

MANUAL PER INTERVENIR EN CASOS DE PERSONES AMB GREUS PROBLEMES D'INSALUBRITAT ALS SEUS HABITATGE

Com intervenir en casos de persones acumuladores
des del treball social. Una experiència professional
des de l'àmbit de la salut pública.

FEBRER 2025

Títol:

Manual per intervenir en casos de persones amb greus problemes d'insalubritat als seus habitatges.

Subtítol:

Com intervenir en casos de persones acumuladores des del treball social. Una experiència professional des de l'àmbit de la salut pública.

Autoria:

Lucía Guerrero Ruíz

David Córcoles Martínez

Rubén Ramos García

Edició: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Data de publicació: Febrer 2025

Revisió/Qualitat lingüística: Coloma Moreno

Disseny i maquetació: Carme Guri

ÍNDEX

1. PRESENTACIÓ	4
2. UNITAT SOCIAL. JUSTIFICACIÓ DE LA INTERVENCIÓ	6
2.1. Marc normatiu de la intervenció social	
2.2. Unitat Social. Model d'atenció psicosociosanitària	
3. CARACTERITZACIÓ DEL TRASTORN D'ACUMULACIÓ.	9
Col·laboració del doctor David Córcoles Martínez, psiquiatra de l'Equip Multidisciplinari de Suport Especialitzat en Salut Mental (EMSE) de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del Parc de Salut MAR (PSMAR)	
4. ORGANITZACIÓ DE LES INTERVENCIIONS	12
4.1. Principis de la intervenció de la treballadora social	
4.2. Metodologia de la intervenció	
4.2.1. Fase de detecció	
4.2.2. Fase d'exploració del cas	
4.2.3. Fase d'intervenció	
4.2.4. Fase d'avaluació dels resultats	
4.2.5. Procés de seguiment	
5. DEFINICIÓ DELS AGENTS COL·LABORADORS	19
5.1. Autoritat sanitària	
5.2. Protecció d'animals. Síndrome de Noè	
5.3. EMSE	
5.4. Assessorament jurídic	
5.5. Tècnic d'urbanisme	
5.6. Servei de Convivència i Civisme de la Guàrdia Urbana	
6. ACTUACIONS DE NETEJA	25
6.1. Classificació	
6.2. Aspectes a tenir en compte abans, durant i després de la neteja	
7. EXEMPLES DE CASOS REALS	29
8. LA UNITAT SOCIAL EN DADES	37
9. BIBLIOGRAFIA	40
10. AGRAÏMENTS	41
11. ANNEX: Diagrames de les fases de la intervenció	43

1. PRESENTACIÓ

Aquest manual pràctic basat en la pròpia experiència professional al llarg de quinze anys a la Unitat Social del Servei de Salut Pública municipal vol mostrar i compartir els coneixements i aprenentatges adquirits per si poden ser d'utilitat, així com posar en valor l'acció social en aquest àmbit tan poc visible en la quotidianitat i tan alarmant i mediàtic quan es descobreix i arriba a la nostra feina: el de casos de persones en greu situació d'insalubritat en els seus habitatges i amb trastorn d'acumulació.

Quan es presenten aquests casos, de vegades sorgeixen certes inquietuds i/o dubtes perquè no sabem per on començar, bé per desconeixement o bé per manca d'experiència a causa de la complexitat que comporten.

Alhora, en molts casos cal gestionar la pressió que pot exercir l'entorn de la persona afectada i la de la mateixa institució, sumant-hi la dificultat d'atendre la persona, ja que aquesta sol rebutjar qualsevol tipus d'ajuda. Per tant, aquests casos d'insalubritat greu són molt complexos, ja que s'hi interrelacionen diferents àmbits tant en l'esfera individual com en la col·lectiva (veïnat i família): el sanitari i el psicosocial. I solen provocar molts problemes de convivència, conflictes i rebuig social.

Quan es presenten aquests casos, de vegades sorgeixen certes inquietuds i/o dubtes perquè no sabem per on començar, bé per desconeixement o bé per manca d'experiència a causa de la complexitat que comporten.

Partint de la vivència professional, veiem que aquests casos requereixen professionals especialitzats/des per intervenir des d'una visió global multidisciplinària i interinstitucional.

A causa de tot l'exposat, i partint de la vivència professional, en aquests casos es requereixen professionals especialitzats/des per intervenir des d'una visió global multidisciplinària i interinstitucional.

Aquesta experiència de treball ha estat desenvolupada dins el Servei de Salut Pública municipal amb la creació de la Unitat Social, tot aportant des de

la intervenció social un model metodològic que ha facilitat la resolució satisfactòria de molts casos, en els quals s'ha aconseguit millorar la salubritat de l'habitatge i la qualitat de vida de les persones que hi viuen, alhora que s'ha evitat que hi hagués reincidència.

En aquest manual s'exposa la pràctica diària que es realitza a través de l'elaboració d'una metodologia pròpia i el disseny d'un protocol d'actuació elaborat per la Unitat Social, conjuntament amb el treball realitzat al llarg d'aquest temps amb l'equip del Servei de Salut (negociats de salut ambiental i protecció dels animals, assessoria jurídica) en el marc de la salut pública i amb l'Equip Multidisciplinari de Suport Especialitzat en Salut (EMSE) (Hospital del Mar, psiquiatria i infermeria). S'exposa doncs com s'ha configurat el model d'aproximació directa a la persona que globalitza tota la complexitat de la situació-problema, **en el qual el/la treballador/a social és una peça clau per a la coordinació de tots els serveis.**

Aquest enfocament suposa un canvi de paradigma en la intervenció municipal davant aquestes situacions. Pel fet de ser una problemàtica individual complexa amb possibles afectacions a l'entorn familiar i/o comunitari, **ja no valen solucions segmentades o departamentals que només actuen en un dels vessants del problema.** La divisió dels recursos, al capdavall, acaba sent posar uns "pedaços" que, tot i la bona voluntat, deixen subsistent el problema de fons. Així doncs, el treball transversal i en xarxa és el model a seguir per tractar aquesta problemàtica. La combinació dels coneixements i l'experiència dels diferents professionals involucrats (sanitaris, jurídics, de serveis socials, etc.) és el que més pot garantir un abordatge integral que tingui per objectiu no només la resolució de la problemàtica higiènica i de salut, sinó també la sociopersonal, que sovint s'apunta com a causa originària del conflicte.

I aquest model, que ara comença a prendre forma, hauria de culminar amb la creació formal d'unitats administratives *ad hoc*, amb personal i dotació pressupostària pròpies, per tal d'organitzar i optimitzar esforços i no haver de dependre només de la bona voluntat dels diversos professionals.

2. UNITAT SOCIAL.

Justificació de la intervenció

2.1. Marc normatiu de la intervenció social

D'entrada, la protecció de la salut pública s'incorpora a la Constitució com un dels principis rectors que han d'inspirar la política social i econòmica, i aquesta suposa un efectiu mandat d'actuació per als poders públics:

Art. 10.1: “La **dignidad** de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.”

Art. 43.2: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la **salud pública** a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.”

Art. 103.1: “La **Administración Pública** sirve con objetividad los **intereses generales**”.

Partint d'aquests principis i declaracions, els municipis tenen un important compromís en la resolució d'aquesta problemàtica atès que, d'acord amb la normativa de règim local, una de les seves competències és la protecció de la salubritat pública d'acord amb el que disposa l'art. 25 Llei 7/1985, de 2 d'abril, Reguladora de les bases del règim local.

En aquest sentit, la normativa catalana sobre salut pública és més explícita encara, ja que estableix que un dels serveis mínims a prestar des dels ajuntaments en aquesta matèria és precisament la gestió del risc per a la salut als equipaments públics i als llocs habitats (art. 52.d de la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de Salut pública).

Aquesta gestió del risc comprèn el conjunt d'actuacions destinades a evitar-lo o minimitzar-lo, i pot incloure mesures de prevenció, control i, si escau, reglamentàries (art. 2.h de la Llei 18/2009).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el marc del pla de la salut 2020, destaca que la salut pública municipal s'encarrega de vetllar per la salut de

les persones, de mantenir i millorar els paràmetres de la salubritat, desenvolupant accions per promoure hàbits de vida saludables i de seguretat, així com la prevenció de la malaltia i dels seus factors de risc.

Tot això vol dir que, des del punt de vista de la salut pública, **els ajuntaments no poden mirar cap a una altra banda, sinó que tenen l'obligació legal d'intervenir en aquestes situacions** quan aquestes desborden l'àmbit merament personal i es converteixen en un problema col·lectiu que pot donar lloc a un risc sanitari per al conjunt de persones que envolten el nucli d'acumulació.

2.2. Unitat Social. Model d'atenció psicosociosanitària

La concepció d'una Unitat Social integrada al Servei de Salut municipal ha suposat un canvi en la manera de treballar les problemàtiques d'insalubritat, **posant l'atenció de les necessitats psicosociosanitàries de la persona al mateix nivell que la problemàtica de la insalubritat**, com a base del procés de canvi i de millora de la qualitat vida, tant de la persona com del seu entorn, i amb l'objectiu lògic d'evitar la reincidència.

La creació d'un model d'intervenció propi facilita la coordinació de les actuacions de diferents serveis per tal d'agilitzar al màxim la resolució dels casos i adaptar les intervencions de tots els professionals a les característiques de cada cas, com a exemple de la interdisciplinarietat del model.

Cal destacar que aquest tipus de casos no es poden resoldre des d'una única disciplina professional, sinó que cal treballar tenint en compte les intervencions amb altres serveis i institucions, gestionant diferents recursos sociocomunitaris per tal de millorar la situació i evitar el mínim risc, i posteriorment facilitant la incorporació de la persona en un procés d'inclusió social dins la comunitat.

La coordinació i el lideratge de totes les intervencions és tan essencial com el seguiment de tot el procés de treball. És important entendre que quan es treballa de manera interdisciplinària cal ser molt col·laboradors amb les altres professionals i oblidar-nos de protagonismes, ja que l'important és ajudar la persona afectada i solucionar el cas. Citem aquí Ubieto (Ubieto, 2009): *"Interdisciplinarietà no significa una suma de coses, sino una articulaci3n de saberes , y eso exige que cada uno mantenga su especificidad, sin diluirse en el todo, puesto que la diferencia le da valor"*.

OBJECTIUS DE TREBALL DE L'EQUIP:

- Recuperar la dignitat de la persona.
 - Retornar-li el control de la seva vida, i de les responsabilitats amb ell/a mateix/a i amb els altres, sigui de manera autònoma o bé amb suport d'altres serveis i/o recursos sociocomunitaris.
- Recuperar les condicions de salubritat de l'habitatge.
 - Millorar la qualitat de vida de la persona.
- Facilitar la incorporació de la persona en el procés d'inclusió social dins la comunitat.
 - Evitar la reincidència incidint en la solució dels problemes d'insalubritat i del risc sociosanitari.

3. CARACTERITZACIÓ DEL TRASTORN D'ACUMULACIÓ.

Col·laboració del doctor David Córcoles Martínez, psiquiatra de l' Equip Multidisciplinari de Suport Especialitzat en Salut Mental (EMSE) de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del Parc de Salut Mar (PSMAR)

La síndrome de Diògenes és un trastorn del comportament que es caracteritza per l'acumulació de brutícia, l'abandonament personal i l'aïllament voluntari. Als anys 60 es va dur a terme el primer estudi d'aquest patró de conducta, que el 1975 es va anomenar síndrome de Diògenes, en referència a Diògenes de Sinope, un filòsof grec que va adoptar i va promulgar fins a l'extrem els ideals de privació i independència de les necessitats materials. Actualment es prefereix utilitzar el terme *acumulació*.

Arran de múltiples publicacions científiques des dels anys 70 fins a l'actualitat, s'ha vist que l'acumulació d'objectes i animals es un símptoma que pot ser present en multitud de malalties mentals com ara l'esquizofrènia, la demència, el consum d'alcohol, el trastorn obsessiu compulsiu (TOC), la depressió i els trastorns del neurodesenvolupament, entre d'altres. Els últims estudis apunten que pràcticament en el cent per cent dels casos hi ha una malaltia mental al darrere (Córcoles et al., 2023). L'any 2013, amb l'aparició del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, de l'Associació Americana de Psiquiatria, s'hi afegeix, a més, una nova entitat que s'anomena trastorn d'acumulació. Les persones que pateixen aquest trastorn no només tenen una tendència a acumular objectes, sinó que desenvolupen una forta vinculació emocional cap a aquests.

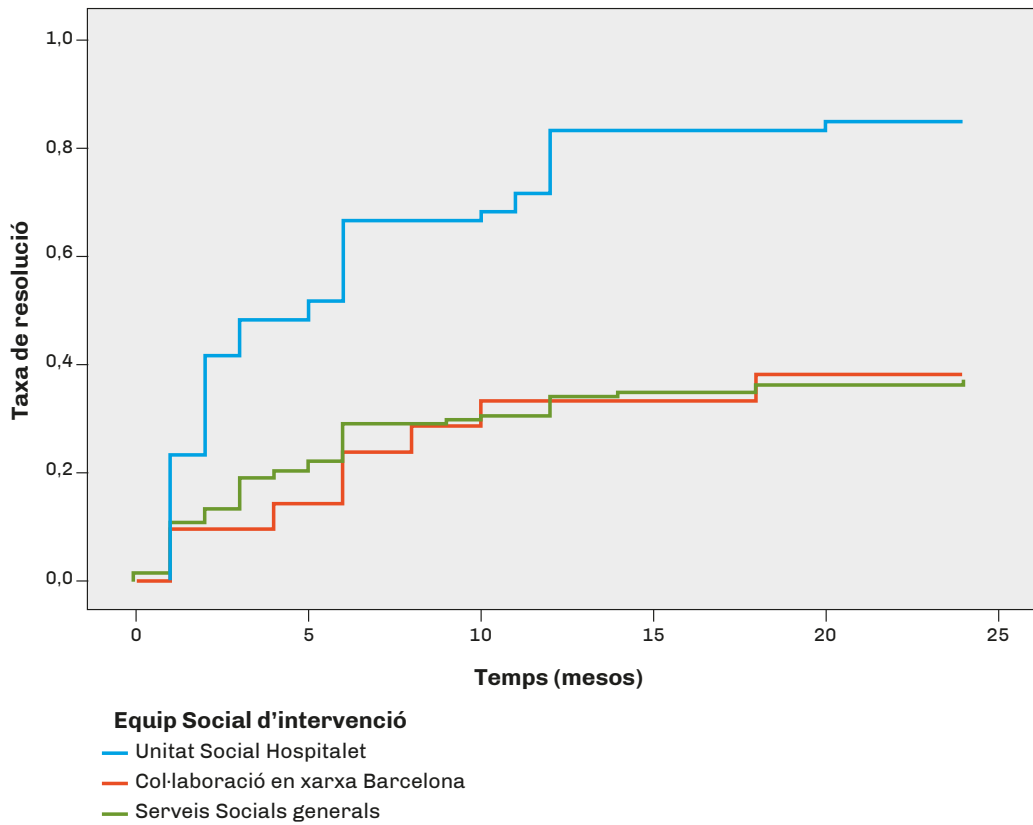
Segons el *DSM-5*, els criteris per al diagnòstic del trastorn d'acumulació inclouen:

1. Dificultat persistent per descartar o desprendre's d'objectes, independentment del seu valor real.
2. Aquesta dificultat provoca la congestió i la desorganització dels espais habitats necessaris per al seu ús previst, com ara els llits, les cuines, els banys, els menjadors i els passadissos.

3. Aquesta acumulació interfereix significativament en el funcionament social i ocupacional de la persona i en altres àrees importants de la seva vida (incloent l'impacte negatiu sobre la salut, la seguretat i el benestar de la persona o dels afectats).
4. La dificultat per descartar o desprendre's d'objectes no és atribuïble a una altra condició mèdica i no s'explica millor per un altre trastorn mental.
5. En cas que existeixi una altra condició mèdica o trastorn mental, igualment l'acumulació de coses és clarament excessiva o no està relacionada directament amb aquests símptomes.

La prevalença estimada del trastorn d'acumulació en la població general se situa al voltant del 2-4%, repartida igualment entre homes i dones. Tot i que l'inici dels símptomes sol ser abans dels vint anys, la prevalença del comportament d'acumulació augmenta marcadament amb l'edat i empitjora amb el pas del temps. Gairebé sempre va associat a complicacions entre les quals hi ha l'aïllament social, les caigudes i altres problemes mèdics. A més, el trastorn d'acumulació no només afecta el pacient i el seu entorn immediat, sinó també la comunitat, amb olors desagradables, augment del risc d'infestació per insectes i rosegadors, incendis i problemes estructurals als edificis. Des del punt de vista mèdic s'han assajat múltiples tractaments farmacològics i psicològics, que desafortunadament no han donat gaire bons resultats per poder plantejar recomanacions clares i eficaces per a la majoria de pacients. A més, cal destacar que en una gran part del casos, a causa del malestar que genera el fet d'haver de desprendre's de les pertinences, hi ha molta resistència i oposició per part de la persona a modificar les condicions de l'habitatge, i habitualment la col·laboració d'aquesta és escassa.

Sembla clar que la intervenció d'equips multidisciplinaris amb gestió individualitzada és l'estructura més adient per tractar aquest casos. Un estudi recent dut a terme pel nostre equip apunta, a més, que centralitzar els casos en personal específic per al maneig d'aquestes situacions, fer un enfocament col·laboratiu amb el pacient en el qual l'entrevista motivacional tingui un paper important i dotar d'autonomia aquests equips sembla que són requisits indispensables per al bon funcionament de la intervenció.



Aquest gràfic representa les taxes de resolució de casos durant un seguiment de dos anys des de la Unitat Social de l'Hospitalet (línia blava), una Xarxa de Col·laboració Multidisciplinària del districte de Sant Martí de Barcelona (línia vermella) i Serveis Socials generals de Barcelona (línia verda).

Aquestes dades han estat extretes de l'article científic publicat *Managing Severe Hoarding in Non-voluntary Clients: A 2-years Follow-up Comparative Study of Three Different Approaches*. *Clin Soc Work J* (2024) de Córcoles, D., Guerrero, L., Ramos, R. et al. <https://doi.org/10.1007/s10615-024-00972-9>

4. ORGANITZACIÓ DE LES INTERVENCIIONS

4.1. Principis de la intervenció de la treballadora social

Cal ressaltar la importància de la intervenció de la treballadora social en aquest model, ja que ha de desenvolupar tasques que fins al moment potser no duia a terme. A continuació s'indiquen les premisses en les quals es basa la intervenció de la treballadora social i que aquest ha d'incorporar en la seva línia de treball, i que alhora ha de transmetre i compartir amb la resta de professionals que hi intervenen:

1. Abordatge integral del cas. És a dir, des de l'inici es valoren tots els indicadors, tant socials com de salubritat, per poder dissenyar una estratègia de treball multidisciplinària:

- **Flexibilitat** del professional per adaptar-se a les característiques de cada cas.
- **Suport i coordinació àgils.** La complexitat d'aquests casos comporta una comunicació i una resposta ràpida amb la institució (direccions, assessoria jurídica, guàrdia urbana, etc.).

2. Model de proximitat i d'acció *in situ*

Les pautes de les intervencions estan basades en la persona i el seu entorn, per tant cal anar a trobar-los.

- **Suport i acostament.** Cal cuidar molt els primers contactes amb la persona afectada, ja que l'èxit del cas comença en aquest primer moment, amb la manera de presentar-se o de dirigir-s'hi, i com s'estableix el contacte de coneixença entre un i l'altre (professional-usuari).

Si cal, s'ha d'anar a trobar la persona en el seu entorn –al pis, al bar, al carrer...–, però mai no es dona cita a la primera visita.

- **Atenció i acompanyament als veïns i familiars** (quan n'hi ha). Cal oferir-los suport en les seves queixes, demandes i neguits, i implicar-los en el procés de treball conjunt. **És important**

promoure la col·laboració del veïnat, d'amics i/o família, sempre que sigui possible, i per implicar-los en el procés tant d'informació com de millora de la situació.

- **Confiança.** S'ha d'oferir i transmetre protecció, acompanyament i cura.

3. Disseny d'una estratègia de treball del cas

- **Diagnòstic.** Valoració del grau d'alarma del cas.
- **Planificació.** Disseny de bones estratègies de treball que permetin les intervencions dels altres professionals i l'ús dels recursos de suport sociocomunitari (serveis sociocomunitaris, empreses de neteja i/o desinsectació, servei d'atenció domiciliària (SAD), sociosanitaris, residències, àrees bàsiques de salut (ABS), serveis de salut mental, etc.)
- **Seguiment** del procés i de l'evolució del cas.
- **Valoració** final del resultat.

4.2. Metodologia de la intervenció

A l'Annex del document disposeu dels diagrames de les fases de la intervenció.

4.2.1. Fase de detecció

En general, els indicadors d'alarma són queixes que arriben a l'administració local, relacionades amb les molèsties que genera al veïnat la situació d'aquesta persona:

- Pudors, degudes a:
 - Manca de neteja de l'habitatge
 - Dèficit d'higiene personal i desordre general
 - Convivència amb animals
 - Acumulació d'andròmines
 - Presència de plagues (paneroles, rosegadors, xinxes)
- Risc d'incendi, a causa de:
 - Acumulació
 - Dèficit de manteniment de les instal·lacions de l'habitatge
 - Altres

Els avisos acostumen a descriure les característiques habituals de les persones que viuen en aquesta situació: aïllament social, incomunicació, possible trastorn mental o demència no diagnosticats, i desvinculació de la xarxa sociosanitària a causa de la situació de vulnerabilitat.

Generalment, aquestes persones no són conscients que tenen un problema ni que necessiten ajuda, i quan se'ls ofereix la rebutgen.

En altres casos, les alertes arriben per part d'altres professionals que detecten la situació: serveis socials, àrees bàsiques de salut, hospitals, guàrdia urbana, urbanisme, etc.

Les primeres actuacions es realitzen entre les 24 i 48 h després de l'avis, sempre per descartar que sigui un cas d'alt risc. En els casos urgents no es deixa aquest marge de temps.

4.2.2. Fase d'exploració del cas

Recopilació de dades i estudi de la problemàtica. És l'etapa en què cal fer una primera aproximació de la situació real del cas. **Es tracta d'un treball intern de la Unitat Social en el qual no intervé cap altre equip.**

1. Recopilació de totes les dades

- a. Segons el cas, aprofundiment en la informació tant amb els **Serveis Socials Municipals** com amb els **professionals sanitaris**, o amb els **Serveis de Salut Mental**, sobre el possible coneixement que tenen del cas.
- b. **Consulta de les dades del padró.** Verificació del nucli de convivència.
- c. **Valorar qui ha fet la queixa/instància: si han estat veïns, administrador, etc.** Esbrinar quin tipus de gestions han fet abans de fer la queixa (aquest tipus d'informació és interessant tenir-la en compte per després poder valorar la possible predisposició de la persona a col·laborar).
- d. **Recull de dades de convivència.** Relació amb el veïnat, la família, etc.

2. **Atenció a les persones que cursen la demanda.** Amb la informació que faciliten els demandants es pot valorar com pot ser la persona afectada: si té comportaments violents o agressius, si es pot trobar a casa amb facilitat, si manté relació amb el veïnat, etc.

3. Configuració d'un prediagnòstic amb la interpretació de les dades que s'han recopilat i amb l'ordenació de la informació del cas.

Aquest pas serveix per configurar un pla de treball del cas, i així preparar el primer contacte, ja sigui al domicili o al carrer, amb més possibilitats d'èxit. I també per establir les possibles aliances amb la xarxa veïnal i familiar per poder col·laborar conjuntament, o si més no per tenir algun suport.

4.2.3. Fase d'intervenció

Després del prediagnòstic, ja tenim l'estratègia de treball per a la primera intervenció.

- Si el cas ha arribat directament a la Unitat Social i no té cap precedent en altres serveis, la visita s'organitza des del Servei de Salut, i amb l'acompanyament d'un inspector/a de salut pública.
- En cas que es tracti d'una derivació (Serveis Socials, Àrea Bàsica de Salut, Guàrdia Urbana, etc.), en general la visita es realitza conjuntament amb professionals del servei que ha fet la consulta o derivació.

- 1.** Encontre amb la persona, ja sigui al domicili o al carrer: en un bar o en una plaça, etc. El més important és veure el seu entorn, com viu, i crear una relació cordial i de confiança.

La visita és sempre sense avisar, per tant, hi ha la possibilitat que no hi sigui, però com que l'objectiu és veure el domicili i conèixer la situació *in situ*, s'ha de ser insistent en aquest primer intent.

- 2. Presentació al domicili i/o primer contacte amb la persona.** És un moment molt delicat, perquè no se sap com pot reaccionar. **Sempre cal identificar-se correctament i demanar permís d'entrada.**

Cal recordar que aquesta primera intervenció és molt important, i que pot facilitar o complicar molt l'estratègia. Per tant, **cal cuidar molt la comunicació i les habilitats socials, per adaptar-se a les reaccions de cada persona** – en les primeres visites cal ser flexible, pacient, comprensiu, i alhora insistent–.

Aquest primer contacte establirà una relació interpersonal que facilitarà que es puguin tornar a fer més visites, consolidant el vincle entre professional i usuari.

3. Entrada al domicili. Cal mantenir la relació de respecte i dignitat davant la situació en què viu la persona, ja que és casa seva i són les seves pertinences personals.

Cal fer una bona observació de tot l'habitatge (de totes les estances) o del que la persona permet veure, i continuar fent-hi vincle mitjançant una conversa, en la qual cal:

- Determinar quina és **la seva percepció** pel que fa a l'acumulació.
- **Conèixer els orígens** de l'inici del trastorn.
- Veure quina és **la seva predisposició per restablir les condicions** d'habitabilitat i salubritat del seu habitatge.
- **Esbrinar si disposa de suport familiar o d'amistats** per fer front al procés de condicionament de l'immoble.

Per últim, sempre cal acordar una propera visita, deixant pendent alguna gestió o algun tipus de recurs que li pugui interessar perquè consenti que hi tornem un altre dia.

4. Anàlisi de la primera visita. Indicadors

- Reaccions de la persona
- És conscient de la seva situació?
- Mostra predisposició?
- Desorganització domèstica i personal
- Disposa de suport social i/o familiar?
- Hi ha autoaïllament social?
- Manca d'higiene personal i de salut
- Possibilitat d'algun problema de trastorn mental i/o addiccions
- Gravetat de l'acumulació
- Brutícia i/o presència de plagues
- Convivència amb animals
- Disposa d'aigua i/o llum?

Amb la informació recollida en la fase d'exploració i de la primera visita al domicili, es planifica l'estratègia que s'haurà d'utilitzar per restablir les condicions higienicosanitàries del domicili, així com atendre les necessitats sociosanitàries de la persona usuària per reincorporar-la a l'entorn comunitari.

Arribat aquest punt, la funció de la Unitat Social és:

- **Contactar amb els serveis especialitzats necessaris**, tant municipals –**Guàrdia Urbana, Serveis Socials**, etc.– com d'altres institucions –**Salut Mental, EMSE, jutjat, empreses de desinfecció desratització i desinsectació (DDD) i neteja**, etc.– **per dissenyar un pla de treball.**
- **Fer les gestions necessàries perquè el cas estigui actiu i sigui àgil per part de tots els serveis que hi intervenen, tant documentalment com logísticament, i facilitant també la utilització dels recursos sociocomunitaris** (dutxes, menjadors, etc.) que beneficiïn la persona i ajudin a resoldre la situació.

A l'Apartat 5 es desenvoluparà el procediment de les actuacions de neteja, una de les eines indispensables dins l'estratègia de la fase d'intervenció.

4.2.4. Fase d'avaluació dels resultats

RESULTATS POSITIUS:

Quan s'ha pogut intervenir amb la persona i solucionar la seva situació psicossociosanitària, restablint, entre altres, les mesures de salubritat i higienicosanitàries de l'habitatge, i assolint l'adaptació dels nous hàbits d'organització domèstica i personal.

Un cop s'han aconseguit els objectius previstos i s'ha resolt el cas, es valora si és necessari fer un seguiment o si es tanca l'expedient.

Si la persona continua vivint al domicili, amb mesures i recursos de suport, prèviament s'haurà derivat als serveis socials i sanitaris del territori amb un pla de treball per coordinar el seguiment de la seva evolució, i així evitar la reincidència.

RESULTATS NEGATIUS:

Quan no s'ha pogut constatar directament la situació, ja que o bé la persona ha negat l'accés al domicili o bé ha estat inviable establir-hi contacte.

Tot i disposar d'evidències de la insalubritat i del risc per a tercers –ja sigui perquè s'ha pogut entrar, o per evidències que es poden observar des de la mateixa porta i que estan relacionades amb insalubritat: plagues, pudors, etc.–, la manca de predisposició i col·laboració per part de la persona afectada no ha fet possible la intervenció.

Els casos no sempre es resolen a la primera, de vegades només s'aconsegueix realitzar una part del procés i cal donar cert temps, sense defallir en el seguiment fins que la situació canviï.

Arribat aquest punt, sempre s'ha de donar primer una oportunitat si hi ha predisposició, però si no és així, cal incorporar el treball jurídic administratiu, per advertir de manera oficial la persona usuària que la seva situació comporta un risc sanitari i que té l'obligació de resoldre-la:

En cas de respondre a l'ofici, es reprèn el resultat com a positiu, i s'estableix una nova programació de les actuacions necessàries per resoldre el cas.

En cas de rebuig, continua el procediment administratiu, però incorporant l'assessor jurídic al procés, per poder restablir les condicions de salubritat i eliminar el risc sanitari detectat. En alguns casos, aquesta via arriba fins al jutjat.

A l'Apartat 5 veurem quins graus d'insalubritat es poden trobar, com s'organitzen les neteges i qui se'n fa càrrec.

4.2.5. Procés de seguiment

Aquest procés també és dins el pla de treball, com a últim pas d'una intervenció global:

- **En el cas de la consecució dels objectius** (resultat positiu), el seguiment serveix per **traslladar el lideratge del cas als serveis del territori, sigui Serveis Socials o l'ABS, etc.**
S'elabora un **nou pla de treball coordinat, en el qual s'estableixen unes pautes per evitar la reincidència de la insalubritat i dotar el cas del suport tècnic i dels recursos socio-sanitaris adients.**
Des del Servei de Salut es continuarà realitzant seguiment però més espaiat en el temps.
- **En el cas de la no-consecució dels objectius**, l'estratègia és **afluïxar la intensitat de les visites –donar temps– i mantenir la coordinació amb els serveis que hi han intervingut** per actuar de manera àgil davant qualsevol canvi que es pugui produir.
Si la situació pot continuar sent greu, es valora traslladar el cas a l'Assessoria Jurídica perquè valori la possibilitat de comunicació al jutjat, via Fiscalia.

5. DEFINICIÓ DELS AGENTS COLLABORADORS

José Ramón Ubieta, al seu llibre *El trabajo en red, usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales*, diu: “Treballar en xarxa ofereix una gran oportunitat per respondre a les necessitats socials d’una manera més integral. Al treballar en xarxa, s’aborda una problemàtica individual o social, tenint en compte les diferents dimensions de la vida”.

El treball en xarxa, per tant, fa possible articular la visió global de la situació entre els diferents departaments i/o professionals i permet que la suma en conjunt doni com a resultat una solució més efectiva i integral. Per tant, aquest model implica acceptar que tècnics d’altres àrees o departaments (salut pública, urbanisme, guàrdia urbana, serveis socials, serveis de dependència, jutjats, etc.) abordin la part de la problemàtica que els competeix i de la qual són corresponsables.

En aquest procés de treball es destaca com a **agents prioritaris: els serveis socials, les ABS i els centres de salut mental (CSMA) de què disposa el territori**, amb els quals des de l’inici del procés ja s’estableix una interrelació per avançar amb el diagnòstic psicosocial de la persona, fet que facilitarà la intervenció de la resta d’agents col·laboradors.

En qualsevol cas, a continuació es defineixen les figures també prioritàries però que estrictament queden fora de l’àmbit social, per tal d’aportar coneixement sobre les tasques relacionades amb l’habitabilitat i la insalubritat de l’habitatge:

5.1. Autoritat sanitària

Dins els serveis de salut pública municipal, i seguint el marc establert per la legislació aplicable en aquest àmbit, hi ha una figura clau per al desenvolupament d’aquesta mena de casos, que la **Llei 18/2009 de salut pública de Catalunya descriu al seu article 2** com a:

Autoritat sanitària: Òrgan que té la competència per aplicar la normativa vigent en matèria de salut pública, en funció de la qual pot limitar drets individuals o col·lectius en benefici dels drets de la comunitat.

Aquesta figura permet dotar el cas d'una base legal ferma, mitjançant l'avaluació del risc que s'extreu de les diferents visites i les valoracions sobre els aspectes higienicosanitaris al domicili, amb l'objectiu d'estimar la probabilitat d'un efecte nociu per a la salut, i la gravetat d'aquest efecte com a perill: **Gestió del risc per a la salut als equipaments públics i els llocs habitats, incloses les piscines – art. 52 d de la Llei 18/2009, de salut pública.**

L'eina més potent de l'inspector de salut pública és l'acta. És un document administratiu en el qual es recull, de manera objectiva, tota la informació observada durant la visita i, si escau, es requereixen les mesures correctores que s'han de realitzar amb un termini establert. **A més, l'acta té presumpció de veracitat (art. 59.2 de la Llei 18/2009, de salut pública).**

La finalitat de crear aquests fonaments legals, mitjançant l'autoritat sanitària municipal, és disposar d'una font d'arguments i fets contrastats, en forma d'expedient administratiu, per als casos més complexos, en els quals és necessari involucrar l'assessoria jurídica, bé per a sancions o bé per traslladar les nostres actuacions a estaments supramunicipals (jutjats) i així continuar amb la resolució del cas.

Per tant, la figura del tècnic de sanitat apareix quan la tasca del treballador social o bé ha quedat aturada i no aconsegueix millorar la situació amb les seves eines, o bé quan la situació és tan greu que cal actuar de manera àgil i immediata.

Tipus de suport que es dona:

- **Legal:** Per tal de dur a terme les actuacions necessàries i reglamentàries, a fi de restablir les condicions higienicosanitàries per a l'habitabilitat del domicili, tant per a la persona com per a la comunitat.
- **Logístic:** Cal marcar una pauta en el temps i en l'espai per realitzar les mesures correctores requerides per l'autoritat seguint un procediment administratiu.
- **D'acompanyament:** En primer lloc perquè millora la seguretat personal en la visita, i en segon lloc, perquè la combinació dels dos tècnics a la mateixa visita proporciona més recursos "imaginatius", i potents, per definir l'estratègia i seguiment del cas.

- **Com a autoritat municipal:** El denunciat entén la presència de l'inspector com un toc d'atenció de l'administració, que habitualment és rebut de manera positiva i accelera la recuperació de les condicions de salubritat, alhora que reforça la figura del treballador social, com a part d'una entitat o de l'equip de salut pública.

5.2. Protecció d'animals. Síndrome de Noè

L'autoritat sanitària municipal també és competent per iniciar intervencions d'inspecció i valoració sobre el benestar dels animals, amb el Negociat de Protecció dels Animals.

En els casos en què s'observa la convivència amb animals domèstics –generalment gats, gossos i aus– en condicions d'insalubritat, s'inicien actuacions de denúncia i/o sanció, segons la normativa aplicable per garantir el benestar i la protecció dels animals.

Pel que fa als casos de convivència amb animals i amb la síndrome de Noè – trastorn psiquiàtric que consisteix en l'acumulació d'animals, més de vuit o deu–, la persona propietària és incapaç d'oferir les cures, controls i atencions sanitàries mínimes i no reconeix la realitat d'abandonament en què es troben els animals. Aquesta és una de les situacions més greus i alhora excepcionals, en què les autoritats han d'actuar.

5.3. EMSE

L'Equip Multidisciplinari de Suport Especialitzat en Salut Mental (EMSE) de l'Hospital del Mar és un dispositiu assistencial especialitzat de consulta i atenció a persones amb trastorns psiquiàtrics.

La finalitat d'aquest servei és afavorir la vinculació a la xarxa de salut dels pacients amb presumpció diagnòstica o amb diagnòstic de trastorn mental sever. L'EMSE desenvolupa intervencions assistencials especialitzades a domicili i realitza activitats de suport, orientació i formació als professionals.

La figura de l'EMSE apareix quan es detecta una situació d'una persona amb algun tipus de trastorn mental d'acumulació (TA) que està desvinculat dels

serveis de salut mental o bé de la xarxa de salut, o bé quan la persona rebutja una assistència sanitària normalitzada.

El TA es caracteritza per la gran acumulació d'objectes diversos que realitza la persona i la incapacitat d'aquesta per desprendre-se'n, pel fet que tots tenen per a ella un gran valor sentimental i/o emocional. L'acumulació pot arribar a col·lapsar tots els espais de l'habitatge, fins i tot deixant sense ús estances com el bany i/o la cuina.

El punt fort de la coordinació amb l'EMSE, entre altres, és la capacitat de realitzar el diagnòstic i de valorar la possibilitat de fer ingressos tant voluntaris com involuntaris, gràcies als professionals mèdics que componen l'equip.

5.4. Assessorament jurídic

Dins els serveis de salut pública municipal també hi ha la figura de l'assessor jurídic com a part de l'equip d'intervenció.

Tal com s'ha avançat en apartats anteriors, quan la predisposició i el compromís de la persona acumuladora no es compleixen, cal implicar la figura jurídica per continuar amb la via administrativa iniciada per l'autoritat sanitària o competent.

Les funcions pròpies de l'assessor jurídic són:

- Oferir suport i acompanyament als tècnics que treballen directament en el cas.
- Vetllar per la legalitat de les diverses intervencions que es fan durant la gestió del cas, especialment les que tenen per objecte la persona o el domicili.
- Incoar i/o tramitar els actes o procediments administratius formals necessaris per a les finalitats de les diverses intervencions, com per exemple:
 - Requeriments formals
 - Sol·licituds d'autorització judicial d'entrada a un habitatge
 - Sol·licituds de mesures cautelars
 - Procediments administratius o civils

I quant als procediments jurídics administratius a iniciar, hi ha dues opcions:

A. Via administrativa (Llei 39/2015, d'1 d'octubre LPACAP, i Llei 29/1998, RJCA):

Intervencions i actuacions tecnicoadministratives prèvies (visites, actes, informes, etc.) que acreditin la situació de risc sanitari i la manca d'intenció per resoldre la situació.

Requeriment de restauració de les condicions sanitàries del lloc.

Si hi ha incompliment, sol·licitud d'autorització d'entrada per restaurar les condicions sanitàries al jutjat contenciós-administratiu competent.

Si s'atorga l'autorització, execució de l'entrada i informe al jutjat.

B. Via civil, vinculada amb una situació personal de risc o desemparament (Llei 1/2000, LEC):

Intervencions i actuacions tecnicoadministratives prèvies (visites, actes, informes, etc.) que acreditin la situació de risc sanitari, la manca d'intenció de resoldre la situació i el risc personal o de desemparament.

Denúncia dels fets al Jutjat de Guàrdia o al Deganat i sol·licitud d'autorització d'entrada per restaurar les condicions sanitàries.

Si s'atorga l'autorització, execució de l'entrada i informe al jutjat (normalment acompanyat de mesures de protecció de la persona).

5.5. Tècnic d'urbanisme

Dins els serveis d'urbanisme i d'obres, es disposa d'una altra figura clau en la gestió d'aquests casos.

El tècnic d'urbanisme és l'autoritat municipal a qui competeix la disciplina urbanística en un habitatge, emparant-se en la legislació aplicable per establir les condicions d'habitabilitat d'obligat compliment en un domicili –segons, entre altres, l'annex 2 del Decret 141/2012 de les condicions mínimes d'habitabilitat dels habitatges i la cèdula d'habitabilitat.

Quan durant les visites a l'habitatge es detecten deficiències d'habitabilitat i/o seguretat, com ara humitats, esquerdes o precàries instal·lacions bà-

siques de llum, aigua, gas, etc., es fa indispensable una coordinació amb el servei d'urbanisme per realitzar una valoració tècnica de la situació, i que aquest requereixi, si escau, les mesures correctores pertinents.

D'altra banda, es pot produir la situació inversa: que quan aquests tècnics detectin un domicili amb greu insalubritat i/o acumulació, en aquest cas siguin ells els que activin la Unitat Social per fer una intervenció conjunta i una valoració.

5.6. Servei de Convivència i Civisme de la Guàrdia Urbana

La Unitat de Convivència i Civisme té com a objectiu fomentar i promoure els valors i les actituds cíviques entre tota la ciutadania, així com responsabilitzar-la en el manteniment de la convivència per tal d'incrementar el respecte a l'entorn urbà i el compromís amb el compliment de les normes cíviques i de bon veïnatge.

Ofereix una resposta personalitzada i ràpida a les demandes ciutadanes, mantenint la confidencialitat i la discrecionalitat, ja que és una unitat no uniformada. El seu horari és flexible, i s'adapta a les situacions concretes i a les necessitats de la ciutadania.

Pel que fa a la coordinació amb aquest servei, és necessari que intervingui a les visites a domicili:

- Quan cal incrementar l'autoritat en l'actuació.
- Quan hi pot haver agressivitat i/o violència per part de la persona afectada.
- Com a estratègia de pressió per reforçar el treball dels altres professionals.

6. ACTUACIONS DE NETEJA

Les actuacions de neteja són les accions que cal fer per restablir les condicions de salubritat i higiene en un domicili, i per poder habitar-lo sense risc per a la salut, respectant la convivència amb el veïnat.

Tot i que no hi ha una homogeneïtat clara per a tots els casos, cal dotar els tècnics d'eines per classificar cada situació. Partint de l'experiència, i també per complir amb la legislació en salut pública, es defineixen els següents paràmetres que ajudaran a escollir quin tipus de neteja s'ha de realitzar i amb quins recursos:

Acumulació d'andròmines. Acumulació de tot tipus d'objectes inorgànics (llibres, roba, estris de feina, CDs, pel·lícules, etc.).

Acumulació de brossa orgànica. Acumulació de residus orgànics: restes de menjar, menjar caducat o podrit, ampolles o llaunes amb restes, excrements, etc.

Plagues (DDD). Presència de plagues d'àmbit urbà: de rosegadors o insectes, de paneroles, de xinxes de llit.

Afectació a tercers. La situació d'insalubritat traspasa els límits del domicili i arriba al veïnat: pudors, plagues, etc.

Voluntat. L'usuari mostra, o no, predisposició a col·laborar.

Recursos per realitzar la neteja. Recursos propis del particular (econòmics, auxiliar de neteja, suport familiar o d'amistats, etc.) i recursos municipals (suport tècnic, econòmic subsidiari, serveis sociocomunitaris –dutxes, bugaderia, menjador, SAD, auxiliars de neteja, etc.–).

Animals de companyia. Convivència amb animals de companyia afectats per la situació d'insalubritat i desatesos en el seu manteniment.

Cal recordar que tota actuació de neteja ha de tenir en compte:

- L'entrega a la persona propietària i/o ocupant de la informació del procés a realitzar.
- El document d'autorització de la persona propietària i/o ocupant de l'habitatge en què permet l'accés i la neteja del seu domicili.

Les despeses de neteja sempre són a càrrec de la persona propietària, a excepció dels casos en què s'ha de fer de manera subsidiària.

6.1 Classificació

Per tal de crear una classificació àgil i senzilla en un àmbit en què els casos són tan diferents i variables, s'han agrupat les actuacions en dos tipus, en funció de:

- La **voluntat** de la persona propietària i/o ocupant (terapèutica o forçada).
- La gravetat de la **insalubritat** i el risc per a la persona (**primordialment per brossa orgànica i plagues**).

	Acumulació d'ANDRÒMINES	Acumulació de BROSSA ORGÀNICA	DDD	Animals de companyia	Afectació a tercers	Voluntat	Recursos (econòmics o humans)	Responsabilitat de la neteja
TERAPÈUTICA (LA PERSONA USUÀRIA VOL PARTICIPAR IMPLICITAMENT)	MITJANA	LLEU O NUL·LA	ABSÈNCIA	SÍ/NO	NO	SÍ	SÍ	PARTICULAR
	MITJANA	LLEU O NUL·LA / MITJANA	ABSÈNCIA/PRESÈNCIA	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ	SÍ	PARTICULAR
FORÇADA	MITJANA/GREU	MITJANA/GREU	ABSÈNCIA/PRESÈNCIA	SÍ/NO	SÍ	SÍ	SÍ	PARTICULAR
	MITJANA/GREU	GREU	ABSÈNCIA/PRESÈNCIA	SÍ/NO	SÍ	SÍ	NO	MUNICIPAL
	MITJANA/GREU	GREU	ABSÈNCIA/PRESÈNCIA	SÍ/NO	SÍ	NO	NO	MUNICIPAL (JUDICIAL)

Cal aclarir que hi ha casos en què hi ha voluntat però la situació és tan greu que cal iniciar una intervenció administrativa.

Aquesta classificació ha estat basada en l'experiència dels casos tractats des d'aquest servei, en els quals el nivell dels factors d'acumulació sempre supera un mínim de salubritat i higiene –és a dir, és una situació que es pot recuperar fàcilment amb hàbits de neteja–.

El Servei de Salut no aborda els casos de manca de neteja general o de pràctiques d'higiene domèstica periòdica si no hi ha altres motius que puguin comportar un risc per a tercers. Per tant, hi ha paràmetres que han d'iniciar-se amb un valor mínim, com és el cas de l'acumulació d'andròmines, en què un desordre general de l'habitatge no suposarà l'inici de cap actuació.

- A. Les **intervencions terapèutiques** són aquelles en què la mateixa persona reconeix que hi ha un problema i **mostra predisposició i voluntat amb suport tècnic i/o familiar**. Es dona una oportunitat de reacció.

Són situacions més fàcils de recuperar, tant pel compromís manifest com pel grau d'insalubritat, que en general és menor i no afecta tercers.

Es dona suport a aquesta decisió, ja que aquí la funció és demostrar a la persona que pot fer-ho, i que se l'ajuda i se l'acompanya en el seu procés de buidatge i renúncia de les seves pertinences, en col·laboració amb l'equip de l'EMSE:

- Ajudar la persona a prendre decisions de què ha de llençar i què no vol llençar.
- Ajudar-la a modular l'ansietat amb suport sanitari.
- Ajudar-la a classificar les coses, perquè davant el dubte sempre ho guardarà.
- Mobilitzar recursos (serveis de menjador, dutxes, ajuda de neteja, inspeccions).

Cal destacar que pren més importància el treball de suport i d'educació sanitària que transmeten els tècnics (socials i de salut pública) que la logística de l'actuació de netejar.

Durant aquest procés de neteja cal incorporar a la vida de la persona afectada un nou aprenentatge sobre pautes de neteja domèstica i d'higiene personal, alhora que manté el compliment de les pautes mèdiques.

Per tant, caldrà fer un seguiment de la persona durant els mesos posteriors.

B. Les intervencions forçades són aquelles en les quals *a priori* no hi ha voluntat ni predisposició de la persona i/o rebutja els ajuts que se li ofereixen, i alhora persisteix un alt risc sanitari tant per a la persona com per a tercers a causa de la insalubritat observada.

D'altra banda, també seran forçades les intervencions en què, tot i haver-hi una predisposició inicial, la persona no aconsegueix resultats i la situació és tan greu que cal emprendre la via administrativa i/o judicial.

En alguns casos la intervenció de l'EMSE es fa indispensable i es valora l'ingrés involuntari dels pacients, per via judicial.

Aquestes actuacions destaquen perquè és l'administració qui, en general, pren la iniciativa en l'organització i la logística de la neteja.

Però al marge de la via administrativa, des del Servei també es manté el treball de relació amb la persona, així com de coordinació amb la resta de professionals que han de treballar en el cas.

6.2. Aspectes a tenir en compte abans, durant i després de la neteja

Com a resum, al següent quadre s'exposen els aspectes que cal tenir presents, de manera general, per dur a terme l'execució de la neteja:

	Informació	Assessorament de la neteja	Recursos	Terminis i seguiment	Via administrativa	Derivació a altres serveis
INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Canvi de model domèstic (neteja domèstica i higiene personal). • Recursos sociocomunitaris: (menjador social, bugaderia, SAD, etc.). • Compromís amb els canvis que es proposen per millorar la situació. <p>En aquests casos no cal l'autorització de la neteja, perquè es du a terme entre particulars.</p>	Procediment de la neteja i buidatge: <ul style="list-style-type: none"> • Ordre i organització de l'actuació: prioritats i estances de l'habitatge. • Si hi ha plaga, determinació del millor moment per realitzar la desinsectació, etc. • Facilitació de recursos materials per a la neteja (bosses, etc.). 	Disposa o no de recursos econòmics i humans propis: <ul style="list-style-type: none"> • Contractació d'auxiliar de neteja. • Suport de familiars o amics. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre hi ha d'haver un termini acordat amb els tècnics i professionals per realitzar les actuacions. • També hi ha d'haver el compromís per acceptar un seguiment de control posterior. 	Sí/No Segons cada cas, si l'actuació s'allarga o si es bloqueja.	Pot ser simultània o bé posterior, a Serveis Socials, Atenció Primària, etc. I segons l'avaluació global del cas.
	Tècnica social	Tècnic de salut pública	Tècnic social	Tècnics	<ul style="list-style-type: none"> • Tècnic de salut pública • Assessor jurídic 	Tècnic social
	Informació	Organització de la neteja	Col·laboracions	Terminis i seguiment	Via administrativa	Derivació al jutjat
INTERVENCIÓ FORÇADA	<ul style="list-style-type: none"> • Canvi de model domèstic (neteja domèstica i higiene personal) • Recursos sociocomunitaris: (menjador social, bugaderia, SAD, etc.). • Compromís amb els canvis que es proposen per millorar la situació. • Comunicació de la neteja. 	Procediment de la neteja i buidatge: <p>Contacte amb una empresa especialitzada de neteja i buidatge (pressupost).</p> <p>Planificació del procediment i de la data.</p> <p>Acta de l'actuació i documents d'autorització de la neteja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EMSE • Guàrdia Urbana • Mossos d'Esquadra 	Els terminis són definits per la via administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Acta d'inspecció • Ofici de requeriment • Resolució (decret) i notificació • Informe tècnic de la situació • Notificació d'audiència • Notificació de neteja subsidiària • Diligència • Edicte del Butlletí Oficial de la Província (BOP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sol·licitud d'entrada a domicili • Notificació d'auto judicial
	Tècnic social	Tècnic de salut pública Empresa especialitzada		Tècnics	<ul style="list-style-type: none"> • Tècnica de salut pública • Assessor jurídic 	Assessor jurídic

7. EXEMPLES DE CASOS REALS

CAS 1

A. Fase de detecció

Arriba un avís, mitjançant la plataforma municipal d'avisos de Convivència i Civisme, en el qual s'alerta de la situació sociopersonal d'un veí (senyor X) de la comunitat, que com a conseqüència ocasiona molèsties a la resta del veïnat, per les pudors que emanen del seu habitatge i una plaga de ratolins.

Paral·lelament, arriba un comunicat des de Serveis Socials en què se sol·licita una intervenció conjunta.

Descripció inicial de la situació:

- Els veïns truquen a la Unitat Social (US) i envien una instància pel problema de plagues de ratolins en diversos pisos.
- Home solter de 69 anys, viu sol i és pensionista.
- Va molt descuidat en l'aspecte personal: sense afaitar, ungles llargues, fa pudor, etc.
- De caràcter esquerp i amb poca relació amb els veïns i familiars, segons la informació rebuda.

B. Fase d'exploració

S'ordena la informació rebuda i s'inicia un contrast per garantir la veracitat de les dades subministrades.

Posteriorment, s'amplia la informació mitjançant la interlocució amb Serveis Socials, el Centre d'Atenció Primària, etc.

Informació complementària:

- Viu sense aigua, amb molta acumulació d'objectes i de brutícia que genera ell mateix.
- Hi ha una greu situació d'insalubritat, més la plaga de paneroles i de ratolins que afecta el veïnat.
- L'habitatge és de la seva propietat.
- Té una germana i una neboda que viuen fora de la ciutat. Mantenen una relació en la distància, i de tant en tant, per

telèfon. Però des que va morir la seva mare, ja fa deu anys, el senyor X no veu la família. En els primers contactes amb la família, aquesta no es mostra gens col·laboradora per implicar-se en el cas.

Amb el conjunt de tota la informació recollida s'elabora un prediagnòstic que servirà per a la configuració d'un primer pla de treball, previ a la primera visita.

C. Fase d'intervenció

S'organitza la primera visita amb el tècnic de Salut Pública (autoritat sanitària) per contactar amb el senyor X. A la primera visita no se'l troba al domicili, i s'aprofita per parlar amb els veïns i veïnes més propers. Informen dels hàbits del senyor X, i del bar on se'l pot trobar.

Primer contacte amb la persona

- És al bar amb un comportament estrany, però s'identifica i estableix una certa interlocució amb els tècnics. Es detecta que la seva manera de parlar (malcarat, molt desconfiat i de vegades desmemoriat) confirma la veracitat de la informació rebuda a l'inici del cas.
- **No accepta cap tipus d'ajuda. No és col·laborador.**
- Es detecta una situació d'abandonament personal.
- Desorganització econòmica.
- Desorganització en l'alimentació.
- Problemes amb l'alcohol.
- Ha tingut diverses caigudes dins el pis, ha provocat un petit incendi i ha tingut ingressos a l'hospital per fractures.
- Es detecta que no té capacitat per cuidar-se ni per deixar-se cuidar.
- Comenta que la família no col·labora.
- **Acordem tornar a visitar-lo però al seu domicili.**

Després de diferents contactes, sempre fora del domicili, treballant el vincle de confiança, s'aconsegueix una visita al domicili.

Aquesta visita a l'habitatge és coordinada amb agents de la Guàrdia Urbana, l'equip de l'EMSE i tècnics de salut pública. Casualment, autoritza l'entrada al domicili per l'afinitat i/o confiança que té amb els cossos de seguretat. En primera instància només permet l'entrada a un dels agents amb el metge, i posteriorment a la resta de l'equip.

Primer contacte al domicili i anàlisi de la situació

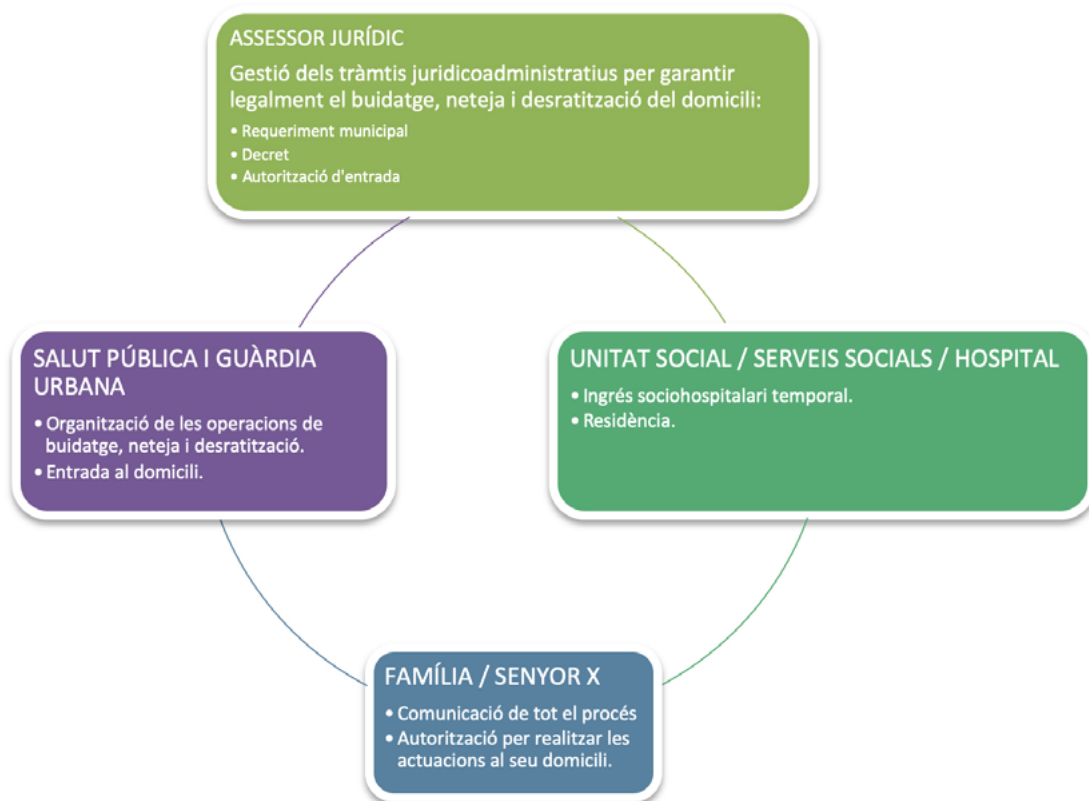
Cada professional inicia la seva tasca de valoració (plagues, salut mental, insalubritat, situació social, habitabilitat, etc.):

- El tècnic de Salut Pública observa una situació d'insalubritat greu amb una gran acumulació de residus tant orgànics com inorgànics per tot el domicili. A més, s'observa una gran activitat de ratolins al domicili que afecta totes les estances i que constata els fets exposats per part del veïnat.
- La situació al domicili posa en risc tant la salut del senyor X com, per extensió, la de la resta de veïns de la comunitat, o com a mínim la dels més propers.
- La valoració del metge de l'EMSE és que cal explorar un possible deteriorament cognitiu i es proposa una coordinació mitjançant l'Àrea Bàsica de Salut per gestionar un possible ingrés.
- La tècnica social observa la manca d'hàbits saludables, d'higiene personal, d'organització domèstica i alimentària, així com l'aïllament social i la manca de suport personal per realitzar les tasques diàries.

El senyor X rebutja qualsevol tipus d'ajuda que se li ofereix i el possible contacte amb la seva família.

Un cop finalitzada la visita i amb tota la informació recopilada (tant psicosocial com de salubritat del domicili) s'inicia l'anàlisi de la situació global, que comportarà el disseny del pla de treball en xarxa que es desenvoluparà per resoldre el cas.

Estratègia de treball amb tots els agents implicats



- En primera instància es dissenya un pla de treball tenint en compte els agents que hi han d'intervenir i les tasques que han de realitzar de manera coordinada.
- Però la realitat és un altra. S'esdevé un imprevist que porta a un ingress hospitalari no previst en el pla, fet que facilita l'agilitat en les comunicacions oficials municipals amb el senyor X: accepta l'autorització de la neteja.

Alhora, aquests fets afavoreixen la ràpida gestió de les operacions subsidiàries de buidatge, neteja i desratització, ara sí, amb la neboda del senyor X –ja que l'ingrés comporta de nou el contacte amb la família–.

Per últim, després de l'estada a l'hospital, durant la recuperació el senyor X és derivat a una residència i no torna al seu domicili.

En aquest cas és destacable la col·laboració i la implicació que va tenir la comunitat de veïns en la resolució del cas, ja des del primer moment. Fins i tot van organitzar una suposada visita municipal per motius urbanístics a la zona compartida de la comunitat, que va permetre posar en alerta el senyor X, i que va facilitar l'entrada al seu domicili.

CAS 2

A. Fase de detecció

Arriba un avís de l'equip d'Emergències Socials mitjançant un correu electrònic. En aquest es comunica que han rebut un informe dels Mossos d'Esquadra com a conseqüència d'una intervenció en un domicili. Els Mossos han fet la intervenció arran d'una alarma veïnal en què se'ls comunicava que se sentien pudors provinents de l'immoble i que feia dies que no veien la propietària del pis. És un possible cas d'èxitus.

Paral·lelament, la Guàrdia Urbana també comunica la seva actuació, en coordinació amb els Bombers i els SEM (Sistemes d'Emergències Mèdiques). El relat presenta l'entrada al domicili, la situació de l'immoble, i la constatació que la veïna està viva però en situació d'embriaguesa i que l'habitatge presenta una greu situació d'insalubritat.

En aquest cas, Serveis Socials proposen una visita conjunta amb els tècnics de Salut Pública, per determinar prèviament la situació del domicili i de la persona.

Descripció inicial de la situació:

- Avís d'Emergències Socials Municipals i de la Guàrdia Urbana, paral·lelament.
- Dona soltera, 76 anys, viu sola, no té família i és pensionista.
- Manca d'higiene personal general: mans i ungles brutes, peus bruts d'excrements, roba bruta, etc.
- Es mostra despistada i desorientada, no entén el motiu de la visita, es mostra enfadada perquè li van forçar la porta i ara l'ha de reparar, etc.

B. Fase d'exploració

S'endrega la informació rebuda, amb l'informe del tècnic de salut pública inclòs, i s'acorda amb els Serveis Socials Municipals que el cas s'assumirà des de la Unitat Social del Servei de Salut municipal.

Cal mencionar que és època de covid (agost del 2021), i que per tant en aquest cas i per a aquesta persona hi ha dificultats afegides a l'hora de realitzar tràmits del dia a dia, perquè s'han de fer de manera no presencial i, per tant, necessita suport.

Informació complementària

- Viu amb una acumulació de residus important, com a conseqüència de la manca d'hàbits de neteja, en part a causa de la seva pròpia desgana personal.
- L'habitatge és de la seva propietat.
- *És una dona molt desconfiada amb el veïnat*, tot i haver-hi tingut bones relacions en altres èpoques.
- No porta control mèdic a l'ambulatori i desconfia també dels professionals. De fet, rebutja vacunar-se per la covid.
- No reconeix els seus problemes de salut: vista, memòria, etc.
- La seva situació econòmica és acceptable.
- Serveis Socials del Districte desconeixia la situació.

C. Fase d'intervenció

En aquest cas, i no és habitual, el tècnic de salut disposa d'un vincle de confiança i autoritat previs, fet que facilita la incorporació de la Unitat Social.

Aquesta primera visita ja estava acordada, i per tant la senyora X ja havia estat advertida competencialment que es faria una segona visita, per parlar del tema i per arribar a acords concrets per tal de millorar la situació.

Tal com s'esperava, la senyora X permet l'entrada al seu domicili, prèviament ben identificats.

Primer contacte amb la persona

- **Es mostra predisposada a millorar la situació de l'habitatge.**
- Se sent avergonyida per la brutícia existent i la despreocupació en els hàbits actuals de neteja, però mostra certes reticències.
- El telèfon fix no li funciona.
- DNI caducat.
- Dificultats per treure diners, com a conseqüència de l'època del covid.
- Desorganització en l'alimentació.
- Possibles problemes amb el consum d'alcohol (s'observa una acumulació important d'ampolles de cervesa).
- Es detecten les dificultats personals a l'hora de realitzar per si mateixa les tasques de manteniment i neteja habituals de l'habitatge, així com algunes de les tasques d'higiene i cura personal.

Primer contacte al domicili i anàlisi de la situació

- Tal i com s'ha avançat, la situació del domicili ja va ser dimensionada en la visita inicial amb l'equip d'emergències socials, però a la visita coordinada amb la Unitat Social s'observa que es manté la situació, sense canvis significatius:
 - S'observa una situació d'insalubritat amb una acumulació de residus tant orgànics com inorgànics per tot el domicili. També s'observa una gran quantitat d'excrements d'insectes voladors per moltes de les parets de l'immoble.
 - Hi ha excrements humans al terra del dormitori.
 - Algunes de les habitacions presenten una acumulació d'andròmines important que hi impossibilita l'accés.
 - La cuina, la campana i els fogons estan plens d'oli i inservibles. El frigorífic no funciona amb normalitat i a dins hi ha productes podrits.

En aquesta mateixa intervenció ja se li plantegen la concreció i l'abast de les mesures que ha de prendre per tornar a unes condicions de salubritat del domicili adequades:

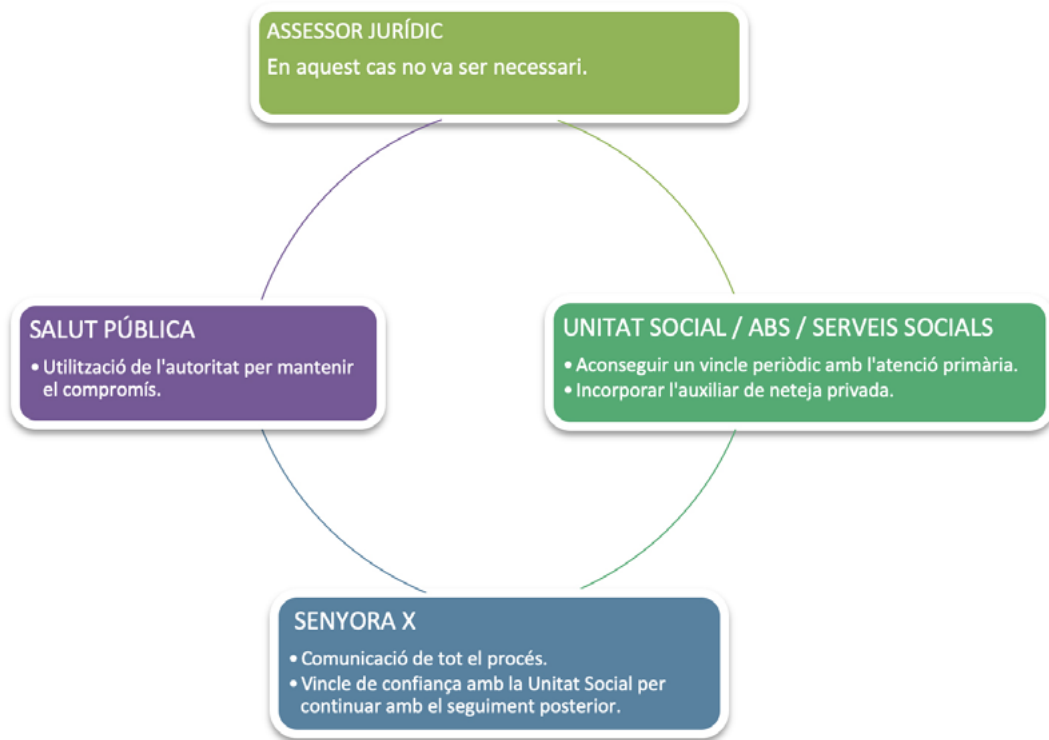
- Realització d'una neteja de xoc a tot a l'habitatge.
- Retirada dels residus i de les escombraries.

Tot i no fer un requeriment oficial, verbalment queda compromesa a complir aquestes mesures.

Se li ofereix una auxiliar privada de neteja per afrontar aquestes tasques, pel gran esforç que suposa retornar les condicions higienicosanitàries a l'habitatge, i tenint en compte que pot assumir-ho econòmicament.

Durant les diverses intervencions posteriors, finalment la senyora X accepta un pressupost de neteja per part d'una auxiliar privada, a raó de 4 hores, 2 dies la setmana (24 hores en total).

Estratègia de treball amb tots els agents implicats

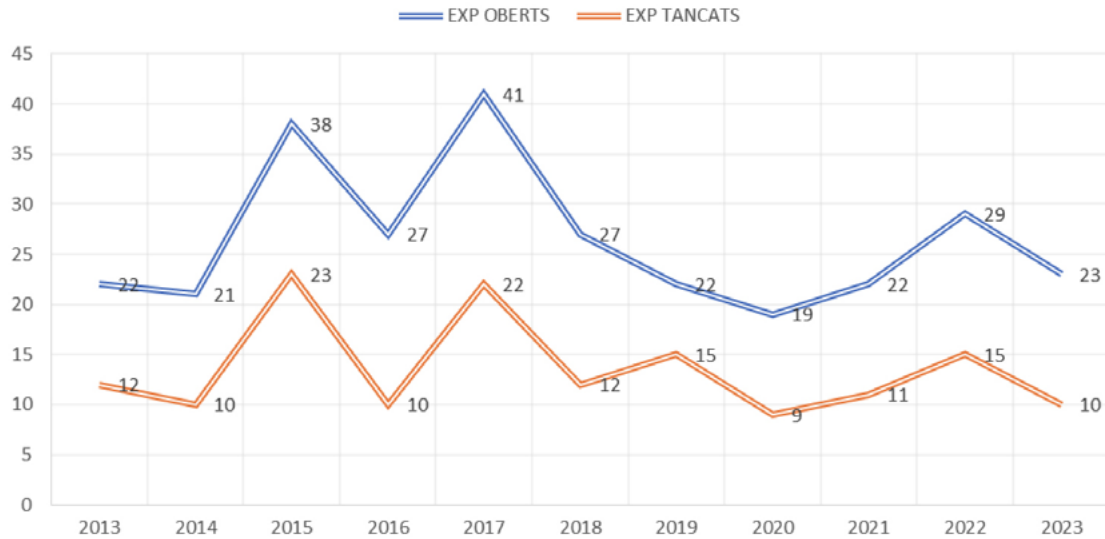


- Es va realitzar una intervenció coordinada amb el tècnic social de l'ABS per vincular la senyora X amb el centre.
- Actualment (juliol de 2023) se n'està fent seguiment, tant per part de Serveis Socials del Districte com de la Unitat Social i de l'ABS.
- D'altra banda, continua la tasca de l'auxiliar privada de neteja dins el domicili, i també fa tasques d'acompanyament i suport a la senyora X.

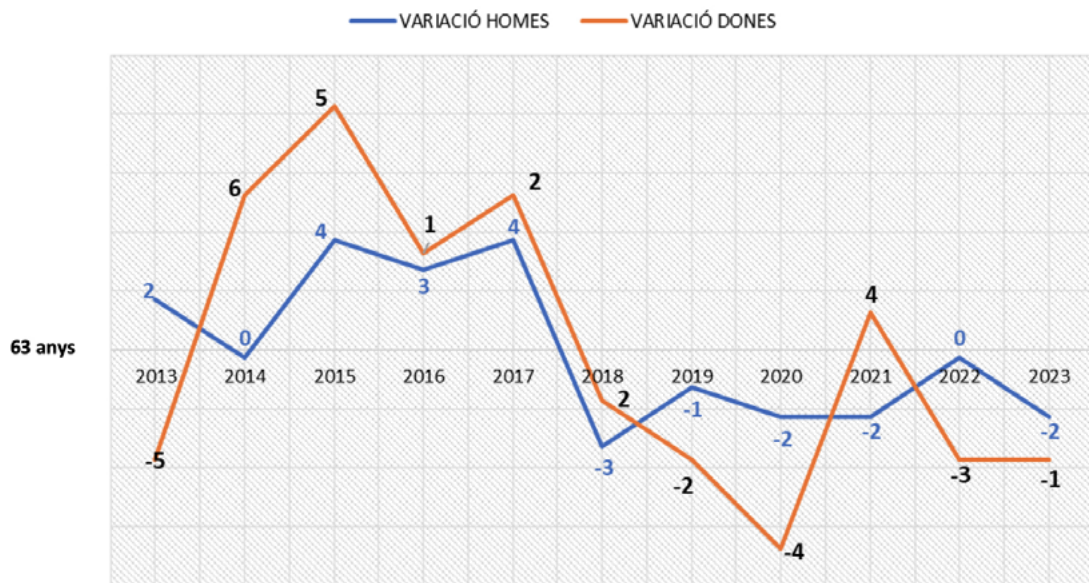
Gràcies a l'alerta dels veïns de la comunitat, aquesta persona va poder ser atesa i es va evitar un risc major.

8. LA UNITAT SOCIAL EN DADES

EVOLUCIÓ DEL NOMBRE DE CASOS DE LA UNITAT SOCIAL

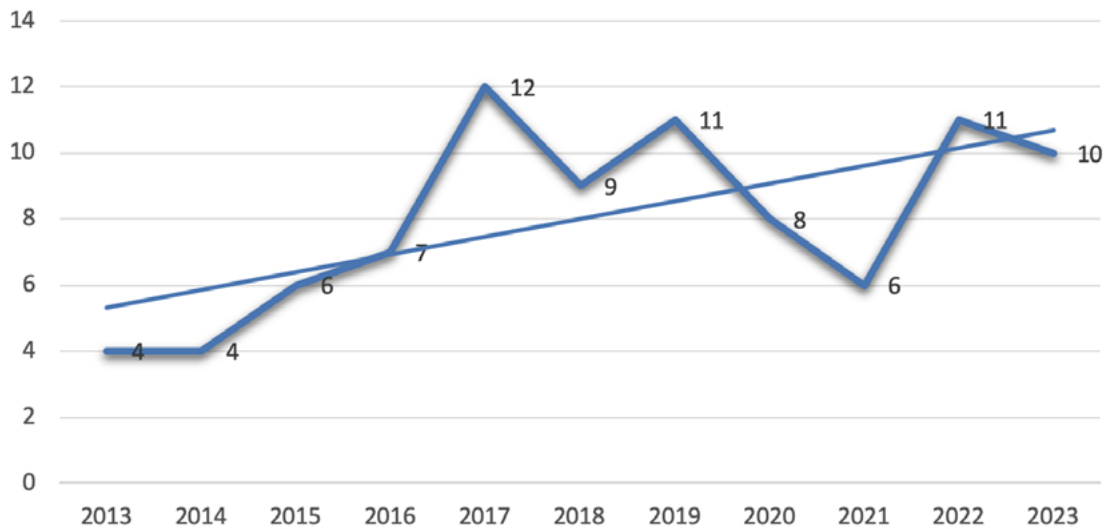


PERFIL USUARI SEGONS EDAT



- És significatiu el canvi de tendència en l'edat de les persones usuàries, concretament a partir del 2018: cada vegada s'atén gent més jove.
- En referència a la mitjana d'edat de les persones usuàries segons gènere, del 2013 al 2023 s'observa una igualtat entre homes i dones, de 63 anys per a ambdós gèneres.

NOMBRE DE NETEGES REALITZADES DEL 2013 AL 2023



TIPUS DE NETEJA		REALITZADA		REINCIDÈNCIA EN LA NETEJA	
TERAPÈUTICA	FORÇOSA	SÍ	NO	SÍ	NO
44,3%	55,7%	81	7	62	26
		92,0%	8,0%	70,5%	29,5%

- L'alt percentatge de neteges realitzades és especialment significatiu (92%). Cal tenir en compte que la Unitat Social està dissenyada per especialitzar-se en aquest tipus d'intervencions de neteja i buidatge, i que per tant aquest resultat mostra l'èxit aconseguit.
- En el cas de la reincidència en la neteja positiva, l'alt percentatge observat (70,5%) és conseqüència del seguiment que es realitza. En la majoria de casos no es tracta d'una nova neteja forçosa, sinó només del reforç de les pràctiques d'higiene domèstica, que amb una neteja terapèutica preventiva se solucionen.

PARTICIPACIÓ DELS COL·LABORADORS



- El percentatge de participació del departament municipal de salut ambiental és elevat com a conseqüència de la ubicació i organització de la Unitat Social.

9. BIBLIOGRAFIA

Banks, S. (1997). Ética y valores en el trabajo social. Barcelona: Paidós Ibérica, SA.

Bratiotis, C. (2011). The Hoarding Handbook - A guide for Human Service Professionals. New York: Oxford University Press.

Generalitat de Catalunya (2009). Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública. Barcelona: BOE.

Steketee, G. (2020). Hoarding - What everyone needs to know. New York: Oxford University Press.

Ubieto, J.R. (2009). El trabajo en red. Barcelona: Gedisa Editorial.

Managing Severe Hoarding in Non-voluntary Clients: A 2-years Follow-up Comparative Study of Three Different Approaches. Clin Soc Work J (2024) de Córcoles, D., Guerrero, L., Ramos, R. et al.

<https://doi.org/10.1007/s10615-024-00972-9>

Hoarding behaviour: special features and complications in real-world clinical practice. Int J Psychiatry Clin Pract. 2024 Mar de David Córcoles, Lucía Guerrero, Angeles Malagon, Magda Bellsolà, Ana Maria Gonzalez, Jordi León, Agnès Sabaté, Victor Pérez, Antoni Bulbena, Luis Miguel Martín, Anna Mane

10. AGRAÏMENTS

La redacció d'aquest document ha estat una experiència molt significativa, tant en el vessant personal com en el professional, que m'ha fet recordar l'inici de l'aventura al Servei de Salut Pública, on sense el suport i el treball conjunt de molts companys el desenvolupament de la Unitat Social no hauria estat possible.

En primer lloc, vull agrair la confiança i l'oportunitat atorgades per desenvolupar la Unitat Social a Esther Piqueras i Mercedes Loperena, que van entendre la importància d'incorporar el treball social a la salut pública i van apostar per trobar noves formes d'intervenció al Servei de Salut.

En segon lloc, vull mostrar tot el meu reconeixement i gratitud a tots els companys i companyes i treballadors i treballadores del Servei de Salut de l'Ajuntament de l'Hospitalet, sense excepció. Però més concretament als inspectors i inspectores, dels quals he après les particularitats de la procedimentalització en l'abordatge de la insalubritat en els habitatges: Ferran Aixelà, Laia Ruestes, Ana Pulido, Cristian Benedicto, Luisa Uzainqui, Rafael del Hoyo, Chema García i Héctor Massaguer. I sobretot per haver-hi compartit tants moments difícils, i també anecdòtics. Molt especialment vull mostrar tot el meu agraïment a Rubén Ramos, per la seva capacitat tècnica, d'anàlisi i creativa, però sobretot per ajudar-me a créixer.

A Fernando Díaz, per haver dissenyat la millor estratègia per a la intervenció i per tenir sempre la porta del seu despatx oberta. I per haver col·laborat en la redacció d'aquest document.

A Ana Muñoz i Berta Pes, per la seva amistat i per la seva predisposició, per haver valorar l'habitabilitat de tants habitatges.

Molt especialment a tot l'equip de l'EMSE de l'Hospital del Mar, ja que la seva connexió amb la Unitat Social ha estat clau perquè les intervencions fessin un salt de qualitat i d'èxit. A Magda Bellsolà, Ana González i Pilar Samos, per la seva acollida, ja que sempre m'he sentit molt acompanyada. I especialment al doctor David Córcoles, per la seva professionalitat, i per la seva generositat per compartir coneixement, casos, seminaris i articles. És una persona extraordinària per la seva qualitat humana, tant en el vessant professional com en el personal. Ha estat un plaer.

A Núria Carrera i a l'equip del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya per haver valorat aquest document i haver-ne fet possible la difusió a la col·legiatura.

A Juanma Rivera, per haver estat sempre disposat a escoltar les meves inquietuds, i haver-me ofert un gran suport professional i emocional per decidir-me a elaborar aquest document.

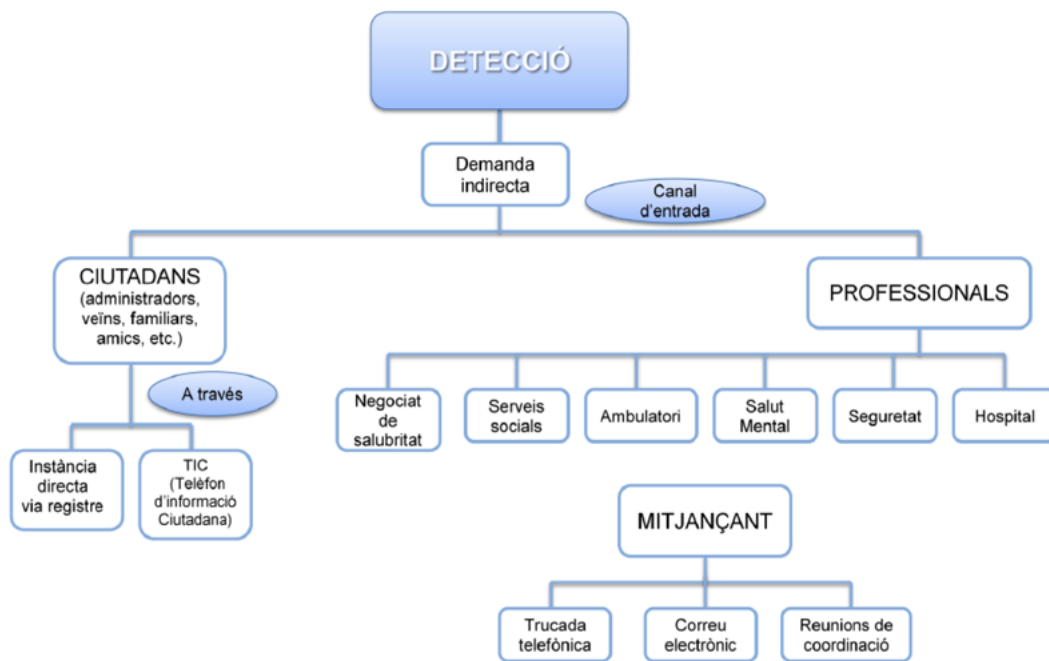
A Carmina Puig, per les seves valuoses aportacions a l'hora de valorar els inicis d'aquest projecte. I també pels ànims i la cura rebuts per tal de no defallir en la redacció d'aquest document.

No vull oblidar-me de les alumnes de tercer del Grau de Treball Social de la Universitat de Barcelona que han realitzat pràctiques a la Unitat Social, per la seva implicació, motivació i il·lusió: Tamara López, Tatiana Escudero, Sonia Escuder, Patricia Ros, Laia Vargas i Maria Alvarado. Us desitjo molts èxits.

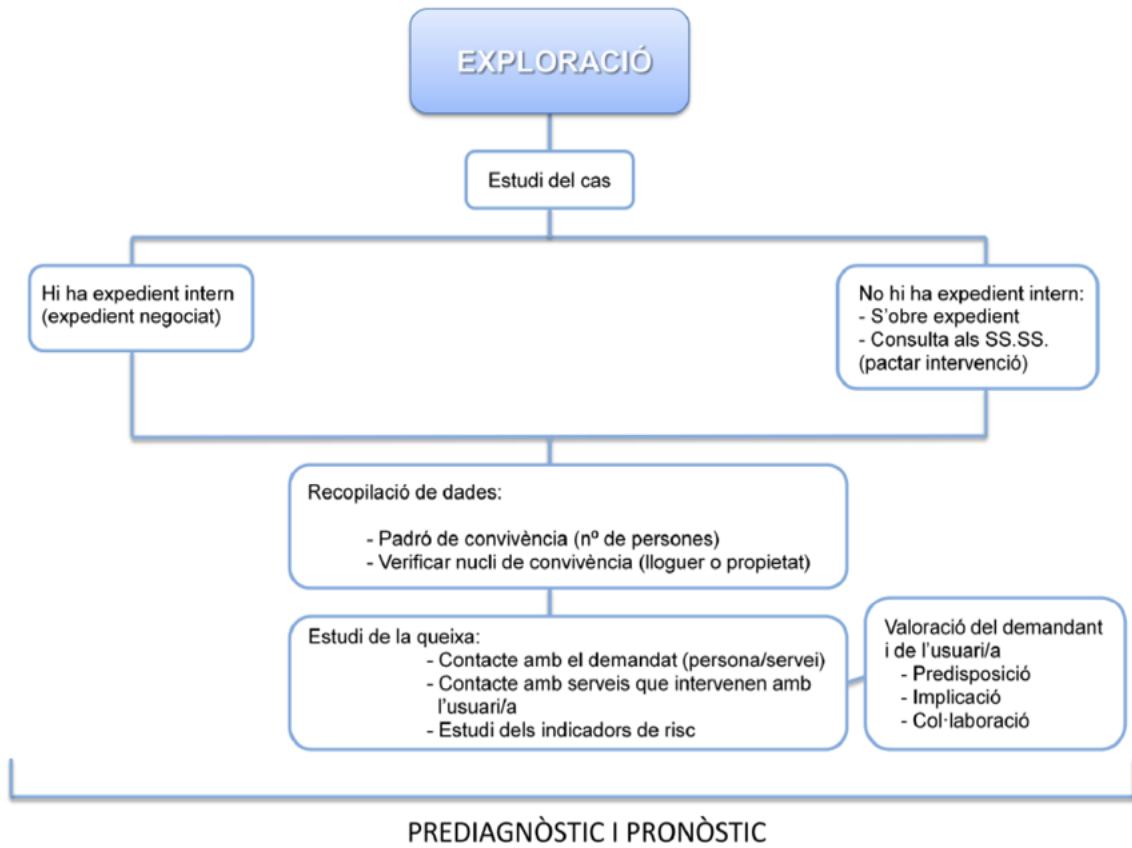
Per últim, vull finalitzar la feina feta recordant Mary Richmond i recorrent a la seva base teòrica amb aquesta cita:

“L'única pràctica lamentable del Treball Social és aquella que s'acomoda a una certa rutina, a l'adopció invariable de les mateixes mesures davant qualsevol situació, sense cap reflexió prèvia o esperit d'aventura”.

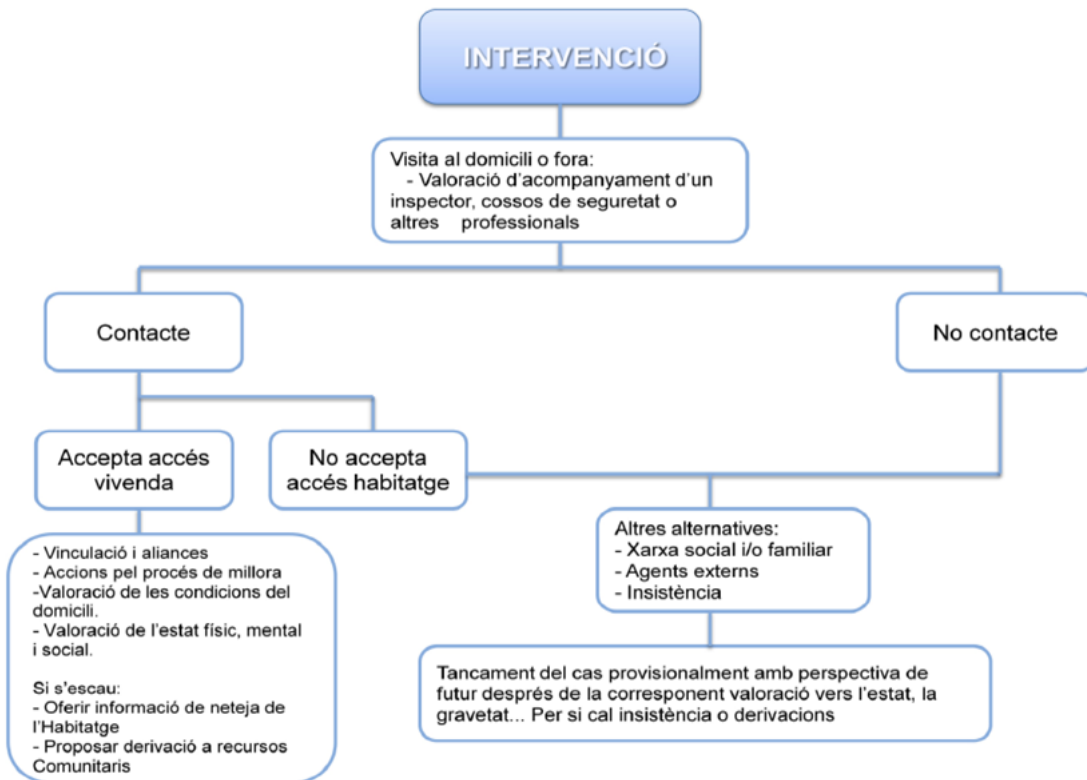
11. ANNEX: Diagrames de les fases de la intervenció



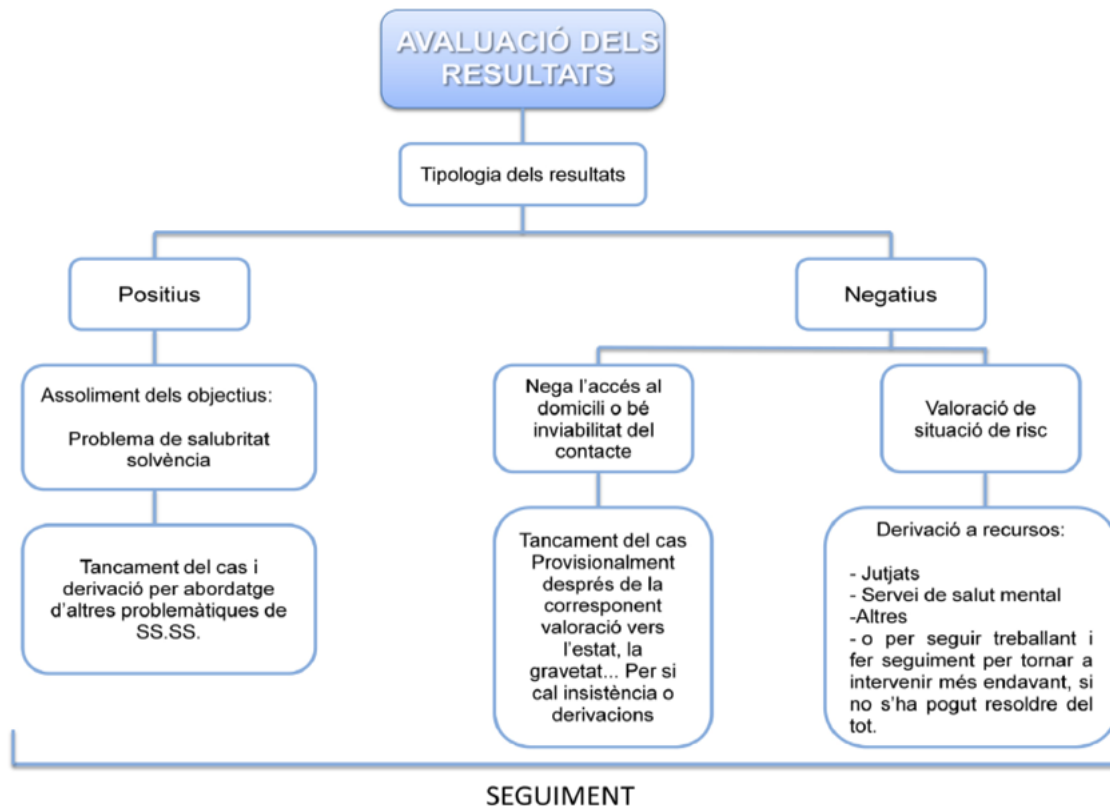
Font: Unitat Social / Servei de Salut - 2009/2015



Font: Unitat Social / Servei de Salut - 2009/2015



Font: Unitat Social / Servei de Salut - 2009/2015



Font: Unitat Social / Servei de Salut - 2009/2015

