui establir diferències entre tots dos.

És necessari disposar d'una autonomia suficient per dues raons:

- La idiosincràsia de Ciutat Vella i de Nou Barris, tant pel que fa a les característiques i necessitats de la població, com de la xarxa de serveis existent i de les característiques de cada territori, marca diferències significatives entre els dos districtes, que defineixen requeriments i estratègies d'intervenció també diferents a cada CDIAP.
- L'equip humà de cada CDIAP acaba definint estils propis que cal respectar.

I construir una cultura tècnica comuna és una exigència també per dues raons:

- Tots dos CDIAP depenen de l'IMPD, que és l'organisme titular de la seva gestió. Es tracta d'un únic servei amb dos territoris diferents de prestació.

- Tots dos formen part de la Xarxa Pública Catalana de CDIAP i, per tant, han de seguir uns determinats procediments i complir uns determinats estàndards de qualitat que busquen l'homogeneïtat necessària que garanteixi un criteri d'equitat en l'atenció dispensada als infants i famílies definides com a població diana.

Tenint en compte que en els últims anys l'element clarament dominant ha estat l'autonomia de cada servei que ha diferenciat el funcionament entre tots dos CDIAP, una prioritat d'aquest Model és promoure l'existència d'una cultura tècnica compartida construïda conjuntament entre tots dos CDIAP amb l'objectiu d'equilibrar els dos requisits.

De què parlem?

En parlar de cultura “tècnica” fem referència tant a aspectes metodològics de la intervenció com al funcionament i organització dels serveis, entre altres aspectes a considerar.

Per “equip” entenem totes les persones que integren el servei:

- La direcció.
- El personal administratiu que presta atenció des de la recepció.
- Els i les professionals que presten atenció terapèutica des de les disciplines del treball social, neuropediatria, logopèdia, fisioteràpia, psicologia, psicomotricitat i teràpia ocupacional.

Per tal que existeixi una cultura tècnica comuna entre tots dos CDIAP cal, entre d'altres:

- Acordar conjuntament criteris d'atenció i fer-ne la revisió sempre que calgui.
- Compartir informació sobre la seva intervenció.
- Compartir determinats espais de formació permanent.
- Disposar d'alguns espais conjunts de reflexió i debat.

El camí per assolir-ho pot ser divers i, des d'un punt de vista organitzatiu i de funcionament, es pot concretar de molt diverses formes. No pertoca aquí acotar quines han de ser, però sí definir quins mínims caldrà garantir.

Els mínims que cal garantir

A més de la creació d'un “espai compartit de reflexió ètica” ja esmentat en un apartat anterior, cada any caldrà realitzar:

Jornada anual conjunta

Hi participen els equips de tots dos CDIAP.

Es realitza al mes de desembre de cada any en horari de matí i tarda (9,30 a 18,30

hores). Comporta el tancament del servei aquell dia, amb la notificació prèvia a la Generalitat, les famílies i els serveis que correspongui.

L'organitza, convoca i condueix la/el cap del Departament de Serveis de Vida Independent, conjuntament amb les direccions de tots dos CDIAP.

La presenta o tanca el/la gerent de l'IMPD i hi assisteix la/el cap d'Estratègia i Coordinació.

Els objectius d'aquesta jornada són:

- Analitzar conjuntament com de prop o lluny estem de la plena implementació del Model.
- Valorar “on estem i què hem fet” en el darrer any i quines són les prioritats per a l'any següent comunes a tots dos CDIAP.
- Revisar i modificar, si escau, els criteris de designació de les disciplines i professionals concrets que conformaran l'equip interdisciplinari de cada cas en les fases de valoració diagnòstica inicial i de tractament dins el procés d'atenció terapèutica.
- Revisar, quan calgui, procediments i estàndards definits a l'acreditació per a una gestió de qualitat dels CDIAP i proposar mesures de millora, si escau.
- Revisar i modificar, si escau, el funcionament establert en allò que ha de ser comú a tots dos CDIAP.
- Proposar la formació comuna a realitzar l'any següent que caldrà dissenyar “a mida” dels interessos, necessitats i característiques dels nostres dos CDIAP.

Aquesta Jornada es comença a preparar el mes de setembre, un cop realitzades les Jornades anuals de revisió i programació de cada CDIAP (a finals de juny) i quan les propostes resultants hagin estat aprovades per la línia de comandament de l'IMPD.

Formació conjunta feta “a mida” dels nostres dos CDIAP

Cada any es realitzarà, al menys, una formació dissenyada a mida de les necessitats, interessos i característiques dels equips del nostres dos CDIAP amb el doble objectiu de contribuir a la construcció d'una cultura tècnica comuna entre tots dos serveis, però també dins l'equip de cada CDIAP.

Quina serà aquesta formació estarà en funció de les propostes recollides a la Jornada anual conjunta i de les prioritats definides per l'IMPD.

Aquesta formació anual conjunta entre els equips de tots dos CDIAP haurà de garantir els següents requisits:

- Es garantiran un mínim de 20 hores i un màxim de 30 hores anuals de formació conjunta feta “a mida” per als dos CDIAP.
- Ha de ser una formació centrada en temes d'interès transversal per al conjunt de l'equip de cada CDIAP, que ajudi a incorporar o consolidar metodologies,

procediments i criteris d'actuació en l'atenció proporcionada a la ciutadania i en el funcionament general dels CDIAP.

Si un any la formació està més centrada en temes d'interès transversal d'una part dels equips, però no del seu conjunt, es garantirà que hi hagi continguts on es faci un plantejament global del tema que sigui d'interès transversal de tothom.

Els anys 2017 i 2018 s'ha abordat "Violència masclista i atenció precoç. Com intervenir des del context d'un CDIAP". El 2019 es treballarà sobre "Motivació i creació de demanda en les persones ateses quan la valoració diagnòstica de necessitat va més enllà del motiu de demanda d'atenció".

- Es garantiran dos torns diferents per tal de no tancar els serveis.
- Es garantirà la presència equilibrada de personal de tots dos equips en cada torn per tal que realment aquesta formació contribueixi a crear una cultura tècnica comuna entre tots dos CDIAP.
- El material facilitat o generat es desarà en una carpeta específica a la "Z" de cada CDIAP per tal de facilitar-ne la consulta, tant al personal que l'hagi realitzat com a noves incorporacions.

Document anual sobre "La intervenció grupal i comunitària a realitzar pels CDIAP de l'IMPD durant el període d'aquell curs escolar"

Aquest document s'elabora l'últim trimestre de l'any (que és el primer de cada curs escolar) i es fa públic al novembre/desembre de cada any.

Recull i explica tota la intervenció grupal, la intervenció comunitària de prevenció primària i secundària, i la intervenció comunitària de presència i participació en les xarxes territorials i sectorials de serveis, que a la Jornada de valoració i programació anual de cada CDIAP s'ha decidit realitzar al llarg del següent període de curs escolar (setembre-juny/juliol).

Aquest document:

- Explica la utilitat que té la intervenció grupal en l'atenció terapèutica amb infants i famílies, i la necessitat de la intervenció comunitària amb i en l'entorn.
- Dimensiona, en tant que proporciona informació quantitativa.
- Descriu breument en què consisteix cada intervenció, ja sigui grupal o comunitària.

Té per objectius:

- Oferir una visió global del conjunt de la intervenció grupal i comunitària realitzada per tots dos CDIAP.
- Informar cada CDIAP del que fa l'altre per tal de generar idees i obrir possibilitats.
- Contribuir a consolidar i a promoure la intervenció grupal amb infants i famílies, i la intervenció comunitària amb l'entorn en la cultura tècnica comuna de tots dos CDIAP.
- Informar els serveis del territori de la intervenció que es fa.

El coordina la/el cap del Departament de Serveis de Vida Independent i l'elaboren les direccions de cada CDIAP a partir de les fitxes de programació lliurades pels respectius equips terapèutics.

Es lliura a:

- Dins l'IMPD: la o el cap d'Estratègia i Coordinació i a les persones tècniques dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris del Departament de Promoció i Suport.
- La Xarxa de CDIAP de Barcelona.
- La persona responsable de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya de la Generalitat.
- Els serveis del territori amb els quals es tenen protocols d'articulació en marxa o l'objectiu d'establir-los.

4.8. Espais estables d'articulació dels nostres CDIAP amb determinats serveis dels àmbits de la salut, l'educació i els serveis socials

En el context d'aquest Model es promourà de manera proactiva l'establiment de protocols d'articulació dels nostres CDIAP amb els següents serveis:

De l'àmbit de la salut

- Entitats o empreses gestores dels centres d'atenció primària (CAP) i àrees bàsiques de salut (ABS) del districte.
- CSMIJ.
- Hospital de referència del districte pel que fa als departaments o serveis de neonatologia, neuropediatria, psiquiatria infantil, rehabilitació, i d'obstetrícia i ginecologia.

De l'àmbit de l'educació

- Equip d'assessorament psicopedagògic (EAP).
- Amb l'equip d'atenció especialitzada a les especials necessitats (EAEEN) de l'alumnat de les escoles bressol de l'IMEB de tots dos districtes.

De l'àmbit dels serveis socials

- Direcció territorial de Serveis Socials a la qual estan adscrits els centres de serveis socials (CSS) de cada districte.
- Direcció territorial de l'EAlA o dels EAIA del districte.

Els **objectius generals**, més enllà de les diferències derivades de les característiques específiques de cada protocol, són:

- Garantir el treball en xarxa entre tots dos serveis per tal de compartir i construir conjuntament una mirada i una atenció més global respecte de les necessitats i de la intervenció que requereixen determinats infants i famílies.
- Establir els circuits i procediments de derivació⁶⁴ entre tots dos serveis sempre que calgui.

Característiques d'aquests protocols

- Incorporen els logos de les institucions que el signen: IMPD i la que correspongui en cada cas.
- El lideratge per part de l'IMPD en el procés de proposta i de construcció de cada protocol és assumit per la o el cap de Serveis de Vida Independent, que ha de vetllar per la coherència entre els protocols d'articulació establerts als districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris amb la mateixa tipologia de serveis, conjuntament amb la direcció del CDIAP de cada territori.
- En el procés de construcció i en el seguiment posterior de cada protocol, un cop aprovat per les parts i iniciada la implementació, es recolliran i tindran en compte les aportacions de l'equip interdisciplinari del servei de cada CDIAP mitjançant els mecanismes que en cada cas s'estableixin.
- Cada protocol definirà el sistema i procediment periòdic i estable de seguiment i avaluació de la seva implementació per tal d'identificar allò que funciona i dona els resultats esperats i allò que requereix mesures de millora que cal acordar i incorporar.

Per part del CDIAP la figura de la direcció serà responsable de fer el seguiment de la implementació de cada protocol i formarà part de la comissió interserveis que es creï amb aquesta finalitat i que es reunirà amb la periodicitat que es determini a cada protocol. La/El cap del Departament de Serveis de Vida Independent de l'IMPD formarà part de la instància encarregada de fer aquesta avaluació amb caràcter anual.

- Un cop aprovat cada protocol, es podrà fer públic en els espais comunitaris de treball en xarxa interserveis existents a cada districte i en les instàncies que cada servei signant determini.

A l'IMPD la/el cap del Departament de Serveis de Vida Independent informará les tècniques i tècnics del Departament de Promoció i Suport dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris que s'està elaborant cada protocol, quan s'aprova i en quina data se n'inicia la implementació.

64. **Derivació:** és l'acte de remetre una persona atesa a un altre equip professional per oferir-li una atenció complementària o bé continuïtat assistencial. És un procediment que implica tres parts diferents: el derivant, la persona atesa i el receptor de la derivació. Les raons que porten a la derivació i el que se n'espera ha de ser compartit per tots els implicats. Derivar implica, per tant, no solament informar sinó també motivar la família a fer demanda d'atenció al servei receptor de la derivació.

4.9. Col·laboració amb la realització de pràctiques d'alumnat de màsters i postgraus

En el context d'aquest Model interessa fomentar la col·laboració amb les universitats i altres institucions que organitzen màsters i postgraus útils en l'àmbit de l'atenció precoç oferint places de pràctiques als nostres CDIAP.

Es valora que el balanç entre els beneficis obtinguts i la inversió necessària de temps de dedicació a l'alumnat en pràctiques per part de les persones professionals que siguin tutores és clarament positiu per ambdues parts.

Facilitar la realització de pràctiques d'aquest alumnat als nostres CDIAP:

- És una via per actualitzar o incorporar eines, metodologies i/o coneixements útils en la pràctica diària dels CDIAP.
- Ens obliga a explicar el que fem i a argumentar-ho. Implica reflexió i ordenació per poder transmetre, fet que ajuda a reflexionar sobre la pròpia pràctica.
- Obtenim una mirada aliena que ens interpel·la amb les seves preguntes obligant-nos a reflexionar sobre allò que ja tenim incorporat com si fos evident.

D'altra banda, entenem que també hem d'assumir la responsabilitat de contribuir a formar professionals que, si exerceixen en el camp de l'atenció precoç, tindran una preparació més sòlida per proporcionar una atenció eficaç i de qualitat a infants i famílies.

4.10. L'opinió de les persones que integren els equips

A més dels espais d'equip que s'han esmentat anteriorment, es garantiran mecanismes perquè cada persona de l'equip pugui expressar l'opinió sobre el servei i el grau de satisfacció sobre aquest.

L'entrevista individual anual

Objectius:

- Conèixer l'opinió de cada persona de l'equip sobre el servei en relació amb:
 - El funcionament intern.
 - L'atenció que proporciona.
 - El grau d'adequació del servei que proporciona el CDIAP respecte de les necessitats i característiques de la població diana d'aquell districte.
 - La interacció del CDIAP amb la xarxa de serveis del territori.

- Recollir les seves propostes de millora.
- Conèixer el seu grau de satisfacció en el servei.
- Altres aspectes que, de manera lliure, vulgui expressar la persona entrevistada.

Qui realitza les entrevistes:

La direcció del CDIAP.

Quan:

Durant el primer trimestre de cada any.

Devolució a l'equip:

Un cop finalitzades totes les entrevistes, la direcció del CDIAP elaborarà un informe sobre “L'opinió de les persones de l'equip: propostes de continuïtat i propostes de millora del servei”, on reflectirà el conjunt d'opinions recollides en cadascun dels temes abordats en relació amb el servei, tot garantint l'anonimat respecte de qui ha expressat cada opinió.

Aquest informe es lliurarà a tothom i serà motiu d'anàlisi i de debat en una reunió d'equip interdisciplinari del servei. Igualment formarà part de la documentació que s'utilitzarà com a base per a l'anàlisi i el debat a fer a la Jornada de revisió i programació anual que es realitzarà al juliol d'aquell any.

Qüestionari de satisfacció en el servei

Objectiu:

Conèixer el grau de satisfacció de totes les persones membres del servei.

Qui el fa:

El Departament de Planificació i Avaluació de l'IMPD.

Caràcter:

Voluntari i anònim.

Periodicitat:

Bianual.

Com:

Mitjançant un qüestionari amb preguntes tancades i obertes que autoemplenarà cada persona de l'equip de cada CDIAP.

Quan:

Abril/maig de cada dos anys.

Devolució a l'equip:

Un cop contestats tots els qüestionaris, el Departament de Planificació i Avaluació elaborarà un informe sobre el "Grau de satisfacció en el servei de les persones de l'equip", on especificarà el nombre de persones de cada CDIAP que l'han contestat i el percentatge que representa respecte del nombre total que integra cada equip.

Aquest informe es lliurarà a tothom i serà motiu d'anàlisi i de debat en una reunió d'equip interdisciplinari del servei. Igualment formarà part de la documentació que s'utilitzarà com a base per a l'anàlisi i el debat a fer a la Jornada de revisió i programació anual que es realitzarà al juliol d'aquell any.

4.11. Ratios de personal

Sumari

- 1. Criteris a considerar per a la definició de les ràtios de personal**
 - 2. Freqüència assistencial mitjana en l'atenció dels infants**
 - 3. Altres criteris a considerar per a la definició de les ràtios de personal**
 - 4. Distribució de les ràtios de personal entre tots dos CDIAP**
 - 5. Les ràtios del Model. Quadre amb les ràtios totals de personal, per perfil professional i per CDIAP**
-

Partim d'una constatació:

Amb les ràtios de personal actuals no podem:

- Garantir plenament el que estableix la normativa legal vigent. Per exemple, tots dos CDIAP estem actualment per sota de l'estàndard de freqüència assistencial mitjana en l'atenció dels infants, així com en altres aspectes establerts a la normativa legal vigent que regula els serveis d'atenció de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya.
 - Implementar les millores definides en aquest Model municipal.
-

És per això que aquest apartat té com a objectiu definir la ràtio de personal de què cal dotar els CDIAP de l'IMPD.

1. Criteris a considerar per a la definició de les ràtios de personal

En relació amb el total de professionals i hores de dedicació en el conjunt de tots dos CDIAP:

- Freqüència assistencial mitjana en l'atenció dels infants definida a la normativa legal vigent.
- L'encàrrec que la normativa legal vigent fa als CDIAP.
- Les millores que aquest Model municipal introdueix en el compliment d'aquest encàrrec.

En relació amb la distribució de professionals i hores de dedicació entre tots dos CDIAP:

- Proporció de població diana corresponent a cada districte en el conjunt de la població potencialment usuària de Ciutat Vella i de Nou Barris, un cop aplicat l'estàndard definit per la Generalitat de Catalunya.

2. Freqüència assistencial mitjana en l'atenció dels infants

[... Es garantiran professionals terapeutes suficients per tal que la freqüència assistencial mitjana en l'atenció dels infants quedi situada entre 0,8 i 1,2 hores setmanals ...].

(Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011, encara vigent, i Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris).

I afegeix: [... El càlcul d'aquest indicador es realitza mitjançant la següent operació aritmètica: hores anuals finançades per l'ICASS/nombre d'infants atesos anualment/43 setmanes d'atenció ...].

Fent aquest càlcul el resultat en els últims anys és una freqüència assistencial mitjana inferior a l'establerta a causa d'un desequilibri important entre recursos professionals i demanda d'atenció. Així, els anys 2016 i 2017:

2016:

- CDIAP EIPI Ciutat Vella: 0,70 hores a la setmana per infant atès.
- CDIAP EIPI Nou Barris: 0,71 hores a la setmana per infant atès.

2017:

- CDIAP EIPI Ciutat Vella: 0,65 hores a la setmana per infant atès.
- CDIAP EIPI Nou Barris: 0,60 hores a la setmana per infant atès.

La Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç (UCCAP), que integra la quasi totalitat dels CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya i a la qual l'IMPD està associat, en un informe de 2013 planteja a la Generalitat un càlcul diferent per poder estimar el nombre d'hores necessàries per garantir la freqüència assistencial mitjana:

- Freqüència 1,2 hores setmana: nombre d'infants atesos x 43 setmanes x 1,2 hores/setmana.

- Freqüència 0,8 hores setmana: nombre d'infants atesos x 43 setmanes x 0,8 hores/setmana.

(Font: "Presentació a la Taula Tècnica d'Atenció Precoç de la Metodologia de treball de la proposta de la UCCAP, de distribució d'hores a concertar". Juny de 2013).

En el context d'aquest Model utilitzarem el càlcul proposat per la UCCAP, però sobre el nombre d'infants de la població diana⁶⁵ que resulten d'aplicar l'estàndard definit per la Generalitat de Catalunya i que defineix la població potencial d'infants que s'estima que necessiten l'atenció precoç proporcionada per un CDIAP.

I si tenim en compte que la freqüència assistencial mitjana en l'atenció dels infants es refereix exclusivament a les hores dels i les professionals que proporcionen atenció terapèutica, les hores que resultin d'aquest càlcul estaran referides exclusivament als perfils de: treball social, neuropediatria, fisioteràpia, logopèdia, psicologia i psicomotricitat. No estaran referits al perfil de teràpia ocupacional perquè als anys 2016 i 2017, que utilitzem de referència per fer els càlculs, aquest perfil no formava part dels equips dels nostres CDIAP.

Així, tenim:

Taula.

Any	CDIAP EIPI Ciutat Vella	CDIAP EIPI Nou Barris
2016	353 infants de població diana x 43 setmanes x 0,8 h de freqüència assistencial = 12.143,2 hores/any	643 infants de població diana x 43 setmanes x 0,8 h de freqüència assistencial = 22.119,2 hores/any
	353 infants de població diana x 43 setmanes x 1,2 h de freqüència assistencial = 18.214,8 hores/any	643 infants de població diana x 43 setmanes x 1,2 h de freqüència assistencial = 33.178,8 hores/any
2017	353 infants de població diana x 43 setmanes x 0,8 h de freqüència assistencial = 12.143,2 hores/any	654 infants de població diana x 43 setmanes x 0,8 h de freqüència assistencial = 22.497,6 hores/any
	353 infants de població diana x 43 setmanes x 1,2 h de freqüència assistencial = 18.214,8 hores/any	654 infants de població diana x 43 setmanes x 1,2 h de freqüència assistencial = 33.746,4 hores/any

65. **Població diana.** Es considera que el 7,5% dels infants de 0 a 5 anys i 11 mesos requereix atenció precoç per part d'un CDIAP. **Decret 142/2010**, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011 (vigent). I així es recull als estàndards de qualitat fixats per a l'acreditació d'una gestió de qualitat dels CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya definida per la Generalitat de Catalunya ("Acreditació dels Serveis d'Atenció Precoç. Manual d'estàndards" Annex 1. Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya).

Si considerem tots dos CDIAP, el total d'hores que haguessin estat necessàries els anys 2016 i 2017 de professionals del treball social, neuropediatria, fisioteràpia, logopèdia, psicologia i psicomotricitat haguessin estat:

Taula.

Any	Freqüència assistencial 0,8 h/setmana	Freqüència assistencial 1,2 h/setmana
2016	34.262,4 hores/any	51.393,6 hores/any
2017	34.640,8 hores/any	51.961,2 hores/any

3. Altres criteris a considerar per a la definició de les ràtios de personal

Dos són els criteris a considerar que tenen també un impacte directe en el volum d'hores de professionals necessaris en cada CDIAP:

La normativa legal vigent estableix que els serveis d'atenció precoç:

- Inclouen també l'etapa prenatal i, per tant, els CDIAP han d'atendre famílies d'infants no nascuts i, per tant, no atesos directament.
- Els CDIAP han d'intervenir amb l'entorn significatiu de cada infant més enllà de les seves famílies i realitzar funcions de prevenció primària i secundària en coordinació amb els serveis de salut, educació i altres serveis socials. Aquest encàrrec es tradueix en projectes específics de prevenció que no són atribuïbles a uns infants concrets.

Les millores que aquest Model municipal introdueix en el compliment d'aquest encàrrec.

Aquestes millores estan definides a la tercera part d'aquest document, a excepció de la millora en determinats estàndards de qualitat en la gestió del servei, que hem definit en un apartat anterior d'aquest capítol.

D'altra banda, i pel que fa al CDIAP EIPI Nou Barris, a l'hora d'establir les ràtios necessàries de personal cal tenir en compte que l'abril de 2018 s'ha obert un segon punt de prestació, l'Antena Zona Nord, que proporciona atenció precoç als barris de Ciutat Meridiana, Vallbona i Torre Baró, tots tres amb els índex de vulnerabilitat social més alts de Barcelona. Aquesta Antena es nodreix amb personal adscrit a l'equipament base que dedica una part de la seva jornada laboral a proporcionar el servei d'atenció precoç des d'aquest altre punt de prestació. Aquest fet repercuteix necessàriament en les ràtios resultants, com passa, per exemple, a l'hora de calcular

el nombre d'hores necessàries de personal administratiu.

En resum, podem afirmar que l'assoliment del que estableix la normativa legal vigent i la implementació del Model municipal definit aquí determinen la ràtio de professionals necessària als CDIAP de l'IMPD.

4. Distribució de les ràtios de personal entre tots dos CDIAP

La distribució del personal entre tots dos CDIAP ha de ser proporcional al volum de població infantil de 0 a 5 anys i 364 dies de cada districte i, per tant, a la quantitat de població diana que s'estima que necessita l'atenció precoç proporcionada per un CDIAP segons l'estàndard definit a la normativa legal vigent.

Les dades de població que figuren a continuació provenen del Padró Municipal d'Habitants i estan referides a l'1 de gener dels anys 2016 i 2017.

Taula.

	Districte de Ciutat Vella	Districte de Nou Barris
Total d'infants de 0 a 5 anys i 364 dies	2016: 4.703 infants 2017: 4.708 infants	2016: 8.572 infants 2017: 8.723 infants
% que representa en el total d'aquest sector de població a la ciutat de Barcelona	2016: 5,68% 2017: 5,69%	2016: 10,51% 2017: 10,54%
Població diana del CDIAP (7,5%)	2016: 353 2017: 353	2016: 643 2017: 654

Font: Padró Municipal d'Habitants.

Taula. Població diana dels CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris

Total població diana (Ciutat Vella i Nou Barris)	CDIAP EIPI Ciutat Vella %	CDIAP EIPI Nou Barris %
2016: 996 infants (100%)	2016: 35,44%	2016: 64,56%
2017: 1.007 infants (100%)	2017: 35,05%	2017: 64,95%

En conseqüència, la proporció de distribució de personal entre tots dos CDIAP hauria d'apropar-se a les proporcions de la població diana de cada districte.

5. Les ràtios del Model. Quadre amb les ràtios totals de personal, per perfil professional i per CDIAP

Taula. Ràtios totals de personal, per perfil professional i per CDIAP

Perfil professional	CDIAP EIPI Ciutat Vella Persones. h/sem.	CDIAP EIPI Nou Barris Persones. h/sem.	Total Ciutat Vella i Nou Barris Persones. h/sem.
Direcció	1. 37 h 30'	1. 37 h 30'	2. 75 h
Administració	2,5. 93 h 45'	3,5. 131 h 15'	6. 225 h
Treball social	2. 75 h	3. 112 h 30'	5. 187 h 30'
Neuropediatria	-. 20 h	-. 32 h	-. 52 h
Fisioteràpia	3. 112 h 30'	3. 112 h 30'	6. 225 h
Logopèdia	2. 75 h	2. 75 h	4. 150 h
Psicologia	5. 187 h 30'	9. 337 h 30'	14. 525 h
Psicomotricitat	-. 30 h	-. 45 h	-. 75 h
Teràpia ocupacional	-. 30 h	-. 50 h	-. 80 h
Total hores setmana (%)	661 h 15' (40%)	933 h 15' (60%)	1.594 h 30' (*)

(*)

1.594 h 30' són les hores setmanals de personal dels dos CDIAP de l'IMPD que cal garantir per a l'assoliment del que estableix la normativa legal vigent i la implementació del conjunt de millores que preveu aquest Model municipal.

1.294 h 30' és el total d'hores setmanals necessàries dels i les professionals que presten atenció terapèutica a infants, famílies i entorn (inclou: treball social, neuropediatria, fisioteràpia, logopèdia, psicologia, psicomotricitat i teràpia ocupacional).

Taula.

	CDIAP EIPI Ciutat Vella Persones. h/sem.	CDIAP EIPI Nou Barris Persones. h/sem.
Capítol I (personal propi)	15,5. 581 h 15'	21,5. 806 h 15'
Personal extern	-. 80 h	-. 127 h

4.12. Els equipaments: característiques i requisits

Hem titulat “**Creixem**” aquest document que defineix el Model municipal dels CDIAP de l'IMPD perquè per afrontar amb èxit els seus objectius necessita, entre d'altres reptes:

- Incrementar el nombre de professionals dels nostres equips.
- Incrementar la superfície dels nostres equipaments.

Tant a Ciutat Vella com a Nou Barris es necessiten equipaments de més superfície per tal de:

- Garantir l'acompliment del que estableix la normativa legal vigent respecte dels CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya.
- Assolir les millores que incorpora el Model municipal que aquí presentem.

La impossibilitat d'ampliar la superfície dels equipaments actuals ha portat l'IMPD a realitzar les gestions oportunes per trobar nous emplaçaments que, de moment, estan pendants de concretar.

Aquesta recerca d'alternatives adequades als equipaments actuals es realitza en col·laboració amb les regidories i gerències dels consells municipals de tots dos districtes i amb l'Àrea de Drets Socials.⁶⁶

Amb aquesta finalitat s'han definit els **programes funcionals** que estableixen les característiques i requisits que ha de complir l'equipament destinat a cada districte a ubicar els nostres CDIAP. Es va demanar al Departament d'Infraestructures i Equipaments de l'Àrea de Drets Socials l'estimació de la superfície necessària per assolir aquests requisits, un dels quals és el volum de personal de cada servei. Als annexos es pot consultar aquest material:

- **Annex 4.** Programa funcional i càlcul de la superfície necessària per a l'equipament que ha d'acollir el CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- **Annex 5.** Programa funcional i càlcul de la superfície necessària per a l'equipament que ha d'acollir el CDIAP EIPI Nou Barris.

D'altra banda, al districte de Nou Barris, des de l'abril de 2018, ha començat a funcionar un nou punt de prestació del nostre CDIAP. És el que denominem **l'Antena Zona Nord** on s'atén la població dels barris de Torre Baró, Ciutat Meridiana i Vallbona que, segons l'índex sintètic de desenvolupament/vulnerabilitat social,⁶⁷ amb dades del 2015, ocupaven les posicions 71, 72 i 68 respectivament en el rànquing dels 73 barris de la ciutat. O dit en altres paraules, tots tres barris són dels més vulnerables de la ciutat. La Zona Nord de Nou Barris és també on s'observa més dificultat perquè les

66. Actual Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI.

67. L'índex sintètic de vulnerabilitat social pretén ser una eina de suport per a l'avaluació i el seguiment de les desigualtats socials als diferents barris de la ciutat de Barcelona. És un índex que resumeix l'estat de cada àrea geogràfica analitzada combinant tres dimensions bàsiques del desenvolupament/vulnerabilitat: salut, educació i economia. En cadascuna de les dimensions s'observa el comportament d'indicadors clau: l'esperança de vida en l'àmbit de la salut, els estudis primaris o inferiors (%) més les titulacions superiors (taxa) en l'àmbit de l'educació i la renda familiar disponible en l'àmbit de l'economia.

famílies que són derivades al CDIAP EIPI Nou Barris pels serveis de salut, educació i serveis socials arribin a fer demanda d'atenció.

L'Antena Zona Nord del CDIAP EIPI Nou Barris està ubicada al Casal de Barri Torre Baró (carrer Escolapi Càncer, 5) i funciona els matins dels dimecres, dijous i divendres, i les tardes dels dimecres i dijous. Està previst que a partir de l'octubre de 2018 professionals de totes les disciplines que integren l'equip terapèutic del CDIAP destinin una part de la seva jornada laboral a prestar servei també des de l'Antena Zona Nord. Per tant, és el mateix equip del CDIAP EIPI Nou Barris, les ràtios del qual hem definit a l'apartat anterior, qui garanteix l'atenció precoç des de l'Antena Zona Nord.



5. Cinquena part. Compromís amb la millora contínua i amb la visibilització de la intervenció

Sumari

5.1. La protocol·lització de la intervenció a partir
de l'experiència i les bones pràctiques

5.2. La recerca aplicada

El compromís amb un procés de millora contínua comporta:

- L'existència o construcció d'un model de referència que defineixi el marc epistemològic, teòric i metodològic del servei.

- La protocol·lització de la intervenció a partir de l'experiència.

Busca transformar l'experiència en coneixement.

- La realització o participació en recerca aplicada.

En el context d'aquest Model es parteix de la convicció que la recerca aplicada és una eina bàsica en qualsevol sistema de serveis que tingui incorporats criteris de qualitat, d'eficàcia i d'eficiència de la seva pràctica.

Es tracta d'una recerca útil per a l'acció.

Un cop tenim definit el Model de referència de manera compartida amb tots dos CDIAP, ens cal assegurar els altres dos requisits.

5.1. La protocol·lització de la intervenció a partir de la experiència i les bones pràctiques

Es tracta de partir de l'experiència identificant les bones pràctiques per transformar-les en coneixement que es pugui socialitzar, compartir i aplicar per altres serveis: CDIAP i/o també serveis dels àmbits de la salut, l'educació i/o els serveis socials que atenen la petita infància i les seves famílies.

A la inversa, cadascun dels nostres dos CDIAP es poden nodrir amb el coneixement generat a partir de l'experiència d'altres serveis d'atenció precoç en l'àmbit nacional, estatal i internacional.

Es tracta de contribuir i participar en la construcció i aprofundiment d'un marc teòric i metodològic més ampli a partir del coneixement generat per la combinació d'experiència, sistematització de la informació obtinguda, i la reflexió sobre processos i resultats.

Implica una acció institucional deliberada que busca:

- Incorporar l'experiència i el saber professional a l'hora de definir criteris de prioritització, d'intervenció i/o de funcionament dels serveis.
- Identificar bones pràctiques i experiències als nostres dos CDIAP.
- Proporcionar suport en la sistematització de la pràctica i l'experiència per poder extreure'n conclusions que es puguin generalitzar i ser d'aplicació a altres casos, territoris, situacions i contextos similars.

- **Donar visibilitat i facilitar la socialització** de les bones pràctiques i del coneixement generat, tant internament a l'IMPD i l'Ajuntament de Barcelona com externament en tots aquells escenaris, plataformes i espais on conflueixin serveis que s'adrecen a la petita infància i a les seves famílies.
- **Facilitar i/o aprofitar espais i/o mecanismes d'intercanvi d'experiències.**
- **Promoure i facilitar la publicació** de les bones pràctiques i del coneixement obtingut.

5.2. La recerca aplicada

A continuació reproduïm entre clàudators una part del capítol sobre “La recerca aplicada en el context dels serveis socials” elaborat per Carmina Català i Gallofré, cap del Departament de Planificació i Processos de l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona, que forma part de la publicació dels resultats d'una de les recerques finalitzades⁶⁸ i que és plenament pertinent en el context d'aquest Model.

[...]

La recerca aplicada: una xarxa de coneixement entre les universitats i els serveis socials

Tots els i les que treballem en l'atenció social sabem que, tot i treballar tècnicament bé, sovint aquesta premissa no pressuposa tenir les eines per sistematitzar l'anàlisi, comprovar la millora de la situació, és a dir, valorar els resultats, i conèixer el grau d'eficàcia i a vegades eficiència de les metodologies aplicades en les nostres intervencions.

La recerca ens aporta aquest grau de sistematització, de mètode, de mirada objectiva i d'expertesa externa necessària per ajudar-nos a pensar la nostra pràctica i reforçar-la tècnicament i conceptualment. Per això tenim el convenciment que en el camp de la intervenció social la Universitat és una col·laboradora necessària.

La Universitat, d'altra banda, no pot mantenir els seus processos acadèmics i les seves recerques allunyades de la pràctica diària. Necessita nodrir-se de l'aplicació de les hipòtesis en la pràctica real. Aquesta col·laboració és, doncs, una gran oportunitat per a la Universitat per apropar el món acadèmic a les diferents realitats socials, garantint així una retroalimentació per mantenir la docència viva.

La investigació i la pràctica han de coexistir en una relació simbiòtica, i la primera ha de ser una part integral de la segona: l'aprenentatge de competències i les reflexions de la pràctica poden constituir la base per al desenvolupament de la recerca. La recerca pot produir nous coneixements i estimular renovades i noves pràctiques.

68. Montserrat, C.; Casas, F.; Català, C. i Saiz, M. et al. (2017). “L'impacte de la violència masclista i processos de recuperació en la infància i l'adolescència, en les mares i en les relacions maternofilials”. Universitat de Girona, Grup ERIDIQV i Ajuntament de Barcelona. Disponible en català, castellà i anglès. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

La sinergia entre recerca i pràctica dona sentit a les intervencions socials des de les diferents disciplines.

El pensament i la reflexió conjunta entre els i les professionals del context universitari i del context de serveis socials pot produir un coneixement que estimula ambdós camins, generant una xarxa de coneixement imprescindible per al creixement mutu. Per tant, no es tracta d'encarregar des dels serveis socials recerques a les universitats sinó de **treballar conjuntament en un procés d'aprenentatge per obtenir un producte compartit.**

Pensar i reflexionar sobre l'experiència i les teories, dissenyar hipòtesis i posar en pràctica una metodologia, pensar un model d'anàlisi, analitzar els resultats i extreure'n conclusions és un saber comú.

La recerca aplicada en el context de serveis socials: el camí cap a la millora contínua i la innovació

La recerca aplicada és aquella que està clarament orientada a la pràctica i que es dissenya amb un pla previ de transferència dels resultats.

La innovació des del punt de vista de procés és una idea que evoluciona, que es desenvolupa i creix a través de la comunicació i el treball en equip fins que es transforma en una realitat tangible. La innovació és créixer, és fer un salt, és un descobriment, una bifurcació en el procés. La innovació és avançar a partir del coneixement acumulat.

L'avaluació, la revisió i la millora contínua estan a la base de la innovació.

Es pot innovar fent el que fem però d'una manera diferent, més efectiva, aplicant la creativitat i l'aprenentatge. Des d'aquesta perspectiva per innovar cal primer sistematitzar els recursos del coneixement, materialitzant els avenços que es deriven del coneixement acumulat i a partir d'un procés d'anàlisi i reflexió, concretar la creació, introducció i difusió de nous i millors processos.

La innovació està clarament relacionada amb l'actitud creativa dels i les professionals, però sempre a partir d'un procés de treball sistematitzat, que permeti l'anàlisi i la reflexió. **La innovació està lligada a l'aprenentatge actiu. La recerca aplicada és un procés d'aprenentatge actiu.**

En termes generals, la recerca aplicada queda plenament justificada en el marc de l'Administració perquè l'anàlisi i la sistematització **ens reportarà la retroalimentació necessària per millorar en qualitat i en eficiència la resposta de l'organització cap a la ciutadania.**

Les úniques organitzacions amb flexibilitat i capacitat d'adaptar-se al canvis són aquelles que tenen mecanismes d'aprenentatge permanent. Aquelles que són capaces de **sumar tot el saber, el coneixement i l'experiència del conjunt dels i les professionals de forma ràpida i amb noves solucions davant nous reptes socials canviants, com són els que afronta l'Àrea de Drets Socials. Són organitzacions que aprenen i constitueixen comunitats de coneixement.**

Finalitats i efectes de la recerca aplicada

Independentment de l'objecte de treball i de la finalitat última, podríem llistar aquí algunes de les **finalitats específiques** que podrien motivar l'inici d'una recerca aplicada:

- Fer diagnòstic de les persones, grups o comunitats.
- Valorar necessitats o recursos.
- Validar o avaluar l'eficàcia d'un tipus d'intervenció social, metodologia o model. Possibilita la sistematització d'instruments tècnics, escales de valoració, etc.
- Demostrar l'eficiència i l'eficàcia.
- Investigar un emergent o un nou problema o tema d'interès.
- Plantejar noves qüestions o noves necessitats, explorar nous problemes.
- Analitzar l'impacte d'un determinat tema, ja sigui un recurs, un tipus d'intervenció o un canvi organitzatiu.
- Fer propostes de millora.
- Homogeneïtzar les intervencions.

A més, iniciar una recerca aplicada amb professionals dels serveis socials té sempre, pel context d'intervenció social, diferents **efectes beneficiosos**, tots ells complementaris entre si, com ara:

- Permet descriure de forma sistemàtica una manera de treballar i produir coneixement explicatiu de com es treballa.
- Fomenta el coneixement tècnic, que pot comportar millorar el nivell o canvis tècnics.
- Fomenta la creativitat i la implicació dels i les professionals en els serveis.
- Rendibilitza l'experiència professional.
- Augmenta i prestigia l'estatus professional i acadèmic dels i les professionals que treballen en el serveis socials (presentacions, publicacions, etc.).
- Prestigia l'organització.

Requeriments per iniciar una recerca aplicada

Després de l'experiència dels darrers anys i d'analitzar les recerques aplicades que ara finalitzen i aquelles que estan actualment en procés de treball o a punt d'iniciar-se, volem assenyalar quins són aquells requeriments mínims que cal tenir en compte i cuidar molt bé perquè una recerca arribi a bon fi en el context de serveis socials:

- **La motivació.** És a dir, ha de ser un tema o problema d'importància social o hi ha d'haver una preocupació pel tema, ja sigui per innovar o trobar una resposta davant d'una situació.

- **La viabilitat.** Que sigui possible quant a la dedicació de temps per part dels i les professionals que sovint també fan atenció o porten les tasques pròpies del servei. És important tenir en compte:
 - La duració de la recerca per tal que estigui a l'abast de l'equip que la promou.
 - L'abast i l'envergadura.
 - Els recursos humans i econòmics disponibles.
- **Una posició ètica.** Atès que l'objecte de treball són persones, l'ètica no permet fer estudis de contrast o d'impacte en els quals a un subjecte no se li doni un recurs del qual teòricament podria disposar.
- **La implicació i recolzament de l'organització en la recerca i els resultats.** Aquesta és una condició essencial perquè la recerca tingui èxit tant en el seu desenvolupament com, i sobretot, en una previsió de la utilitat i aplicació de les seves conclusions. La concepció de la recerca com una eina per a la millora contínua i la innovació.
- **Un acord formal entre Universitat i Administració.** Per tal de donar-li el màxim de formalitat i claredat, tots els treballs de col·laboració amb la Universitat han d'estar acordats i escrits en el marc de convenis de col·laboració o altres fórmules de concertació. És important que allò més estructural com pot ser l'objecte de la recerca, les fases i els terminis, la relació econòmica si n'hi ha, les responsabilitats i funcions, així com la propietat intel·lectual formin part d'aquest document escrit.
- **Les disciplines acadèmiques i professionals i els contrastos necessaris.** Cal definir la/les disciplina/ines des de la/les qual/s es realitza la recerca i, atès que, com ja hem dit abans, l'abordatge social és majoritàriament multidisciplinari o interdisciplinari, aquesta és una complexitat afegida que cal acordar amb el món acadèmic i que dona unes característiques pròpies a la recerca. Per exemple, la necessitat de contrastar amb altres disciplines i/o paradigmes i mirades durant el procés.
- **La teoria o paradigma,** que constitueix la lent a partir de la qual s'interpretaran els resultats i que ha de ser coherent amb el model d'intervenció. També hi podem incloure en aquest apartat el model d'anàlisi dels resultats.
- **La coherència del disseny.** A la planificació i al disseny cal dedicar bona part de la primera fase de qualsevol recerca. Aquest disseny ha de ser senzill i entenedor perquè es pugui compartir i sigui un eix de referència durant tot el procés. Si el disseny està ben fet la recerca flueix, tot i que puguin presentar-se obstacles o incidències que calgui resoldre.
- **L'equip de la recerca** s'ha de constituir de manera clara, diferenciant al menys dos nivells:
 - Un equip impulsor compost per l'Ajuntament i la Universitat que defineix l'orientació de la recerca, participa en el disseny general i en fa el seguiment, pren les decisions dels canvis d'orientació que puguin sorgir i segueix i participa tècnicament en l'anàlisi, les conclusions, la publicació i l'aplicació a la pràctica.

- L'equip de camp amb la seva organització interna en funció de cada fase i de l'envergadura de la recerca (comissions per temes, territoris, etc.).
- **La metodologia i el rigor.** Aquesta part és aquella en què la Universitat té l'expertesa i la possibilitat d'utilitzar la metodologia adequada en funció de l'objecte de la recerca i la seva tipologia. Cal que la metodologia a emprar estigui definida i acceptada per tothom des del principi.
- **El pla de comunicació.** Per generar coneixement útil i aplicat cal visibilitzar els resultats, per tant cal acordar la forma de presentació i publicació i dissenyar un pla de comunicació intern de l'organització, en primer lloc, i extern, en una segona fase.

Cal preveure sempre un retorn de proximitat a aquelles i aquells professionals més implicats que han participat en la recerca.

- **La transferència i la retroalimentació dels resultats a la pràctica.** Preveure una recerca a curt o mitjà termini és vital a l'Administració per tal de poder assumir l'aplicació de les conclusions a la pràctica segons el disseny inicial. Independentment de l'aplicació dels resultats cal assegurar la socialització del coneixement extret de la recerca ...].



Annexos

Sumario

- Annex I. Funcions i perfil del personal administratiu en el context dels CDIAP de l'IMPD
- Annex II. Funcions i perfil de la figura de psicomotricista en el context dels CDIAP de l'IMPD
- Annex III. L'encaix del treball social dins l'equip interdisciplinari en el context dels CDIAP de l'IMPD
- Annex IV. Programa funcional de l'equipament que necessita el CDIAP EIPI Ciutat Vella
- Annex V. Programa funcional de l'equipament que necessita el CDIAP EIPI Nou Barris

Annex I

Funcions i perfil del personal administratiu en el context dels CDIAP de l'IMPD

La Generalitat de Catalunya ha definit, mitjançant grups de persones expertes, les funcions i perfil de les disciplines que amb caràcter obligatori han d'integrar l'equip terapèutic d'un CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya. Però no estan definides les funcions i perfil del personal administratiu, raó per la qual ho fem en el context del Model municipal dels CDIAP de l'IMPD per tal de delimitar el seu encàrrec institucional.

Funcions

Atenció telefònica

- Atén les demandes d'atenció de les famílies per als seus fills/filles, verifica que l'adreça pertany al districte, informa de la documentació que han de portar i els dona dia i hora amb el/la professional que farà l'entrevista d'acollida al servei.
- Comunica a les famílies canvis i/o anul·lacions en la programació de visites.
- Atén les persones professionals d'altres serveis que volen contactar amb membres de l'equip i quan no hi són passa la nota de la trucada rebuda a qui correspongui.
- Atén trucades de proveïdors i serveis externs.

Demandes d'atenció per part de les famílies

- Omple la fitxa "Nova demanda" a l'e-UCCAP.
- Dona dia i hora per a l'entrevista d'acollida al servei.
- Sol·licita el servei d'interpret quan cal per al dia programat de visita. I això ho fa tant si es tracta d'una primera visita o de visites de seguiment amb qualsevol professional del servei.

En relació amb l'entrevista d'acollida

Quan la família es presenta per realitzar l'entrevista d'acollida, el personal administratiu:

- A l'aplicació informàtica e-UCCAP:
 - Dona d'alta l'infant i introdueix les dades identificatives de l'infant i de la família.
 - Confirma la visita a l'agenda de la persona professional que realitzarà l'entrevista d'acollida.
 - Imprimeix el protocol de la Llei orgànica de protecció de dades de caràcter personal (LOPD), el reglament intern, el contracte assistencial i l'autorització d'ús de la imatge (Direcció General de Protecció Social).
- Completa l'expedient físic en suport paper i l'incorpora a l'arxiu del servei.
- Dona d'alta la sol·licitud del servei d'atenció precoç a l'aplicació informàtica de la Generalitat (SCDIAP) omplint el protocol "Gestió de sol·licitud CDIAP/Alta nova sol·licitud" que, un cop formalitzat amb les dades requerides, es lliura a la persona professional que realitza l'entrevista d'acollida, que el donarà a signar a la família en el cas que accepti les condicions del servei.
- En alguns casos es posa en contacte amb els serveis derivadors per confirmar que la família ha vingut a l'entrevista concertada.

En relació amb la baixa del servei

- Verifica que hi hagi tota la documentació elaborada per les persones professionals intervinents en aquell cas (informe epícrisi per a la família, etc.).
- Separa la documentació que cal destruir un cop finalitza l'atenció (segons la normativa de la Generalitat) de la que es conserva.
- Cada any envia els arxius històrics (que no s'han tornat a obrir en els últims cinc anys des de la baixa al servei) a l'arxiu central de l'Àrea de Drets Socials.

Altres tasques i funcions

- Obre i tanca les instal·lacions (activació i desactivació de les alarmes) quan no hi hagi cap membre de l'equip i sempre dins l'horari del personal administratiu.
- Rep els proveïdors (aigua, manteniment de l'ascensor i dels extintors, neteja, manteniment general de l'equipament, incidències de l'equipament, recepció de materials pedagògics, etc.).
- Actualitza el llistat d'horaris de les persones professionals del servei sempre que hi ha un canvi.
- Fa la comanda de material administratiu i controla existències.
- Revisa els llistats del servei d'intèrprets i fa les demandes que calgui per a totes les

persones professionals del CDIAP, tant en la fase de primera acollida com en la de tractament.

- Fa la comanda de targetes de transport públic T-10 per als desplaçaments del personal, les recull un cop esgotades i les retorna al Departament d'Administració de l'IMPD.
- Obre diàriament el correu de l'adreça electrònica genèrica del servei i passa la informació a qui correspongui.
- Actualitza les fitxes dels serveis i entitats del districte amb les quals el CDIAP es coordina o que són útils per donar un millor servei a les famílies.
- Fa les consultes a l'aplicació informàtica de l'e-UCCAP que li demana la direcció del servei o la cap del Departament de Serveis de Vida Independent, extraient i lliurant els excels resultants.
- Lliura justificants de visita quan ho demana la família.
- Controla l'accés al servei i la sala d'espera.
- Avisa la persona professional quan la família ha arribat.
- Vetlla perquè la sala d'espera estigui tranquil·la.

Perfil professional

El perfil professional del personal administratiu està definit per les seves funcions i tasques i per les següents **característiques del seu encàrrec**:

- El lloc de treball del personal administratiu està ubicat a la recepció del servei.
- És la persona de l'equip del servei que rep i atén en primera instància les persones que hi entren i/o que truquen. És la primera imatge que les persones ateses reben del servei.
- Proporciona simultàniament atenció presencial i telefònica, alhora que pot estar fent una tasca que requereixi concentració. És a dir, ha de gestionar requeriments diversos que poden confluïr al mateix temps.
- En un CDIAP s'atenen situacions que provoquen sovint preocupació, inquietud, pors i/o patiment a la família de l'infant que requereix l'atenció d'un CDIAP. Per tant, les mares i pares (o altres familiars) que hi porten els seus fills i filles petits per rebre atenció poden manifestar estats d'ànim diversos i estar inquietes, nervioses, deprimides, etc. Poden tenir dificultats per fer-se entendre o per entendre el que se'ls diu per motius d'idioma (en el primer contacte amb el servei pot no haver-hi servei de traducció), de dificultats cognitives, etc. Poden ser persones exigents, reaccionar de manera malcarada o qualsevol altre situació que pugui requerir habilitat per part del personal administratiu del servei a l'hora de respondre'ls.
- Els infants poden comportar-se amb tranquil·litat o estar especialment inquiets o nerviosos, o fer requeriments continus al personal administratiu (llapis de colors, folis, contes, etc.), per posar alguns exemples.

Requisits del perfil professional que ha de tenir el personal administratiu dels nostres CDIAP

- Ha de tenir experiència i formació en atenció a la ciutadania i, si és possible, en contextos de vulnerabilitat.
- Ha de ser capaç de gestionar requeriments diversos que es donin simultàniament.
- Ha de ser capaç de mantenir la calma, tenir paciència i empatia.
- Ha d'estar habituat a treballar a l'ordinador i estar familiaritzat amb els programes Word, Excel i Access.
- Ha de saber treballar en equip i, alhora, tenir capacitat per organitzar-se la feina de manera autònoma.

Encaix a l'equip del servei

El personal administratiu:

- **Forma part de l'equip del CDIAP** i, per tant, participa en les reunions d'equip. En l'anàlisi de casos pot aportar informació útil a partir de l'observació a la recepció i de les interaccions amb la família i l'infant des del seu encàrrec.
- **No forma part de l'equip terapèutic** i, per tant, no participa en les supervisions de casos o d'intervenció grupal ni en les sessions clíniques. Sí que pot fer-ho amb caràcter excepcional en determinats casos en què es consideri oportú que hi sigui.

Formació permanent

La formació permanent del personal administratiu és imprescindible.

- En els programes informàtics que ha d'utilitzar.
- Formació en habilitats d'atenció al públic i gestió de conflictes.
- Formació transversal: gestió i protecció de dades, organització del temps, sistema d'arxiu de la documentació, etc.
- Coneixements generals de temàtiques específiques: violència masclista, etc.

La formació podrà proporcionar-la el mateix Ajuntament o bé pot tractar-se d'una oferta externa, a la qual es facilitarà l'assistència quan sigui pertinent a l'encàrrec aquí definit.

Coordinació per perfil professional entre tots dos CDIAP

En el context del Model municipal dels nostres CDIAP, aquesta coordinació:

- Es realitzarà trimestralment.
- Hi participarà el personal administratiu de tots dos CDIAP.

- Cada reunió es realitzarà de manera alterna al CDIAP EIPI Ciutat Vella i al CDIAP EIPI Nou Barris. Es podrà utilitzar també la seu de l'IMPD.
- La programació d'aquestes trobades de coordinació es notificarà amb prou antelació a la direcció de cada CDIAP per tal que pugui preveure la cobertura de la recepció durant la seva absència.

Escrit elaborat per:

Rosa Ballester Rius (CDIAP EIPI Nou Barris)

Montserrat Grau Maña (CDIAP EIPI Ciutat Vella i CDIAP EIPI Nou Barris)

Olga Martínez García (CDIAP EIPI Ciutat Vella)

Annex II

Funcions i perfil de la figura de psicomotricista en el context dels CDIAP de l'IMPD

Sumari

1. Introducció
 2. Definició de la psicomotricitat
 3. Referents teòrics
 4. Especificitat de la psicomotricitat en un CDIAP
 5. Quan està indicada la intervenció de la figura de psicomotricista
 6. Funcions de la figura de psicomotricista en el context d'un CDIAP
 7. Nivells o modalitats d'intervenció
 8. Requisits formatius que hauria de tenir un/a psicomotricista per treballar en un CDIAP
 9. Perspectives de futur
 10. Bibliografia
-

1. Introducció

La normativa legal vigent, en definir la composició de l'equip interdisciplinari d'un CDIAP, preveu la figura de psicomotricista que, [... tot i no ser obligatòria, sí que és recomanable atès el ventall d'edat dels infants atesos ...]. (Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011, vigent).

Els CDIAP de l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat (IMPD) de l'Ajuntament de Barcelona disposen de professionals de la psicomotricitat des del 2016 a Ciutat Vella i des del 2017 a Nou Barris. Cal definir les seves funcions, perfil i encaix dins l'equip ja que, a diferència del que succeeix amb les figures definides com a

obligatòries dins l'equip interdisciplinari d'un CDIAP, no hi ha cap document de la Generalitat que ho faci.

En aquest document es defineix també en quines situacions està indicada la intervenció de la figura de psicomotricista.

2. Definició de la psicomotricitat

Des del juliol de 2004, diferents professionals que treballen com a psicomotricistes als equips d'atenció precoç de CDIAP de Catalunya van constituir el grup de treball de psicomotricistes de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP). Aquest grup es crea amb l'objectiu de reflexionar i definir què és específic i peculiar del treball de la figura de psicomotricista en atenció precoç. Partint de la pràctica de cada una de les persones professionals en els seus llocs de feina, es recorre a la teoria per reflexionar conjuntament i definir el marc teòric i pràctic de la figura del psicomotricista en el context d'un CDIAP. Fruit del treball d'aquest grup de professionals, s'elabora el "Document marc de la psicomotricitat en atenció precoç".

Partim d'aquest document elaborat des de la pràctica i el saber de professionals psicomotricistes amb experiència en CDIAP de la Xarxa Pública a l'hora de definir la psicomotricitat.

Segons la definició consensuada per la Federació d'Associacions de Psicomotricitat de l'Estat Espanyol (FAPEE):

[... La psicomotricitat és una disciplina que, tenint com a base una concepció integral de l'ésser humà, s'ocupa de la interacció que s'estableix entre el coneixement, l'emoció, el cos i el moviment, i de la seva importància per al desenvolupament de la persona, així com de la seva capacitat per expressar-se i relacionar-se en un context social...].

Al "Document marc de la psicomotricitat en atenció precoç" es destaquen dos aspectes clau.⁶⁹

a. Entenem el cos com a expressió del psiquisme de l'infant

[... Cos entès no solament com a organisme sinó també en la seva dimensió subjectiva. Des d'aquest punt de vista el cos pren un valor de significant d'uns significats que tenen a veure amb la identitat de la persona, amb els seus desitjos, les seves emocions i sentiments, i les seves necessitats (dimensions simbòlica, imaginària i real del cos) ...].

b. Entenem el cos com a mitjà de relació amb l'altre

[... Aquest cos que s'expressa esdevé significatiu perquè hi ha algú que rep el missatge. És en la relació que els significats prenen sentit. L'infant és perquè l'altre el reconeix

69. El text entre clàudators sense estar entre cometes recull cites textuais del Document marc esmentat. El text en cursiva entre cometes són cites d'altres autories incloses al Document marc.

en una relació. Aquesta relació esdevindrà vincle amb aquelles persones amb les quals es donin unes condicions privilegiades, per afecte o dedicació. I a través del vincle circularà la comunicació en contínua interrelació. Un autèntic diàleg corporal.

“El concepto de psicomotricidad surge, a principios del siglo XX, en patología, para vincular la estrecha relación entre lo psicológico (psico) y la manera de manifestarse (motricidad). Rompe con la dualidad de Descartes de entender al individuo como una dualidad mente-cuerpo, entendiendo a la persona como una unidad que vive y se expresa globalmente.

El núcleo común de las diversas definiciones de psicomotricidad lo encontramos en la concepción del hombre como un ser global, entendiéndolo como una unidad psicosomática que se expresa a partir del cuerpo y del movimiento” ...].⁷⁰

La mirada des de la psicomotricitat entén l'infant com a ésser global, constructor actiu i autònom en cada un dels seus estadis, obert al món i a l'entorn social del qual depèn, amb capacitat d'acció i iniciativa, ple d'afectes, emocions, sensacions, plaers i desplaers, pors i ansietats en funció de la qualitat de les relacions que experimenta amb les persones i amb el món. El procés de desenvolupament es construeix i es concreta en la interrelació de la criatura amb el seu entorn, un entorn essencialment humà, però també material, cultural i social. Un continu d'experiències i d'influències mútues que configuren el procés propi i singular de la maduració de cada criatura. S'entén el desenvolupament com un procés dinàmic, sustentat en l'evolució biològica, psicològica i social.

El/La psicomotricista s'especialitza en la comprensió per la via corporal o de l'expressivitat psicomotriu dels infants. S'entrena, es forma en el terreny teòric, pràctic i personal (treball personal des de i amb el seu propi cos des d'aquesta mirada global) en poder captar l'expressivitat motriu del nen o la nena, per anar ajudant a donar sentit. Ofereix **la seva pròpia disponibilitat corporal** com a mitjà de relació terapèutica amb l'infant, els quals es converteixen en els protagonistes d'aquesta relació. Ofereix el seu cos com a vehicle de relació i comunicació.

[... Trabajamos por la vía corporal, vía que, en estos primeros momentos de la vida del niño y de la niña, con un lenguaje y una capacidad simbólica incipientes, constituye su modo privilegiado de expresarse y de relacionarse. El niño pequeño es un ser global que expresa todo su potencial físico, afectivo y cognitivo por la vía corporal. A su vez, el propio psicomotricista, especialista en la comprensión de esta vía, ofrece su propia disponibilidad corporal como medio de relación terapéutica con el niño, que se convierte en protagonista de esta relación privilegiada. Esto es lo específico de la terapia psicomotriz: la expresión por la vía corporal y su comprensión y disponibilidad por parte del terapeuta ...].⁷¹

70. Miguel Llorca Linares (2006). “El juego: recurso básico en psicomotricidad”. “Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales”. Núm. 22. Pàg. 153 a 164.

71. Anna Luna i Rikardo Acebo (2008). “La sala de psicomotricidad en atención temprana”. “Desenvolupa”. Núm. 29. Pàg. 73 a 81.

3. Referents teòrics

La psicomotricitat beu de diferents fonts, com són:

- La psicologia evolutiva (J. Piaget i H. Wallon)
- Psicologia dinàmica (S. Freud, M. Klein, J. Lacan, D. Winnicott i D. Anzieu)
- La pediatria (E. Pikler)

Referents teòrics propis de la psicomotricitat:

- Bernard Aucouturier
- André Lapierre
- Giuseppe Benincasa
- Myrta Chokler
- Henri Wallon
- Daniel Calmels
- Cori Camps Llauradó
- José Ángel Rodríguez Ribas
- Josep Rota
- Julián de Ajuriaguerra

4. Especificitat de la psicomotricitat en un CDIAP

Des del document marc elaborat pel grup d'estudi de psicomotricistes de l'ACAP es defineix que l'especificitat de la disciplina és la següent:

[... La particularitat del/de la psicomotricista en aquests equips consisteix a crear les condicions adients en la relació amb l'infant perquè aquest pugui viure una experiència del seu cos en moviment que li permeti fer i “re-fer” –si és oportú– el seu procés de construcció d'identitat com a subjecte. En alguns casos es tractarà de facilitar l'experiència d'exploració i coneixement del món, a més a més de la relació de l'infant amb la seva figura de referència a través del vincle, i en d'altres amb la figura del/de la psicomotricista.

En qualsevol cas, el focus se situa en **l'experiència corporal de l'infant** dins d'una relació; experiència que mou sempre l'emoció i pren un significat. Cos entès com a element exterior i visible, representant d'un interior invisible.

El/La psicomotricista es fixa en el cos de l'infant i hi “llegeix”, en la seva tonicitat i en la seva acció, l'expressió del seu psiquisme, tant conscient com inconscient. A partir del joc espontani de l'infant, l'observació psicomotriu es realitza des d'una posició interactiva, amb la intenció de captar el sentit que tingui per a l'infant la seva acció. És per això que el/la psicomotricista juga amb l'infant establint una relació a partir de

l'escolta, compartint l'emoció i amb **disponibilitat corporal**, és a dir, posant el seu propi cos en joc. Cos com a vehicle de comunicació, per als dos, cos com a vehicle de relació.

Parlem de **ressonàncies tonicoemocionals** com l'efecte que la relació corporal i el joc motriu amb l'infant tenen sobre el/la psicomotricista (i viceversa també). L'observació d'aquestes ressonàncies, així com l'observació dels paràmetres corporals i motrius de l'infant seran les vies d'accés per conèixer-lo, per entendre'l; perquè la història de relació i la història emocional de l'infant està "escrita" en el seu cos i en les seves accions.

És necessari destacar la importància que té en el treball del o de la psicomotricista la constant revisió i reflexió sobre el que és seu i el que és de l'infant (emocions i sensacions) que es mouen en els jocs, perquè la relació sigui suficientment clara i eficaç per al procés de desenvolupament d'aquest. De manera que, a la sempre necessària tasca de supervisió de la feina, s'hi hauria d'afegir una especificitat de treball personal des d'una perspectiva corporal per garantir la claredat en la percepció dels paràmetres d'expressivitat motriu, tant propis com de l'infant.

En el treball del i la psicomotricista també intervé el **llenguatge verbal**, com a instrument de comunicació i d'expressió plenament humà. Un llenguatge verbal que acompanya l'acció, que organitza l'acció i articula l'experiència corporal amb els continguts de la seva original biografia. També el llenguatge verbal servirà per donar sentit a la mateixa història de relació que es construeix amb el/la psicomotricista. Una paraula viva, que neix del cos (com a so, crit o música...) i transforma la vivència en pensament. La paraula no està exclosa del treball psicomotriu. Ben al contrari, suposa la conquesta del sentit en el procés de construcció de la subjectivitat de l'infant ...].

Amb el que s'ha exposat fins ara, destaquem que l'especificitat de la psicomotricitat dins els equips dels CDIAP està directament relacionada amb el moment maduratiu de l'infant i la necessitat de ser abordat des de la globalitat. Entenent que l'abordatge global específic del o de la psicomotricista és des de la indicació d'un abordatge per la via corporal d'infants que no estan encara subjectivats i en aquest cas és indicat passar per un treball que impliqui el cos i les ressonàncies tonicoemocionals, descrites anteriorment. Infants que estiguin en un moment arcaic, on hi hagi poc llenguatge i la única forma d'expressar que tinguin sigui el moviment i l'acció.

L'atenció precoç es basa en una mirada global de l'infant que integra els aspectes biològics, psicològics i socials. Per garantir aquesta mirada, i tal i com està descrit al Model municipal dels CDIAP de l'IMPD, és important parlar des de la interdisciplinarietat. [... Dins l'àmbit de l'Atenció Precoç el discurs de la Psicomotricitat ha d'articular-se amb el de les altres disciplines que hi participen, com la neuropediatria, la psicologia, la fisioteràpia o la logopèdia, per aconseguir assolir una comprensió global, vàlida i útil de la realitat vital d'aquell infant i la seva família ...]. El grup de treball de psicomotricistes de l'ACAP porta temps treballant en aquest sentit.

Per tal de poder garantir la mirada bio-psico-social, que suposa un repte, hem de posar una atenció i una revisió constant, a través de la participació i creació dels

espais necessaris, perquè aquesta interdisciplinarietat es pugui garantir al màxim de les nostres possibilitats. Cal garantir una actitud de respecte i d'escolta, un diàleg entre maneres diferents de mirar i de fer, buscar l'equilibri entre les diferents disciplines que integren el CDIAP, espais de trobada necessaris, etc. [... Ahora que es fa necessari que hi hagi un marc conceptual comú sobre el psiquisme de l'infant. Aquesta articulació interdisciplinària es produirà com a efecte del treball clínic de tot l'equip i trobarà els seus espais d'ajust i diàleg en les coordinacions externes, supervisions, reunions d'equip i de casos clínics que es puguin realitzar ...]. (Document marc ACAP)

Seguint amb l'articulació del treball global en els CDIAP, fem referència al Model on diu [... La interdisciplinarietat no és suficient per poder assegurar la integració de les mirades bio-psico-socials. Cal assolir, a més, la transdisciplinarietat. Un tret definitori de l'atenció precoç és justament que requereix que es treballi en equip interdisciplinari però també que els i les professionals de les diferents disciplines acabin incorporant elements de les altres. O dit amb altres paraules, és necessari que cada professional i disciplina de l'equip d'un CDIAP incorpori coneixements de la resta de disciplines i professionals per assolir una atenció el més global possible ...].

Des d'aquesta vessant transdisciplinària, l'especificitat que pot aportar la psicomotricitat és la sala de treball (sala de psicomotricitat) com un element que pot aportar la disciplina a l'equip. L'espai on poder mirar l'infant en un context ampli de moviment. Ja que entenem que la sala es pot fer servir per totes les disciplines que s'integren en aquest equip.

També es pot aportar la mirada partint del que sí fa l'infant i no del que li manca. A la sala observem i detectem en quin moment evolutiu es troba l'infant per com són les seves accions i els seus jocs, i des d'aquí és des d'on intervenim. Fent servir "el rodeo" com a principi per on abordar el procés de construcció i/o reconstrucció de i amb l'infant.

5. Quan està indicada la intervenció de la figura de psicomotricista

Basant-nos en el document marc del grup de psicomotricistes de l'ACAP, considerem que la pràctica psicomotriu terapèutica és un abordatge indicat en:

Infants que presenten diferents graus d'immaduresa o retard en el seu desenvolupament, circumstància que els suposa una experiència del seu cos poc plaent, sigui per dificultats somàtiques, seqüeles de prematuritat o afectacions sindròmiques vàries.

Ens referim a infants que, per diferents problemàtiques que afecten directament el cos físic, el cos real, han tingut una vivència del cos desplaent. Criatures en què, amb independència del grau d'autonomia i funcionalitat aconseguit, no hi ha integració del propi cos, de l'esquema corporal i de la imatge corporal.

Infants que expressen a través del cos el seu malestar psíquic o relacional, ja sigui per excés de moviment, per inhibició o en trastorns més greus de relació i comunicació.

Ens referim a infants amb molta falta d'integració dels límits dins/fora, molta impulsivitat i descàrrega motriu o, al contrari, inhibició. Nens i nenes que manifesten el seu malestar fonamentalment a través del cos.

Infants amb un quasi nul accés al símbol (simbòlic) i al llenguatge. Amb un funcionament molt arcaic, molt poca subjectivació, en el quals la manera de “dir-se” és a través fonamentalment de l'acció i el moviment.

En aquest punt, es poden incloure diversos infants, així com diferents motius pels quals arriben al servei.

Transfronteres amb les altres disciplines que integren l'equip d'un CDIAP

Psicologia/psicomotricitat

Quan hi ha cert accés al registre simbòlic i al llenguatge, encara que sigui precari, es treballen aspectes purament de l'emocionalitat que corresponen al/a la professional de la psicologia. En infants en què el comportament és molt arcaic i amb un casi nul –o sense– accés al registre simbòlic on l'única manera de començar a establir una comunicació significativa amb l'entorn és a través de l'acció, el cos i el moviment.

Fisioteràpia/psicomotricitat

Com hem escrit anteriorment, ens referim a infants a qui la problemàtica afecta directament al cos físic (real) on ja ha treballat el/la fisioterapeuta per aconseguir una funcionalitat i un moviment, però cal fer un treball per tal d'integrar el cos en l'aspecte somatopsíquic.

Logopèdia/psicomotricitat

Infants que no tenen una integració del cos, més globalment, i els dificulta poder fer un treball orofacial.

6. Funcions de la figura de psicomotricista en el context d'un CDIAP

Funcions generals en relació amb el procés global d'atenció

- Pot realitzar l'entrevista d'acollida sempre que calgui.
- Participar en la fase de valoració diagnòstica inicial del cas, sempre que calgui, aportant a l'equip interdisciplinari la seva hipòtesi diagnòstica des de l'especificitat de la psicomotricitat.

- Realitzar l'entrevista devolutiva a la família un cop finalitzada la fase de valoració diagnòstica inicial quan sigui el/la professional referent del cas. O participar-hi sempre que es consideri adient.
- Proporcionar atenció de tractament en els casos que calgui, sigui individual, familiar i/o grupal.
- Coordinació amb els serveis, professionals i/o recursos del territori que intervenen en el cas.

Funcions relació amb l'infant

- Realitzar la hipòtesi diagnòstica psicomotriu que orienti el tractament amb l'infant.
- Valorar la necessitat de sol·licitar, si escau, proves específiques i/o la consulta a altres professionals.
- Col·laborar en la definició per a cada cas del pla d'atenció terapèutica (PAT) com a membre de l'equip interdisciplinari del servei i confeccionar el programa específic de tractament psicomotriu amb l'infant de manera coherent i articulada amb el PAT.
- Portar a terme la intervenció psicomotriu tenint en compte l'infant com a subjecte actiu del seu procés evolutiu.
- Revisar periòdicament el pla terapèutic, com a mínim un cop l'any.
- Avaluació continuada del procés de desenvolupament de l'infant.
- Portar un registre actualitzat de les sessions amb les dades significatives.
- Incorporar a l'e-UCCAP tota la informació de la intervenció realitzada amb l'infant.
- Informar, explicar i anticipar a l'infant, ajustant-nos al seu moment maduratiu, el tractament que rep al CDIAP.
- Elaborar els informes de l'infant en relació amb l'àmbit de la seva competència.
- Participar en el procés de finalització de la relació terapèutica dels casos que no requereixen derivació, acompanyant l'infant i la família, així com gestionar la desvinculació de la família amb el servei.
- Participar en el procés de derivació, si es considera necessari, de l'infant i la família, amb la finalitat de transferir la responsabilitat del tractament a un altre servei o dispositiu d'atenció a la primera infància, així com gestionar la desvinculació de la família amb el servei.

Funcions en relació amb la família

- Recollir la informació bàsica en relació amb els diferents aspectes evolutius i de desenvolupament globals de l'infant, els seus antecedents, els símptomes i les dificultats, així com les dades relacionades amb el seu entorn.
- Facilitar la informació necessària per promoure la participació activa de l'infant i la seva família en el desenvolupament dels objectius a assolir, tenint en compte les seves capacitats i necessitats.

- Ajudar a entendre les dificultats de l'infant en cada moment i a descobrir-ne les seves capacitats, tant amb la família com en el seu entorn significatiu.
- Escoltar, contenir i acompanyar els processos emocionals de la família durant el procés terapèutic, afavorint els aspectes relacionals i de vincle.
- Orientar i donar suport a la criança, individualment o conjuntament amb un/a altre/a professional de l'equip.
- Fer entrevistes de suport i seguiment amb la família.

Funcions en relació amb l'equip interdisciplinari del servei

- Participar en les reunions periòdiques d'equip interdisciplinari.
- Elaborar, amb la resta de l'equip, criteris de funcionament de l'equip interdisciplinari i d'atenció a l'infant i a la seva família (priorització, derivació, tipologia d'atenció, etc.).
- Participar en la valoració interdisciplinària dels casos.
- Participar coordinadament en l'elaboració del diagnòstic, en el pla d'atenció terapèutica i del seguiment de casos, així com definir el/la professional de referència.
- Realitzar tractament conjuntament amb altres professionals quan sigui necessari.
- Assessorar i aportar a l'equip la informació de l'àmbit de la seva competència.
- Participar en les sessions clíniques i espais de supervisió.
- Participar conjuntament amb l'equip en tasques de prevenció i coordinació.
- Participar en l'elaboració de plans de millora i línies d'actuació futures.
- Participar en la planificació de la baixa i/o derivació de l'infant i la seva família a un altre servei.

Funcions en relació amb el servei

- Participar en la planificació d'objectius generals del CDIAP.
- Participar en l'elaboració de la memòria d'activitat anual i facilitar les dades relatives a l'àmbit de la seva competència.
- Participar en la revisió i seguiment del reglament de règim intern i complir-ne les normes i les de funcionament del centre.
- Col·laborar i participar en l'elaboració, aplicació i revisió dels protocols del servei d'atenció precoç i dels protocols d'articulació amb els serveis del territori de diferents àmbits.
- Realitzar i/o participar en la posada en marxa de nous projectes.
- Col·laborar en el pla d'incorporació de nous/noves professionals a l'equip.
- Vetllar per la protecció de dades i la confidencialitat.

- Vetllar per la qualitat assistencial.
- Vetllar pel manteniment i bon ús del material i per la seva actualització.
- Assistir a les reunions institucionals, si escau.
- Participar conjuntament en els plans de millora del servei.
- Contribuir a la bona convivència del servei.

Funcions en relació amb altres professionals i serveis del territori

- Treballar en xarxa amb altres professionals i serveis del territori relacionats amb la primera infància per establir, en l'àmbit de la seva competència, mecanismes de prevenció i intervenció comunitària.
- Realitzar i/o participar en estudis i projectes de sensibilització i prevenció primària i secundària a la comunitat.
- Participar en campanyes de divulgació i prevenció en col·laboració amb els dispositius d'atenció a la primera infància de la zona sobre el desenvolupament global de l'infant (motriu-emocional-cognitiu).
- Coordinar-se amb els diferents serveis públics i/o privats dels àmbits educatiu, sanitari i social, ja siguin generals o específics.
- Conèixer els serveis, recursos e institucions del territori relacionats amb la primera infància.
- Conèixer les característiques sociològiques de la població atesa.

Funcions en relació amb la formació, recerca i docència

- Col·laborar, en l'àmbit de la seva competència, en la formació continuada dels i les professionals del servei d'atenció precoç i d'altres serveis i en la formació d'alumnes de pràctiques, etc.
- Impartir i/o participar en activitats formatives, jornades, cursos, seminaris i en comissions de caràcter tècnic.
- Transmetre a la resta de l'equip els continguts i els coneixements adquirits en la formació continuada.
- Fer propostes de formació sobre les necessitats detectades per l'equip interdisciplinari o servei.
- Elaborar i participar en estudis, projectes d'investigació, docència i recerca en l'àmbit de l'atenció precoç interns i externs al centre.

Altres funcions

- Participar i col·laborar amb el grup d'estudi de psicomotricistes de l'ACAP.
- Coordinació de les/dels professionals psicomotricistes d'ambdós CDIAP (IMPD).

7. Nivells o modalitats d'intervenció

L'atenció directa

Individualitzada

[... Aquesta serà la modalitat més adequada quan l'infant manifesta una alteració o trastorn en ell mateix, en la seva constitució psíquica, i l'expressa, preferentment, a través del seu cos i del moviment. Serà l'oportunitat de construir, o re-construir, una relació de qualitat amb un adult contenidor i ajustat.

La relació es construeix a partir del lloc, com a subjecte, que el/la psicomotricista dona a l'infant. Partint del seu desig i oferint-se com a company/a, simbòlic i/o company/a de joc, el/la terapeuta psicomotricista pot ajudar l'infant a conquerir i descobrir les seves possibilitats reals, que el portaran a acceptar-se a si mateix, i millorar la seva relació amb els altres. ...]. (Document marc del grup de treball de psicomotricistes de l'ACAP).

Individual-familiar

En aquells casos en què la relació amb la família i/o les persones cuidadores principals està poc ajustada i pot afectar el procés de construcció de la pròpia identitat de l'infant, podem treballar des d'aquesta modalitat. Específicament amb aquelles famílies que poden aprofitar més un espai terapèutic per la via corporal per relacionar-se amb el seu infant.

Quan l'infant, pel seu moment maduratiu, encara no està preparat per separar-se de la seva família i vincular-se a una altra persona és adient treballar amb la família a la sala. En aquests casos, des de la psicomotricitat s'implica la família, també en l'aspecte corporal. Treballen des de la seva pròpia història expressada en el terreny corporal.

Grupal

Grups d'infants

[... El format d'abordatge psicomotriu facilita intervencions en petit grup, que suposen una oportunitat original i valuosa per accedir a l'experiència de relació amb els altres en un context de seguretat, garantida per la presència i la mirada intencionades i contenedores d'una persona adulta.

Durant el període d'atenció precoç el treball en petit grup és un recurs vàlid com a fase del treball, posterior a la intervenció individual en què s'han pogut consolidar i fonamentar els processos de vinculació i individuació. Permet assajar en petit format les situacions de rivalitat, conflicte, comunicació i negociació pròpies de qualsevol experiència de relació, per cercar formes de resoldre-les que siguin satisfactòries per a l'infant ...]. (Document marc del grup de treball de psicomotricistes de l'ACAP).

Grups de famílies

Aquest format d'abordatge psicomotriu facilita les intervencions amb un grup de famílies i els seus fills i filles dins la sala. Suposa una oportunitat per poder treballar en

grup la vinculació, les diferències entre els infants; afavoreix la individualitat de cadascú i enriqueix el joc a través de la via corporal.

La prevenció primària i secundària

Obre un ventall de possibilitats ampli, entès en el sentit de com aportar la mirada i la pràctica psicomotriu als entorns quotidians dels infants (escoles bressol, etapa d'infantil) i a la comunitat i altres serveis que conformen la xarxa del territori que estan en relació directa amb els infants de 0-6 anys i les seves famílies.

8. Requisits formatius que hauria de tenir un/a psicomotricista per treballar en un CDIAP

Formació

En el context d'aquest Model municipal, i en espera del que es pugui establir en l'àmbit de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya, es defineixen els mínims formatius necessaris per treballar als nostres CDIAP a partir de les formacions reconegudes per l'Associació Europea d'Escoles de Formació en la Pràctica Psicomotriu (ASEFOP).

Formació de 900 hores, repartides en tres anys, en les quals es tracta el treball des de la vessant educativa/preventiva i des de la vessant terapèutica. Aquests tres anys de formació comprenen dos nivells diferenciats: un primer any de formació en pràctica "educativa-preventiva" i dos anys més d'especialització en "ajuda terapèutica".

Per a l'accés a l'especialització en "psicomotricitat terapèutica" es requereix una formació universitària de base. Es considera que la formació prèvia més indicada per treballar en el context de l'atenció precoç correspon a les disciplines de: logopèdia, fisioteràpia, psicologia, treball social, pedagogia i teràpia ocupacional.

Els continguts del programa formatiu en psicomotricitat estan organitzats per ajudar les persones participants al desenvolupament d'una formació que s'articula i s'integra progressivament. Els continguts estructurats en tres eixos de treball amb temps i formes específiques:

Formació personal

És l'àrea central de la formació, que facilita la consciència i la integració de la pròpia unitat psicosomàtica amb moments d'implicació tònica i emocional.

L'objectiu és que la persona participant accedeixi al sistema d'actituds necessari per a la relació d'ajuda psicomotriu.

Aquesta formació passa, bàsicament, per la via corporal, mitjançant situacions de grup, petit grup i individuals, acompanyades de moments de reflexió personal i en grup, que portin a la representació a través de la paraula (parlada i escrita) i de la plàstica.

Formació teòrica

L'objectiu és integrar:

- El procés de maduració psicològica de l'infant per la via motriu.
- Els indicis de la patologia d'aquesta maduració i del sentit dels símptomes expressats.
- Els principis de l'acció i les estratègies d'intervenció necessàries per a l'ajuda educativa o terapèutica.

El debat en petit grup i el debat obert s'alternen amb les aportacions de professionals experts i expertes, textos de suport i l'anàlisi de la pròpia pràctica.

Formació pedagògica

És el punt on s'articulen la formació teòrica i la formació personal. L'objectiu és adquirir una qualitat d'intervenció en la relació d'ajuda a l'infant.

Cada participant, amb les seves intervencions, actualitza els coneixements teòrics i, per mitjà del contacte directe a la sala de psicomotricitat, posa en evidència els elements fonamentals del propi desenvolupament personal.

D'aquesta manera adquireix un compromís gradual assumint progressivament la responsabilitat de la sessió, dirigida per un tutor o tutora. Aquesta progressió es fa en tres fases: observació, cointervenció, anàlisi i treball autònom supervisat.

Sistema d'actituds

Les actituds i capacitats que ha de tenir el/la psicomotricista que treballi en un CDIAP són o estan referides a:

- Propiciar en l'infant unes condicions favorables de seguretat afectiva i material perquè pugui viure la seva expressivitat.
- Garantir un entorn maternant i una autoritat que estructurari.
- Capacitat empàtica de posar-se en el lloc de l'infant o de la família sense perdre la pròpia identitat.
- Tenir una mirada perifèrica.
- Capacitat d'escolta, disponibilitat, ajust tonicopostural i acompanyament. Així com també la mal·leabilitat i la plasticitat en la relació amb l'infant.
- Posició asimètrica en la relació amb l'infant.

9. Perspectives de futur

Recollim a continuació les consideracions que es fan al document marc del grup de psicomotricistes de l'ACAP:

[... Pensem que la psicomotricitat pot ser de gran utilitat en el tractament de “noves” patologies, menys definides en la seva simptomatologia i que impliquen factors constitucionals i relacionals, conjuntament. Són casos que combinen signes lleus de problemes de funcionament somàtic així com problemes emocionals d'adaptació per raons d'experiència afectiva o cultural.

En ells, la via del cos és la privilegiada per arribar a contactar amb el subjecte-que-pateix i oferir-li unes condicions per transformar la seva experiència vital.

Pensem que la psicomotricitat pot ser una eina molt útil en la prevenció en salut mental en els àmbits educatius normalitzats dels infants: llars d'infants o escoles d'educació infantil.

Pensem que la psicomotricitat pot oferir eines i experiència en el treball amb petits grups d'infants que poden ser considerades un recurs assistencial amb moltes possibilitats per atendre els infants dels CDIAP entre els 4 i els 6 anys ...].

10. Bibliografia

- **Grup de treball de l'ACAP** (2004). “La psicomotricitat en atenció precoç. Document marc”. Membres del grup: Luna, A.; Saís, X.; Díaz, E.; Navarro, S.; Farrús, R.; Pijoan M.; Izquierdo, A.; Mañosa, M.; Fortuny, A.; Morales, F. i Cequiell.
- **Anna Luna i Rikardo Acebo** (2008). “La sala de psicomotricidad en atención temprana”. “Desenvolupa”. Núm. 29. Pàg. 73 a 81.
- **Miguel Llorca Linares** (2006). “El juego: recurso básico en psicomotricidad”. “Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales”. Núm. 22. Pàg. 153 a 164.

Autoria intel·lectual:

Alicia Apolo Llerena, psicomotricista del CDIAP EIPI Ciutat Vella

Marta Lozano Miró, psicomotricista del CDIAP EIPI Nou Barris

Annex III

L'encaix del treball social dins l'equip interdisciplinari en el context dels CDIAP de l'IMPD

Premisses de partida

1. La disciplina del treball social té la responsabilitat d'aportar la “perspectiva social” en el conjunt de la mirada bio-psico-social que ha de garantir l'equip interdisciplinari del CDIAP. Aquesta és la seva aportació específica en el conjunt de disciplines que conformen l'equip del servei.
2. L'objecte que motiva la intervenció de la disciplina de treball social és:
 - L'existència o sospita de situacions de vulnerabilitat i de situacions de risc per al desenvolupament de l'infant.
 - La prevenció d'aquestes situacions.
3. Intervé en:
 - El treball de casos en l'àmbit familiar (persones cuidadores i dinàmiques familiars) i grupal.
 - En l'àmbit comunitari:
 - En projectes i actuacions de prevenció primària i secundària que incorporin l'objectiu de treballar aspectes de criança i habilitats parentals.
 - En projectes de presència i participació en la xarxa de serveis del territori.
4. Les funcions, perfil i formació de la disciplina de treball social en el context d'un CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya estan ja definides al document de la Generalitat de Catalunya elaborat per un grup de persones expertes.

Introducció

Malgrat aquestes premisses, la figura del treball social no sempre troba l'encaix adequat dins l'equip interdisciplinari d'un CDIAP. Sovint costa delimitar el camp de treball d'aquesta disciplina en el context d'un CDIAP. Pot ser, en aquest cas, que la transdisciplinarietat s'ha imposat en detriment de la interdisciplinarietat, de manera que la "mirada social" és compartida per tothom i l'aportació específica del treball social a l'equip interdisciplinari no troba l'espai adequat. Sovint és difícil que la resta de l'equip entengui les seves funcions i les inclogui en els casos necessaris a partir de detectar i comprendre la problemàtica social.

Volem trobar l'encaix adequat de la figura del treball social dins l'equip interdisciplinari del servei per tal d'assolir la mirada integral bio-psico-social que tot CDIAP ha de garantir en l'atenció que proporciona a infants, família i entorn.

Objectiu d'aquest document

Millorar l'encaix de la disciplina del treball social dins l'equip interdisciplinari dels nostres dos CDIAP.

La intervenció del treball social en el treball de casos en el context dels CDIAP de l'IMPD

L'entrevista d'acollida

Als nostres CDIAP és la figura del treball social qui realitza d'ordinari l'entrevista d'acollida, tot i que la resta de perfils professionals també les fan davant absències prolongades (vacances, baixa per malaltia o similars) o per sobrecàrrega d'aquest/a professional de manera que es vegi amenaçat el compliment de l'estàndard de qualitat que marca un màxim de 30 dies naturals entre la data de demanda d'atenció per part de la família i la realització o programació de l'entrevista d'acollida.

A l'IMPD hem optat perquè sigui la disciplina del treball social qui, habitualment, realitzi les entrevistes d'acollida en considerar que els CDIAP formen part del Sistema de Serveis Socials i que els districtes on prestem el servei d'atenció precoç (Ciutat Vella i Nou Barris) tenen un índex de vulnerabilitat social alt en bona part del territori.

L'entrevista d'acollida té uns objectius i un procediment recollits a l'Acreditació d'una gestió de qualitat del CDIAP, que ha de garantir la persona professional que la realitza, sigui de la disciplina que sigui.

La prioritat en la fase d'acollida és:

- escoltar i recollir la demanda de la família,

- explicar el funcionament del CDIAP i en què els podem ajudar,
- valorar la idoneïtat de la demanda i la seva prioritat, quan calgui,
- procedir a la signatura de la sol·licitud d'atenció segons el protocol de la Generalitat així com tota la documentació que defineix els compromisos i els termes de la relació assistencial que s'inicia,
- i, sobretot, aconseguir que la família se senti acollida i iniciar l'establiment d'una vinculació de confiança amb el servei.

En aquest primer contacte del servei no es pot –ni s'ha de– anar més enllà.

Un cop finalitzada l'entrevista, el/la treballador/a social (o qui faci l'entrevista d'acollida) en aplicació dels criteris acordats prèviament de manera conjunta pels equips interdisciplinaris de tots dos CDIAP de l'IMPD:

- Assigna els perfils professionals que començaran la fase de valoració diagnòstica inicial.
- Especifica si la seqüència d'intervencions és simultània o ha de ser consecutiva i, en aquest cas, quin ha de ser l'ordre d'intervenció.
- Especifica quina de les disciplines participants serà la que assumeixi la referència del cas.

Quan ha d'intervenir la disciplina del treball social en la fase de valoració diagnòstica inicial?

Sempre que:

- Es detecti la presència d'indicadors de vulnerabilitat social o de risc social.
 - Es detectin punts febles o mancances en la criança per part de la família, tot i que no estiguin presents altres factors de vulnerabilitat.
-

Es poden donar dues situacions:

a) Que el/la treballadora social formi part des del primer moment de l'equip interdisciplinari del cas que ha d'iniciar la valoració diagnòstica inicial.

Això passa quan:

- La petició de suport a la criança forma part de la demanda d'atenció de la família.
- El servei derivador informa de la presència d'indicadors de vulnerabilitat social o de risc social; o bé indica la necessitat d'orientació i suport a la criança.
- A l'entrevista d'acollida es detecta qualsevol d'aquestes situacions. Això, a la pràctica, no és habitual que passi en l'entrevista d'acollida ja que la informació disponible és encara insuficient.

b) Que el/la treballador/a social s'incorpori a l'equip interdisciplinari del cas un cop la fase de valoració diagnòstica inicial ja està en marxa.

Això passa a requeriment del o de la professional referent del cas quan els/les professionals que han iniciat la valoració diagnòstica identifiquen la presència d'indicadors de vulnerabilitat o de risc social, o es detecta la necessitat d'orientació i suport en la criança.

Detectar la presència d'indicadors conforme aquella família es pot trobar en situació de vulnerabilitat o de risc social és responsabilitat de les persones professionals que estan realitzant la valoració diagnòstica inicial del cas. És procedent, aleshores, demanar la incorporació del o de la treballadora social per tal de completar aquesta fase del procés d'atenció amb la "mirada social".

Es prioritzaran les famílies en situació de risc social.

Correspon al o a la treballador/a social fer la proposta argumentada de prioritització a partir de la informació disponible de cada cas.

Quan ha d'intervenir la disciplina del treball social en la fase de tractament?

Sempre que el diagnòstic sociofamiliar sigui:

- Família en situació de vulnerabilitat social.
 - Família en situació de risc social.
 - Família amb necessitat d'orientació, suport i acompanyament en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral de l'infant (necessitat d'orientació i suport a la criança).
-

Es poden donar dues situacions:

- a. Que el/la treballador/a social ja formi part de l'equip interdisciplinari del cas en la fase de valoració diagnòstica inicial i ho continuï sent en la fase de tractament.
- b. Que el tractament estigui ja començat, fins i tot fa temps, i que noves circumstàncies o noves informacions facin replantejar aspectes de la valoració diagnòstica i del pla d'atenció terapèutica establert.

Quan això passa serà el/la professional referent del cas qui farà el requeriment motivat d'incorporació del o de la treballadora social a l'equip interdisciplinari del cas.

És responsabilitat de les persones professionals que estan intervenint en el cas detectar la presència d'indicadors conforme aquella família es pot trobar, o es troba, en situació de vulnerabilitat o de risc social.

També pot passar que es demani la seva incorporació a l'equip interdisciplinari del cas que iniciarà la fase de tractament en funció de quina sigui la valoració diagnòstica inicial realitzada i del pla d'atenció terapèutica definit amb l'equip interdisciplinari del servei. En aquest supòsit, però, l'adequat seria no donar per tancada la valoració diagnòstica inicial fins a incorporar la “perspectiva social” en l'anàlisi a fer.

Es prioritzarà la seva incorporació a l'equip interdisciplinari del cas quan el diagnòstic sociofamiliar sigui “Família en situació de risc”.

Correspon al o a la treballadora social fer la proposta argumentada de priorització a partir de la informació disponible de cada cas.

Els indicadors de vulnerabilitat i de risc. El QÜAIS, una eina útil a la resta de disciplines

Quan les persones professionals que conformen l'equip interdisciplinari del cas detecten indicadors sociofamiliars de vulnerabilitat o de risc, necessàriament han de demanar la incorporació a l'equip de la disciplina del treball social.

Els indicadors sociofamiliars de l'aplicació e-UCCAP

L'aplicació **e-UCCAP**, dins el procés de valoració diagnòstica/apartat 2.3 “Reunió interdisciplinària” (de l'equip interdisciplinari del cas), incorpora tres bateries d'indicadors sociofamiliars:

- Indicadors sociofamiliars de protecció.
- Indicadors sociofamiliars de vulnerabilitat.
- Indicadors sociofamiliars de risc.

Cadascun d'ells obre un desplegable que mostra una sèrie d'indicadors que cal clicar si estan presents en aquell cas concret.

Veiem a continuació quins són aquests indicadors sociofamiliars.

Taula. Indicadors sociofamiliars

Àmbit	Indicadors de PROTECCIÓ
1. Habilitats socials	P.1.1. Recursos personals.
2. Funcions parentals	P.2.1. Necessitats bàsiques cobertes. P.2.2. Habilitats per desenvolupar les funcions parentals. P.2.3. Vincles afectius adequats.
3. Dinàmiques familiars	P.3.1. Dinàmiques familiars estables i definides.
4. Salut	P.4.1. Situació de salut. P.4.2. Cobertura sanitària.
5. Terapèutic	P.5.1. Compliment terapèutic.
6. Escolar	P.6.1. Infants escolaritzats.
7. Laboral	P.7.1. Ocupació laboral.
8. Econòmic	P.8.1. Situació econòmica suficient. P.8.2. Suport econòmic de tercers.
9. Habitatge	P.9.1. Estabilitat en l'habitatge. P.9.2. Habitabilitat del domicili.
10. Xarxes socials	P.10.1. Xarxa de suport informal. P.10.2. Xarxa de suport formal.
11. Legals	P.11.1. Documentació vigent.
12. Altres	P.12.1. Altres.

Àmbit	Indicadors de VULNERABILITAT
1. Habilitats socials	P.1.1. Dèficit de recursos personals.
2. Funcions parentals	P.2.1. Dificultats per atendre necessitats bàsiques. P.2.2. Dificultats per desenvolupar les funcions parentals. P.2.3. Vincles afectius que dificulten la criança.
3. Dinàmiques familiars	P.3.1. Dinàmiques familiars fràgils o inestables. P.3.2. Ruptures familiars. P.3.3. Antecedents de maltractaments. P.3.4. Desbordament familiar.
4. Salut	P.4.1. Problemes de salut en els progenitors. P.4.2. Problemes de salut en el nucli de convivència. P.4.3. Tractaments mèdics o terapèutics en el nucli de convivència.
5. Terapèutic	P.5.1. Dificultats en el compliment del pla terapèutic.

6. Escolar	P.6.1. Excés de permanència a l'escola. P.6.2. Absentisme escolar.
7. Laboral	P.7.1. Ocupació laboral inestable. P.7.2. Recerca activa de feina. P.7.3. Dificultats per a conciliar la vida laboral i familiar.
8. Econòmic	P.8.1. Ingressos irregulars. P.8.2. Mala distribució dels ingressos. P.8.3. Dependència econòmica de tercers
9. Habitatge	P.9.1. Condicions del domicili que poden afectar el desenvolupament de l'infant.
10. Xarxes socials	P.10.1. Xarxa de suport informal insuficient. P.10.2. Xarxa de suport formal insuficient.
11. Legals	P.11.1. Absència del conveni regulador de la guarda dels fills/filles. P.11.2. Antecedents de mesures de protecció a la infància.
12. Altres	P.12.1. Altres. P.12.2. Seguiment de Serveis Socials.

Àmbit	Indicadors de RISC
1. Habilitats socials	—
2. Funcions parentals	P.2.1. Necessitats bàsiques no cobertes. P.2.2. Manca d'habilitats per desenvolupar les funcions parentals. P.2.3. Vincles afectius inadequats.
3. Dinàmiques familiars	P.3.1. Dinàmiques familiars alterades o conflictives. P.3.2. Exposició de l'infant a escenes de violència. P.3.3. Pèrdua d'un progenitor.
4. Salut	P.4.1. Limitacions en l'autonomia dels progenitors. P.4.2. Manca de seguiment mèdic. P.4.3. Complexitat de la malaltia de l'infant. P.4.4. Manca de cobertura sanitària.
5. Terapèutic	P.5.1. Incompliment del pla terapèutic.
6. Escolar	P.6.1 Infants no escolaritzats.
7. Laboral	P.7.1. Dificultats per obtenir un mitjà de subsistència. P.7.2. Activitats delictives o marginals.
8. Econòmic	P.8.1. Situació econòmica insuficient. P.8.2. Ingressos econòmics d'activitats marginals.

9. Habitatge	P.9.1. Inestabilitat en l'habitatge. P.9.2. Inhabitabilitat en el domicili.
10. Xarxes socials	P.10.1. Sense xarxa de suport informal. P.10.2. Sense xarxa de suport formal.
11. Legals	P.11.1. Sense documentació vigent. P.11.2. Sense gestió de la documentació legal de l'infant. P.11.3. Privació de llibertat. P.11.4. Conflictes derivats del conveni regulador de la guarda dels fills/filles. P.11.5. Mesures de protecció a la infància.
12. Altres	P.12.1. Altres. P.12.2. Seguiment de Serveis Socials.
Situacions d'especial consideració	A. A. Sospites de maltractament (consulteu i registreu a Incidències). B. B. Risc greu o desemparament.

Després d'aquest apartat amb les tres bateries d'indicadors sociofamiliars, el següent apartat és "Diagnòstic sociofamiliar", en el qual s'ha de clicar la casella que correspongui:

- **Família en situació de protecció/sense necessitat d'intervenció social**

Definició: "Família organitzada, amb capacitats i recursos interns i externs però que, a causa de les dificultats del seu fill o filla, requereix adaptacions, assessorament i activació de nous recursos per a la seva criança".

- **Família en situació de vulnerabilitat social**

Definició: "Família organitzada, en la qual les seves capacitats parentals disminueixen a causa d'unes característiques o condicions (transitòries o permanents) biològiques, psicològiques o socials, fet que comporta un risc important en la criança del seu fill o filla".

- **Família en situació de risc social**

Definició: "Família en la qual les persones cuidadores presenten greus dificultats que els impedeixen tenir cura del seu fill o filla, fet que impedeix el seu desenvolupament de manera correcta".

El QÜAIS, una eina útil a la resta de disciplines

El Qüestionari d'avaluació per a la intervenció social (QÜAIS) és una eina que va crear el grup de treball de CDIAP del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya per tal d'ajudar la resta de disciplines a identificar quan és necessària la incorporació de la disciplina del treball social en l'equip interdisciplinari del cas.

[... Amb l'objectiu d'establir criteris comuns que ajudin els equips dels CDIAP a saber quan han d'incloure la intervenció del treballador o treballadora social del CDIAP per tal que estableixi un diagnòstic social, s'ha creat el Qüestionari d'avaluació per a la intervenció social (QÜAIS).

Aquest instrument de cribatge consisteix en un qüestionari amb dotze àmbits i vint-i-quatre indicadors amb una puntuació establerta. La suma total dels valors dels indicadors mostrarà si és necessària o no la intervenció del treballador o treballadora social del CDIAP per tal de valorar la situació sociofamiliar en un context concret.

La puntuació establerta per tal que el treballador o treballadora social faci un diagnòstic social és de 6 i no implica necessàriament la intervenció social en la família, ja que aquesta dependrà sempre del resultat del diagnòstic social.

La definició de cada indicador està recollida en el glossari ...].⁷²

Veiem a continuació quins són aquests indicadors i la seva puntuació.

Taula. Qüestionari d'avaluació per a la intervenció social (QÜAIS)

Àmbit	Indicadors	Puntuació
2. Funcions parentals	P.2.1. Necessitats bàsiques no cobertes.	P.2.1 = 3
	P.2.2. Manca d'habilitats per a desenvolupar les funcions parentals.	P.2.2 = 2
	P.2.3. Vincles afectius inadequats.	P.2.3 = 2
3. Dinàmiques familiars	P.3.1. Dinàmiques familiars alterades o conflictives.	P.3.1 = 3
	P.3.2. Exposició de l'infant a escenes de violència.	P.3.2 = 3
	P.3.3. Pèrdua d'un progenitor.	P.3.3 = 2
4. Salut	P.4.1. Limitacions en l'autonomia dels progenitors.	P.4.1 = 3
	P.4.2. Manca de seguiment mèdic.	P.4.2 = 3
	P.4.3. Complexitat de la malaltia de l'infant.	P.4.3 = 2
	P.4.4. Manca de cobertura sanitària.	P.4.4 = 1
5. Terapèutic	P.5.1. Incompliment del pla terapèutic.	P.5.1 = 3
6. Escolar	P.6.1 Infants no escolaritzats.	P.6.1 = 3
7. Laboral	P.7.1. Dificultats per obtenir un mitjà de subsistència.	P.7.1 = 1
	P.7.2. Activitats delictives o marginals.	P.7.2 = 2
8. Econòmic	P.8.1. Situació econòmica insuficient.	P.8.1 = 3
	P.8.2. Ingressos econòmics d'activitats marginals.	P.8.2 = 2

72. Grup de Treball Social de CDIAP del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya i de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (2014). "Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la Xarxa de CDIAP de Catalunya". Document.

9. Habitatge	P.9.1. Inestabilitat en l'habitatge.	P.9.1 = 1
	P.9.2. Inhabitabilitat en el domicili.	P.9.2 = 3
10. Xarxes socials	P.10.1. Sense xarxa de suport informal.	P.10.1 = 1
	P.10.2. Sense xarxa de suport formal.	P.10.2 = 1
11. Legals	P.11.1. Sense documentació vigent.	P.11.1 = 2
	P.11.2. Sense gestió de la documentació legal de l'infant.	P.11.2 = 2
	P.11.3. Privació de llibertat.	P.11.1 = 3
	P.11.4. Conflictes derivats del conveni regulador de la guarda dels fills/filles.	P.11.2 = 3
	P.11.5. Mesures de protecció a la infància.	P.11.1 = 3
12. Altres	P.12.1. Altres.	P.12.1 = 3
	P.12.2. Seguiment de Serveis Socials.	P.12.2 = 3
Situacions d'especial consideració	A. Sospites de maltractament (consulteu i registreu a Incidències).	P.A. = 3
	B. Risc greu o desemparament.	P.B. = 3

La Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç (UCCAP) va valorar la utilitat d'aquesta eina amb la finalitat per a la qual va ser creada i la va incorporar a les aplicacions informàtiques e-clinic i actual e-UCCAP.

El cert és que el QÜAIS resulta útil no solament per saber quan cal incloure la figura del treball social en la fase de valoració diagnòstica inicial sinó també en la fase de tractament quan es produeixen noves circumstàncies o bé apareix nova informació que fa modificar la valoració diagnòstica inicial i el pla d'atenció terapèutica de tractament.

Com funciona? Marcant cadascuna de les caselles dels indicadors que estan presents en aquell cas i moment. Quan el QÜAIS es posa en **vermell** indica que cal incorporar la disciplina del treball social en la fase d'atenció en què es trobi el cas (valoració diagnòstica o tractament).

Correspon al o a la treballadora social fer la proposta argumentada de prioritització a partir de la informació disponible de cada cas.

Intervenció directa/intervenció indirecta

Tal i com hem dit anteriorment, a la disciplina del treball social li pertoca **aportar la "perspectiva social" en el conjunt de la mirada bio-psico-social que ha de garantir l'equip interdisciplinari del CDIAP**. Aquesta és la seva aportació específica en el conjunt de disciplines que conformen l'equip del servei.

Això pot fer-ho mitjançant una intervenció directa o indirecta amb la família.

La **intervenció directa**, la podrà fer mitjançant entrevistes amb la família (sol/a o conjuntament amb una altra persona professional de l'equip interdisciplinari del cas) i/o mitjançant treball grupal.

La **intervenció indirecta**, la podrà fer com a membre de l'equip interdisciplinari del cas mitjançant assessorament i participació en la presa de decisions durant la fase de valoració diagnòstica inicial o en el seguiment del pla d'atenció terapèutica del cas, sense intervenir directament amb la família.

Amb independència que el/la treballador/a social intervingui directament o indirectament en el cas, **sempre que estigui intervenint, o calgui implicar, altre/s servei/s social/s en la intervenció amb aquella família, la o el treballador/a social:**

- Analitzarà conjuntament amb aquest/s altre/s servei/s:
 - Quines són les necessitats, quina la intervenció a realitzar i quin/s servei/s ho assumeix.
 - Es valorarà quin/s servei/s han de tenir una intervenció directa amb la família i quin/s participaran en l'anàlisi de l'evolució de la situació i en la presa de decisions interserveis, però no intervindran directament amb la família.

Quedarà un registre escrit d'aquests acords entre els serveis implicats (encara que sigui en un correu electrònic) i la o el treballador/a social del CDIAP els introduirà a l'e-UCCAP.

- Garantirà la coordinació amb els altres serveis socials intervinents i el seguiment dels acords establerts.
- Garantirà el traspàs de la informació que sigui significativa a la resta de professionals de l'equip interdisciplinari del cas i, especialment, al o a la professional referent.

La disciplina del treball social del CDIAP, pot ser professional referent?

- El/La treballador/a social **pot ser referent de la família i també referent de l'entorn.**
- **Habitualment no és referent del cas** ja que, amb caràcter general, és la disciplina que sigui referent de l'infant la que assumeix la referència del cas. La disciplina de treball social, en el context d'un CDIAP, intervé habitualment amb les persones cuidadores i en les dinàmiques familiars per tal de facilitar que les condicions, habilitats i capacitats en la criança siguin les més adequades possibles a les necessites de l'infant.

Entenem per "**referent del cas**", tal i com l'hem definit en l'acreditació per a una gestió de qualitat dels CDIAP de la Xarxa Pública de Catalunya:

[... Aquest o aquesta professional del CDIAP ha de coordinar el procés diagnòstic i/o de tractament i la intervenció dels/de les altres professionals de l'equip que intervenen en el cas.

En la fase de valoració diagnòstica és qui vetlla perquè s'elabori de manera conjunta entre les persones professionals del CDIAP participants en el procés diagnòstic tot allò que caldrà presentar en la reunió d'equip interdisciplinari del servei:

- La informació rellevant del cas (infant, família, entorn).
- Proposta de valoració diagnòstica inicial.
- Proposta d'idoneïtat en la continuïtat d'atenció al CDIAP.
- Proposta de pla d'atenció terapèutica.

El/La professional referent del cas, que realitza l'entrevista de devolució a la família, pot no ser el/la professional referent que iniciarà el tractament. És la persona professional que fa la devolutiva a la família respecte del pla d'atenció terapèutica acordat en la reunió d'equip interdisciplinari del servei.

En la fase de tractament és qui garanteix, entre d'altres, el seguiment global del pla d'atenció terapèutica i la coherència dels diferents programes d'actuació de cada professional que intervé en el cas ...].

Intervenció grupal del treballador o treballadora social en el treball de casos

Als nostres CDIAP la intervenció grupal és una eina bàsica d'intervenció terapèutica.

El/La treballador/a social **conduïx grups de famílies (amb o sense infants)**, sol/a o juntament amb un/a professional de l'equip.

Pot ser referent d'un projecte grupal? Sí.

La intervenció comunitària del treball social en el context dels CDIAP de l'IMPD

La disciplina del treball social fa intervenció comunitària participant en projectes i actuacions de:

- Prevenció primària i secundària que incorporin l'objectiu de treballar aspectes de criança i habilitats parentals, i/o
- Presència i participació en la xarxa de serveis del territori.

Pot ser referent d'un projecte comunitari? Sí.

Coordinació per perfil professional

Treballar amb una metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari requereix, entre d'altres, enfortir la pròpia disciplina per enfortir l'equip aportant aquesta mirada específica.

El Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i l'IMPD estableix que totes les actuacions en els àmbits de la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament de trastorns en el desenvolupament, de la criança i de la prevenció de situacions de risc [... seran realitzades amb la metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari ...].

La interdisciplinarietat no és suficient per poder assegurar la integració de les mirades bio-psico-social. Cal assolir, a més, la transdisciplinarietat. Un tret definitori de l'atenció precoç és justament que requereix que es treballi en equip interdisciplinari però, al mateix temps, també és necessari que cada professional i disciplina de l'equip d'un CDIAP incorpori coneixements de la resta de disciplines i professionals per assolir una atenció el més global possible.

És cert que hi ha el risc de confusió entre rols de disciplines diferents. Per això cal estar alerta per evitar que l'exercici de la transdisciplinarietat pugui portar a la indiferenciació entre disciplines. Per aquesta raó, un dels reptes en utilitzar la metodologia de treball interdisciplinari i transdisciplinari és enfortir la pròpia disciplina per enriquir l'equip interdisciplinari amb la mirada i el saber específics de cadascuna de les disciplines que integren l'equip d'un CDIAP.

Per aquest motiu els i les treballadores socials dels nostres CDIAP formen part del grup de professionals del treball social de CDIAP que fa anys que existeix al Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Escrit elaborat per:

Gemma Casado Fernández, treballadora social del CDIAP EIPI Ciutat Vella.

Mar Morales Ansa, treballadora social del CDIAP EIPI Nou Barris.

Margarida Saiz Lloret, cap del Departament de Serveis de Vida Independent.

Annex IV

Programa funcional de l'equipament que necessita el CDIAP EIPI Ciutat Vella

Consideracions prèvies

1. L'equipament actual té sis anys de vida i una superfície de 290 metres quadrats però, tot i ser adequat per la naturalesa del servei i de l'activitat a realitzar, ha quedat petit pel nombre de professionals que hi treballen avui, de manera que, provisionalment, s'ha hagut d'arribar a un acord amb una entitat privada (ASPANIAS) que disposa d'un equipament al districte que compleix els requisits necessaris per a la prestació de serveis d'atenció precoç d'acord amb el que estipula la normativa legal vigent.⁷³
2. Les dimensions que es preveuen necessàries ara per a l'equipament on s'ha d'ubicar el CDIAP EIPI Ciutat Vella no es podien preveure fa vuit anys quan es buscava una ubicació alternativa a l'equipament totalment inadequat que tenien aleshores (al carrer Erasme Janer). En aquest període:
 - La demanda ha anat augmentant de manera progressiva, significativa i mantinguda en la mesura que ha anat millorant la capacitat de detecció precoç dels serveis de salut, educatius i d'altres serveis socials, alhora que els avenços mèdics en neurogenètica i reproducció assistida han fet augmentar els parts prematurs i la supervivència dels infants. Això, entre altres factors a considerar. A tall d'exemple, l'increment d'infants i famílies ateses ha estat d'un 87,4% en els últims sis anys (2013 a 2018, ambdós inclosos).
 - La Generalitat va posar en marxa un procés de definició dels estàndards de qualitat en la prestació dels serveis d'atenció precoç i també s'ha donat un impuls molt important a la intervenció grupal, per posar alguns exemples dels canvis que hi ha hagut en aquest període.
3. El càlcul de la superfície necessària d'acord amb el que defineix aquest programa funcional ha estat realitzat pel Departament d'Infraestructures i Equipaments de l'Àrea de Drets Socials.

73. A la plaça de les Caramelles, 2.

Definició

Què és?:

Els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç són els establiments específics de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública on es presten els serveis d'atenció precoç.

Els serveis d'atenció precoç són **serveis socials d'atenció especialitzada** del Sistema Català de Serveis Socials, que **formen part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública**.

Tenen **caràcter universal**: Els serveis d'atenció precoç es conformen com un dret subjectiu per a totes les persones que reuneixin els requisits establerts al Decret i que tinguin la residència habitual a Catalunya. (Art. 2.)

Són gratuïts: Aquests serveis no estan subjectes a contraprestació econòmica per part de les persones i famílies que els rebin.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Finalitat:

Oferir als infants amb dèficits o amb risc de patir-los un conjunt d'accions optimitzadores i compensadores que facilitin la seva adequada maduració en tots els àmbits i que els permeti assolir el màxim nivell de desenvolupament personal i d'inclusió social.

Objectius generals:

- Atendre la població infantil des de la concepció fins que l'infant compleixi els sis anys pel que fa a la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament.
- Participar en la coordinació de les actuacions que es realitzen en aquesta franja d'edat.
- Participar en els projectes de coordinació interdepartamental.
- Assegurar equips experts en desenvolupament infantil.
- Garantir la continuïtat assistencial.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Serveis que presta

Descripció dels serveis:

Realitza un conjunt d'actuacions de caire preventiu, de detecció, diagnòstic i d'intervenció terapèutica, de caràcter interdisciplinari, que s'entén, en un sentit ampli, des del moment de la concepció fins que l'infant compleix els sis anys, incloent-hi, per tant, l'etapa prenatal, perinatal, postnatal i petita infància.

Què fa?

- Realitza un diagnòstic interdisciplinari, funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament de l'infant, de la situació familiar i de l'entorn.
- Efectua l'avaluació continuada del desenvolupament de l'infant.
- Fa la intervenció terapèutica interdisciplinària de tractament a l'infant i al seu entorn immediat de forma ambulatoria i periòdica.
- Col·labora i coopera amb els serveis socials, sanitaris, educatius i altres que desenvolupin tasques de prevenció i detecció precoç dels trastorns de desenvolupament i situacions de risc en la població infantil fins als sis anys.
- Orienta les famílies fent l'assessorament i suport als pares o persones tutores en els continguts que li siguin propis.
- Orienta els i les professionals de l'educació infantil en les etapes de 0 a 3 i de 3 a 6 anys pel que fa als trastorns del desenvolupament.

Aquests serveis es duen a terme en els àmbits de l'infant, la família, l'entorn i la societat.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Àmbits d'actuació:

- La prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament de trastorns en el desenvolupament, per a qualsevol etiologia.
- La criança, entesa com el suport i acompanyament a la família en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral de l'infant.
- La prevenció de situacions de risc per antecedents personals o familiars.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Justificació

Conceptes:

- El CDIAP EIPI Ciutat Vella forma part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública i de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya.
- Cal que l'equip creixi per poder donar una resposta adequada a les necessitats de la població infantil de 0 a 6 anys del districte de Ciutat Vella que tenen un trastorn del desenvolupament o risc de tenir-ne per causes biològiques, psicològiques o socials.

Les dimensions de l'equipament actual no ho fan possible.

Indicadors:

L'any 2018, el CDIAP EIPI Ciutat Vella va atendre 491 infants i llurs famílies. Un CDIAP pot atendre l'infant, la seva família i l'entorn significatiu des que neix fins que compleix els sis anys.

La freqüència d'atenció ve determinada pel seu diagnòstic i establerta pel marc legal vigent.

Marc legal

Àmbit temàtic: Serveis socials “general”

Àmbit territorial: Catalunya

- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, reguladora dels Serveis Socials.
- Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. (Vigent.)

Àmbit temàtic: Serveis socials “atenció precoç”

Àmbit territorial: Catalunya

- Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.
- Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

Àmbit territorial: Barcelona-IMPD

- Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

Àmbit temàtic: Població**Àmbit territorial: internacional**

- Convenció sobre els Drets de l'Infant (1989)
- Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (2006). Observació General núm. 9. Els drets dels infants amb discapacitat.

Àmbit territorial: Catalunya

- Llei 18/2003, de 4 de juliol, de suport a les famílies.
- Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (2010).

Persones destinatàries**Perfil:**

Tenen dret als serveis d'atenció precoç els infants, amb trastorns en el seu desenvolupament o amb risc de patir-los, des del moment de la concepció i, com a màxim, fins que compleixen els sis anys amb independència de quina sigui la causa d'aquest trastorn.

Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

Canals d'accés:

- [... L'accés als serveis d'atenció precoç és directe. La família pot accedir-hi directament, per iniciativa pròpia, sempre que el centre li correspongui per zona i que l'edat de l'infant estigui dins la franja d'atenció precoç (preferentment infants des de 0 anys fins a escolaritzats a P-4).
- Per accedir al servei d'atenció precoç caldrà que pares i mares o tutors/es legals signin la corresponent sol·licitud d'atenció durant el procés d'acollida ...].

Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

Gestió**Públic/concertat:**

Gestió directa de l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat (Àrea de Drets Socials).

Equip tècnic

Perfil professional i nombre:

Perfils professionals:

- Metge/essa neuropediatre/a, o de manera transitòria o excepcional metge/essa amb formació acreditada de pediatria o de neuropediatria.
- Psicòleg/òloga clínic, o psicòleg/òloga amb formació acreditada en desenvolupament infantil.
- Fisioterapeuta.
- Logopeda.
- Treballador/a social.
- Psicomotricista.

(Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. Vigent.)

- Terapeuta ocupacional. (Nova figura que incorpora aquest Model.)

Ràtio estimada (Model municipal):

- Direcció.
- 2,5 personal administratiu i de recepció.
- 1 neuropediatre/a (20 hores setmanals).
- 5 psicòlegs/òlogues.
- 2 logopedes.
- 3 fisioterapeutes.
- 2 treballadors/ores socials.
- 1 psicomotricista (30 hores setmanals).
- 1 terapeuta ocupacional (30 hores setmanals)

Ubicació de l'equipament

En un barri del districte de Ciutat Vella cèntric i ben comunicat.

Espais (organització dels espais del servei)

Requeriment general:

Superfície total necessària: **737,50 metres quadrats**. (Departament d'Infraestructures i Equipaments de l'Àrea de Drets Socials.)

Accessible.

Recepció:

- A la recepció d'un CDIAP es realitzen tramitacions de documentació i atenció a la ciutadania.
- Ha de disposar d'espai suficient per tal que hi hagi treballant simultàniament dues persones administratives.
- Ha de disposar d'un taulell, 2 ordinadors, impressora, armaris per a impresos, etc.
- La recepció ha de tenir el control visual de la porta d'accés i de la sala d'espera.

Sala d'espera:

- Quan hi ha grups, moltes famílies s'esperen per recollir els fills i filles, més les famílies que venen per a atenció individualitzada, més els i les professionals de serveis que venen a coordinar-se.
- Cal un espai d'espera diferenciat per a infants de curta edat amb taula, cadiretes, jocs, contes, etc.
- Espai per deixar els cotxets dels infants més petits accessible visualment des de la recepció.
- Expositor de material informatiu per a la ciutadania.

Sales motrius:

Aquestes sales, les utilitzaran majoritàriament les persones professionals fisioterapeutes i psicomotricistes. Tenen uns requisits determinats (espatlleres, miralls, etc.

- 3 sales de 25 metres quadrats.

Sala multisensorial:

- 1 sala multisensorial de 25 metres quadrats.

Sala de reunions i d'intervenció grupal (infants i/o persones adultes):

- 2 sales polivalents de 40 metres quadrats.

Sales d'atenció individualitzada/familiar (infants i/o famílies):

- 5 espais de 20 metres quadrats.
- 3 espais de 15 metres quadrats.

Despatx de direcció:

- 1 despatx de 15 metres quadrats.

Espai de treball intern:

- Espai amb **15 llocs de treball** (14/15 professionals, més alumnes de pràctiques de màsters i postgraus).
- Espai per arxivar els expedients de les persones ateses (amb clau per a la confidencialitat) i documentació del servei.

Bany:

La normativa legal vigent (Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç) estableix que cal dotar l'equipament de:

- Lavabo per a infants.
- Lavabo per al personal.
- Lavabo per a persones adultes que estigui adaptat per a persones amb discapacitat i disposi de canviador de bebès.

Vestidor:

- 10 metres quadrats.

Office

Espai per al RAC (IMI)

Magatzem de materials i joguines

Magatzem de material de neteja

Mesures a implementar en tot l'equipament

L'espai públic al voltant del centre i l'interior d'aquest equipament han de ser totalment accessibles i han d'estar adaptats a les necessitats de les persones amb discapacitat.

Annex V

Programa funcional de l'equipament que necessita el CDIAP EIPI Nou Barris

Consideracions prèvies

1. L'equipament actual té sis anys de vida i una superfície de 236 metres quadrats però, tot i ser adequat per la naturalesa del servei i de l'activitat a realitzar, ha quedat petit pel nombre de professionals que hi treballen avui, de manera que, provisionalment, s'ha hagut d'arribar a un acord amb l'Espai Social de Salut Comunitària Guineueta i amb el Casal de Barri (Pla Comunitari Verdum) per poder realitzar les activitats ordinàries del servei d'atenció individualitzada/familiar i grupal els matins dels dilluns, dimarts i dimecres.
2. Les dimensions de l'equipament que necessita ara el CDIAP EIPI Nou Barris no es podien preveure anys enrere quan es va decidir l'emplaçament actual. En aquest període:
 - La demanda ha anat augmentant de manera progressiva, significativa i mantinguda en la mesura que ha anat millorant la capacitat de detecció precoç dels serveis de salut, educatius i d'altres serveis socials, alhora que els avenços mèdics en neurogenètica i reproducció assistida han fet augmentar els parts prematurs i la supervivència dels infants. Això, entre d'altres factors a considerar. A tall d'exemple, l'increment d'infants i famílies ateses ha estat d'un 81,96% en els últims sis anys (2013 a 2018, ambdós inclosos).
 - La Generalitat va posar en marxa un procés de definició dels estàndards de qualitat en la prestació dels serveis d'atenció precoç, i també s'ha donat un impuls molt important a la intervenció grupal, per posar alguns exemples dels canvis que hi ha hagut en aquest període.
3. No és possible l'ampliació de l'equipament actual amb l'annexió del local contigu. Aquesta és la primera opció que es va plantejar, però no és viable.
4. El càlcul de la superfície necessària d'acord amb el que defineix aquest programa funcional ha estat realitzat pel Departament d'Infraestructures i Equipaments de l'Àrea de Drets Socials

5. Cal tenir en compte que part de l'equip adscrit al CDIAP EIPI Nou Barris que es detalla a continuació estarà ubicat una part de la seva jornada laboral a l'Antena Zona Nord dins el Casal de Barri Torre Baró.

Definició

Què és?:

Els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç són els establiments específics de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública on es presten els serveis d'atenció precoç.

Els serveis d'atenció precoç són **serveis socials d'atenció especialitzada** del Sistema Català de Serveis Socials, que **formen part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública**.

Tenen **caràcter universal**: Els serveis d'atenció precoç es conformen com un dret subjectiu per a totes les persones que reuneixin els requisits establerts al Decret i que tinguin la residència habitual a Catalunya. (Art. 2.)

Són gratuïts: Aquests serveis no estan subjectes a contraprestació econòmica per part de les persones i famílies que els rebin.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Finalitat:

Oferir als infants amb dèficits o amb risc de patir-los un conjunt d'accions optimitzadores i compensadores que facilitin la seva adequada maduració en tots els àmbits i que els permeti assolir el màxim nivell de desenvolupament personal i d'inclusió social.

Objectius generals:

- Atendre la població infantil des de la concepció fins que l'infant compleixi els sis anys pel que fa a la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament.
- Participar en la coordinació de les actuacions que es realitzen en aquesta franja d'edat.
- Participar en els projectes de coordinació interdepartamental.
- Assegurar equips experts en desenvolupament infantil.
- Garantir la continuïtat assistencial.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Serveis que presta

Descripció dels serveis:

Realitza un conjunt d'actuacions de caire preventiu, de detecció, diagnòstic i d'intervenció terapèutica, de caràcter interdisciplinari, que s'entén, en un sentit ampli, des del moment de la concepció fins que l'infant compleix els sis anys, incloent-hi, per tant, l'etapa prenatal, perinatal, postnatal i petita infància.

Què fa?

- Realitza un diagnòstic interdisciplinari, funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament de l'infant, de la situació familiar i de l'entorn.
- Efectua l'avaluació continuada del desenvolupament de l'infant.
- Fa la intervenció terapèutica interdisciplinària de tractament a l'infant i al seu entorn immediat de forma ambulatoria i periòdica.
- Col·labora i coopera amb els serveis socials, sanitaris, educatius i altres que desenvolupin tasques de prevenció i detecció precoç dels trastorns de desenvolupament i situacions de risc en la població infantil fins als sis anys.
- Orienta les famílies fent l'assessorament i suport als pares o persones tutores en els continguts que li siguin propis.
- Orienta els i les professionals de l'educació infantil en les etapes de 0 a 3 i de 3 a 6 anys pel que fa als trastorns del desenvolupament.

Aquests serveis es duen a terme en els àmbits de l'infant, la família, l'entorn i la societat.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Àmbits d'actuació:

- La prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament de trastorns en el desenvolupament, per a qualsevol etiologia.
- La criança, entesa com el suport i acompanyament a la família en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral de l'infant.
- La prevenció de situacions de risc per antecedents personals o familiars.

(Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.)

Justificació

Conceptes:

- El CDIAP EIPI Nou Barris forma part de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública i de la Xarxa Pública de CDIAP de Catalunya.
- Cal que l'equip creixi per poder donar una resposta adequada a les necessitats de la població infantil de 0 a 6 anys del districte de Nou Barris que tenen un trastorn del desenvolupament o risc de tenir-ne per causes biològiques, psicològiques o socials.

Les dimensions de l'equipament actual no ho fan possible.

Indicadors:

L'any 2018, el CDIAP EIPI Nou Barris va atendre 575 infants i llurs famílies. Un CDIAP pot atendre l'infant, la seva família i l'entorn significatiu des que neix fins que compleix els sis anys.

La seva població diana potencial l'any 2018, segons els estàndards definits per la Generalitat, és de 645 infants, que vol dir que la previsió és que continuï augmentant el nombre d'infants atesos.

La freqüència d'atenció ve determinada pel seu diagnòstic i establerta pel marc legal vigent.

Marc legal

Àmbit temàtic: Serveis socials “general”

Àmbit territorial: Catalunya

- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, reguladora dels Serveis Socials.
- Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. (Vigent.)

Àmbit temàtic: Serveis socials “atenció precoç”

Àmbit territorial: Catalunya

- Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.
- Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

Àmbit territorial: Barcelona-IMPD

- Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

Àmbit temàtic: Població**Àmbit territorial: internacional**

- Convenció sobre els Drets de l'Infant (1989)
- Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (2006). Observació General núm. 9. Els drets dels infants amb discapacitat.

Àmbit territorial: Catalunya

- Llei 18/2003, de 4 de juliol, de suport a les famílies.
- Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (2010).

Persones destinatàries**Perfil:**

Tenen dret als serveis d'atenció precoç els infants, amb trastorns en el seu desenvolupament o amb risc de patir-los, des del moment de la concepció i, com a màxim, fins que compleixen els sis anys amb independència de quina sigui la causa d'aquest trastorn.

Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç.

Canals d'accés:

- [... L'accés als serveis d'atenció precoç és directe. La família pot accedir-hi directament, per iniciativa pròpia, sempre que el centre li correspongui per zona i que l'edat de l'infant estigui dins la franja d'atenció precoç (preferentment infants des de 0 anys fins a escolaritzats a P-4).
- Per accedir al servei d'atenció precoç caldrà que pares i mares o tutors/es legals signin la corresponent sol·licitud d'atenció durant el procés d'acollida ...].

Conveni de col·laboració interadministrativa entre el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i l'IMPD de l'Ajuntament de Barcelona per a la prestació del servei d'atenció precoç als centres de desenvolupament infantil i atenció precoç de Barcelona-Districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris (2019).

Gestió**Públic/concertat:**

Gestió directa de l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat (Àrea de Drets Socials).

Equip tècnic

Perfil professional i nombre:

Perfils professionals:

- Metge/essa neuropediatre/a, o de manera transitòria o excepcional metge/essa amb formació acreditada de pediatria o de neuropediatria.
- Psicòleg/òloga clínic, o psicòleg/òloga amb formació acreditada en desenvolupament infantil.
- Fisioterapeuta.
- Logopeda.
- Treballador/a social.
- Psicomotricista.

(Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. Vigent.)

- Terapeuta ocupacional. (Nova figura que incorpora aquest Model.)

Ràtio estimada (Model municipal):

- Direcció.
- 3,5 personal administratiu i de recepció.
- 1 o 2 neuropediatres (total: 32 hores setmanals).
- 9 psicòlegs/òlogues.
- 2 logopedes.
- 3 fisioterapeutes.
- 3 treballadors/ores socials.
- 2 psicomotricistes (total: 45 hores setmanals).
- 2 terapeutes ocupacionals (total: 50 hores setmanals).

Ubicació de l'equipament

En un barri del districte de Nou Barris cèntric, ben comunicat i en terreny pla.

Espais (organització dels espais del servei)

Requeriment general:

Superfície total necessària: **865 metres quadrats**. (Departament d'Infraestructures i Equipaments de l'Àrea de Drets Socials.)

Accessible.

Recepció:

- A la recepció d'un CDIAP es realitzen tramitacions de documentació i atenció a la ciutadania.
- Ha de disposar d'espai suficient per tal que hi hagi treballant simultàniament dues persones administratives.
- Ha de disposar d'un taulell, 2 ordinadors, impressora, armaris per a impresos, etc.
- La recepció ha de tenir el control visual de la porta d'accés i de la sala d'espera.

Sala d'espera:

- Quan hi ha grups, moltes famílies s'esperen per recollir els fills i filles, més les famílies que venen per atenció individualitzada, més els i les professionals de serveis que venen a coordinar-se.
- Cal un espai d'espera diferenciat per a infants de curta edat amb taula, cadiretes, jocs, contes, etc.
- Espai per deixar els cotxets dels infants més petits accessible visualment des de la recepció.
- Expositor de material informatiu per a la ciutadania.

Sales motrius:

Aquestes sales, les utilitzaran majoritàriament les persones professionals fisioterapeutes i psicomotricistes. Tenen uns requisits determinats (espatlleres, miralls, etc.

- 3 sales de 25 metres quadrats.

Sala multisensorial:

- 1 sala multisensorial de 25 metres quadrats.

Sala de reunions i d'intervenció grupal (infants i/o persones adultes):

- 3 sales polivalents de 40 metres quadrats.

Sales d'atenció individualitzada/familiar (infants i/o famílies):

- 6 espais de 20 metres quadrats.
- 4 espais de 15 metres quadrats.

Despatx de direcció:

- 1 despatx de 15 metres quadrats.

Espai de treball intern:

- Espai amb **21 llocs de treball** (20 professionals, més alumnes de pràctiques de màsters i postgraus).
- Espai per arxivar els expedients de les persones ateses (amb clau per a la confidencialitat) i documentació del servei.

Bany:

La normativa legal vigent (Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç) estableix que cal dotar l'equipament de:

- Lavabo per a infants.
- Lavabo per al personal.
- Lavabo per a persones adultes que estigui adaptat per a persones amb discapacitat i disposi de canviador de bebès.

Vestidor:

- 10 metres quadrats.

Office

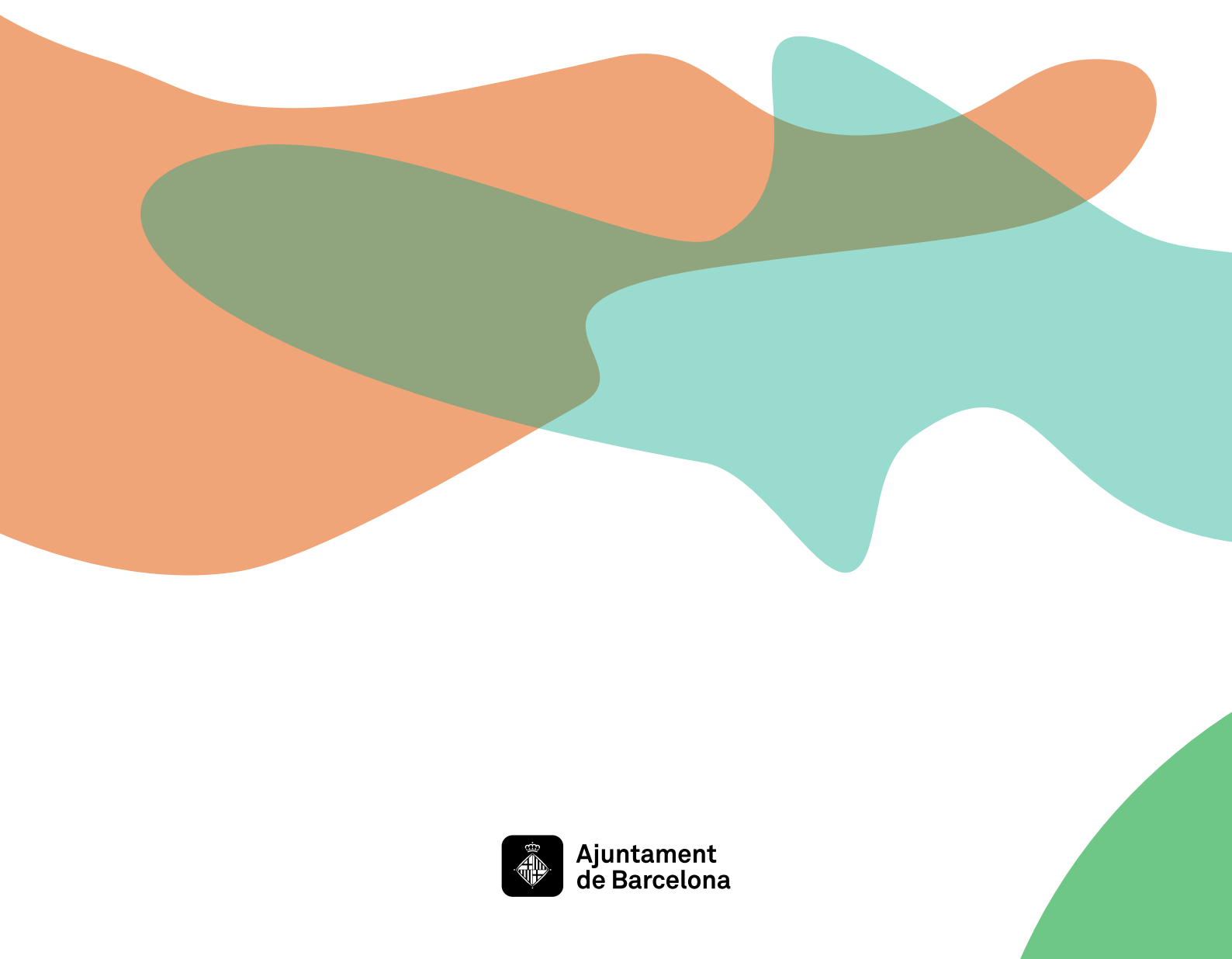
Espai per al RAC (IMI)

Magatzem de materials i joguines

Magatzem de material de neteja

Mesures a implementar en tot l'equipament

L'espai públic al voltant del centre i l'interior d'aquest equipament han de ser totalment accessibles i han d'estar adaptats a les necessitats de les persones amb discapacitat.



Ajuntament
de Barcelona