

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HAN DE
REGIR EL CONTRATO PÚBLICO PARA LA GESTIÓN DEL
SERVICIO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE EN LA RESIDENCIA-HOGAR FÉLIX
GARRIDO, 2 CENTROS DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL Y UNA VIVIENDA DE APOYOS
MODERADOS EN PAMPLONA Y COMARCA

ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN.....	4
2. OBJETO DEL CONTRATO	5
3. PERSONAS USUARIAS.....	7
4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN.....	10
5. OBJETIVOS	13
6. METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	14
6.1 Plan de atención individual centrado en la persona. (PAICP)	14
6.2 Personal de Referencia o Apoyo.	15
6.3 Paradigma de apoyos	15
6.4 Trabajo interdisciplinar	15
6.5 Procesos participativos	15
6.6 Equipos de mejora.....	15
6.7 Áreas de atención.....	16
6.8 Coordinación con servicios y recursos comunitarios	16
6.9 Buenas prácticas.....	17
6.10 Instrumentos validados	17
6.11 Documentación y Registro de la Información	17
6.11.1 Protocolos.....	17
6.11.2 Registros	17
6.11.3 Indicadores	18
7. GESTIÓN DE ASPECTOS GENERALES DE LA RESIDENCIA Y la VIVIENDA de APOYOS MODERADOS.....	18
7.1 SERVICIOS DE LOS CRPS.....	19
7.2. AREAS DE ATENCIÓN EN LOS CRPS.....	20
7.3. SERVICIOS DE LA RESIDENCIA FELIX GARRIDO.....	25
7.4. ÁREAS DE ATENCIÓN EN LA RESIDENCIA	29
7.5. SERVICIOS DE LA VIVIENDA de APOYOS MODERADOS.....	32
7.4. ÁREAS DE ATENCIÓN EN LA VIVIENDA DE APOYOS MODERADOS	33
7.4.1 Actividades de la vida diaria	34
7.4.2. Coordinación durante la estancia en la vivienda.....	34
7.4.3. Actividades productivas y ocio inclusivo	34
8. GESTIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN.....	35
8.1 Formación del personal	35

8.2 Coordinación	35
9. GESTIÓN EN RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA	36
9.1 Plan de Acogida.....	36
9.2 Personal de referencia	37
9.2.1 Funciones del personal de referencia en relación a la persona usuaria:	37
9.2.2 Designación del profesional de referencia.....	38
9.3 Plan de Atención Individualizado Centrado en la Persona (PAICP)	38
9.3 Plan para la despedida de la persona usuaria	41
10. SERVICIOS EXIGIBLES A LA ENTIDAD GESTORA POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS NO INCLUIDOS EN EL CONTRATO.....	41
11. PLANTILLA EXIGIDA DE PERSONAL	41
12. MEDIOS MATERIALES EXIGIDOS.....	45
12.1 RESIDENCIA –HOGAR	45
12.2 VIVIENDA DE APOYOS MODERADOS	45
13. ASIGNACIÓN DE PERSONAS USUARIAS	47
14. EXPEDIENTE INDIVIDUAL, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS.....	50
15. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE MEMORIAS	51
16. BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO	51

1. FUNDAMENTACIÓN

Los ministros de sanidad de los estados miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunidos en su conferencia Ministerial para la Salud mental celebrada en Helsinki en 2005, establecieron que la salud mental y el bienestar mental son aspectos fundamentales para la calidad de vida y productividad tanto de las personas, como de las familias, las comunidades y las naciones.

La conocida como Declaración de Helsinki, estableció como principal objetivo de las políticas dirigidas a la salud mental, la mejorar del bienestar de las personas, incidiendo en sus capacidades y recursos, mejorando su resiliencia y aumentando los factores externos de protección.

Así mismo, destacó como prioridades concienciar sobre la importancia del bienestar mental, la eliminación del estigma, discriminación y desigualdad de las personas con problemas de salud mental, el desarrollo de sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes y el reconocimiento de la experiencia y el saber de las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus cuidadoras.

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS para el periodo 2013-2020, considera la salud mental dentro del ciclo vital y hace especial énfasis en las acciones preventivas. Dentro de sus objetivos se encuentran: mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con enfermedades mentales. En 2021, este mismo organismo publica las *“Orientaciones sobre los servicios de salud mental comunitarios: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en sus derechos”* donde se insta a centrar la atención en la ampliación de los servicios comunitarios de salud mental que promueven unos servicios de salud centrados en las personas, orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos.

En clave estatal destaca la reciente aprobación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2026, con un marcado enfoque de derechos de la ciudadanía, integración social y lucha contra el estigma y la recuperación de la persona. Una de sus líneas estratégicas es la atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.

En Navarra, el Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023 elaborado por la Gerencia de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, detalla la Red de recursos sociales y sociosanitarios especializados para la atención de personas con trastorno mental grave entre las que se encuentran la Residencia Hogar y el servicio de Vivienda de apoyos moderados.

Así mismo, la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, y el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, configuran el marco normativo básico que fundamenta el deber de las diferentes administraciones de configurar un Sistema Público para la atención a las personas con

enfermedad mental que integre de forma coordinada centros y servicios, públicos y privados, y el derecho de las personas a disfrutar de servicios sociales, entre ellos, del servicio de Residencia Hogar y la Vivienda de apoyos moderados.

En cuanto a la figura profesional de referencia, está regulada en el Título VI de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, como un derecho de las personas beneficiarias de los servicios sociales. Posteriormente, se aprobó el Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, por el que se regula el/la profesional de referencia de los servicios sociales y define sus funciones. Por último, el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se dispone el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, recoge en su Anexo I sus características fundamentales.

La recientemente aprobada Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos, tiene por objeto garantizar los derechos de las personas con discapacidad en Navarra y establecer las actuaciones para atenderlas, fijar las condiciones de accesibilidad universal necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades, la promoción de la autonomía personal, la inclusión en la comunidad, la participación y la vida independiente de las personas con discapacidad y sus familias.

El Departamento de Derechos Sociales, Economía Social y Empleo cuenta entre sus competencias la atención social a las personas adultas con enfermedad o Trastorno Mental Grave (TMG), así como el apoyo y asesoramiento a sus familias. Para ello, ha desarrollado una red de servicios de Atención Social diversificada y territorializada, recogida en el Decreto Foral 33/2010, de 17 de mayo, por el que se establece la zonificación de Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra.

Las personas con diagnóstico de enfermedad mental grave pueden requerir apoyos en su día a día que precisan de la intervención coordinada del sistema sanitario de salud mental y de Servicios Sociales. En este sentido, dentro de las líneas estratégicas del Plan de Discapacidad 2019-2025 de Navarra se establece la atención integral y centrada en la persona y plantea que en los modelos de intervención y servicios dirigidos a personas con enfermedad mental prime la provisión de apoyos y el enfoque comunitario para favorecer su inclusión en la comunidad. Igualmente establece que los recursos de vivienda y residenciales promoverán la autonomía personal y el desarrollo de sus proyectos de vida independiente.

2. OBJETO DEL CONTRATO

El presente pliego establece las prescripciones técnicas mínimas reguladoras del contrato público que tiene por objeto la gestión del servicio de atención especializada a personas con TMG y define las obligaciones, condiciones técnicas y actividades específicas que deben ser asumidas y desarrolladas por la entidad adjudicataria del contrato de gestión de la Residencia-hogar, la vivienda de apoyos moderados y dos CRPS en Pamplona y comarca.

La atención en dichos servicios debe cumplir la intensidad mínima recogida en la Cartera de Servicios y lo estipulado en la normativa de aplicación foral en relación a la Autorización e Inspección en materia de Servicios Sociales.

Los centros objetos de este contrato son los siguientes:

Centro/Servicio	Lugar	Plazas
Centro de Rehabilitación Psicosocial	Pamplona/Iruña	35 plazas de programas de rehabilitación 30 plazas de Centro de día con funciones de soporte social
Centro de Rehabilitación Psicosocial	Pamplona/Iruña	35 plazas de programas de rehabilitación 30 plazas de Centro de día con funciones de soporte social
Residencia Félix Garrido	Sarriguren	26 plazas
Vivienda de apoyos moderados	Pamplona/Iruña	4 plazas

Los centros de rehabilitación psicosocial objetos de este contrato localizados en Pamplona y comarca proporcionarán atención en dos modalidades, bien en Centro de día con funciones de soporte social o en Programa de Rehabilitación. Durante la vigencia del contrato y previa valoración de la ANADP se podrá ir reconvirtiendo las plazas de modo que uno de los centros se convierta en centro para programas de rehabilitación y el otro como centro de día de soporte social.

La atención se prestará todos los días laborables de acuerdo al calendario oficial de fiestas de la Comunidad Foral de Navarra, de lunes a viernes, con un horario continuado de atención de 9:30 a 17:30 h, con flexibilidad en este horario debido a los diferentes recorridos que el transporte requiere o a otras situaciones excepcionales, determinadas por la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (en adelante ANADP) y posibilidad de programa de comedor. Ambos servicios dispondrán de la posibilidad de cerrar 30 días naturales a lo largo del año nunca de manera continuada, previa autorización de la ANADP. El calendario de apertura será consensuado con las personas usuarias y enviado a la ANADP para su autorización.

En el servicio de Centro de Día con funciones de soporte social se establecen dos modalidades de ocupación:

- Ocupación a jornada completa (40 horas semanales).
- Ocupación a media jornada (20 horas semanales), pudiendo ser destinada la otra media jornada a una nueva persona usuaria. No se considerará por tanto un incremento de plazas de contrato.

Tendrán prioridad en el acceso aquellas personas que acudan a jornada completa y todos los días de la semana

Con respecto al ámbito geográfico, las áreas de Servicios Sociales objeto de ser atendidas por este contrato están constituidas por las siguientes zonas básicas:

- Pamplona y Comarca (comprende las Unidades de Barrio de Pamplona y las Zonas Básicas de Aranguren, Barañáin/Barañain, Burlada, Berriozar, Cizur, Huarte, Noáin/Noain, Orkoien, Ulzama, Villava y Egües).

El servicio de Residencia-Hogar es un recurso residencial, que ofrece atención integral a las personas usuarias las 24 horas del día durante los 365 días del año, atendiendo sus necesidades básicas.

Sus objetivos son:

- Mantener o mejorar la autonomía personal y facilitar la inclusión y participación social en el medio.
- Preparar y acompañar a la persona para la vuelta al entorno comunitario.

La vivienda de apoyos moderados ofrece un servicio de atención integral a personas con un nivel de autonomía personal y social que no requiera supervisión las 24 horas del día, en régimen de alojamiento abierto los 365 días del año. Cuenta con 4 plazas residenciales y se ubica en Pamplona.

3. PERSONAS USUARIAS

3.1. El **CRPS** atenderá a personas mayores de 18 años, con diagnóstico de trastorno mental grave y crónico de duración prolongada, que precisan de apoyo y rehabilitación específicas para avanzar en su inclusión en la comunidad y desarrollar su proyecto de vida.

Las personas usuarias deberán contar con un informe de idoneidad emitido por el Centro de Salud Mental correspondiente, así como con la idoneidad de acuerdo con el informe emitido por la unidad administrativa competente.

Además de lo señalado anteriormente, para el acceso de las personas usuarias a uno u otro servicio, deberá de tenerse en cuenta la concurrencia de las características siguientes:

- *SERVICIO CENTRO DE DÍA*

- Precisar un alto de nivel de apoyo para utilizar los recursos comunitarios y/o presentar un gran aislamiento social, debido a la evolución crónica de su enfermedad.
- Tener necesidad de apoyo extenso y generalizado para la realización de las actividades de la vida diaria, entendiendo como tal, la necesidad de apoyo/supervisión constante en gran

parte de las mismas (alimentación, higiene, manejo dinero, utilización transporte...) a consecuencia de su problema de salud mental grave.

- Precisar de apoyo diario y continuado para organizar y estructurar su día a día.
- No presentar problemas graves de consumo de sustancias que dificulten gravemente o impidan el proceso de recuperación a desarrollar en el servicio.

- *SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:*

- Precisar de intervenciones multidisciplinares que apoyen y favorezcan su funcionamiento psicosocial y por tanto su inclusión sociocomunitaria.
- Voluntariedad de la persona para acudir al servicio de rehabilitación psicosocial en el centro asignado, comprometiéndose con el Plan de Atención y el acuerdo terapéutico de trabajo conjunto.
- No presentar problemas graves de consumo de sustancias que dificulten gravemente o impidan el trabajo de recuperación y rehabilitación a desarrollar en el servicio.

Los requisitos anteriormente expuestos en cada uno de los apartados anteriores deberán ser cumplidos en el momento de la solicitud y mantenerse durante todo el tiempo de permanencia en el centro.

Si las condiciones de la persona se modifican, dicha idoneidad podrá ser revisada, a fin de asegurar que la persona puede beneficiarse de los servicios y enfoques de atención del centro o en caso contrario incluirse en servicios de carácter más asistencial.

Todas las personas que acudan a los servicios del CRPS seguirán siendo atendidas por el Centro de Salud Mental responsable de su tratamiento.

Se establecerán y detallarán las acciones necesarias para garantizar la coordinación entre el CRPS con el Centro de Salud Mental y otras entidades y servicios implicados en la atención de las personas usuarias, de forma que se asegure y facilite la complementariedad de la intervención y la optimización de los procesos de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario.

3.2. Las personas usuarias del **Servicio de atención residencial en Residencia Félix Garrido** serán personas de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de trastorno mental grave de duración prolongada y, además:

- precisen apoyos profesionales para desarrollar un funcionamiento psicosocial autónomo y favorecer su participación social.
- presentan dificultades para residir de manera autónoma en un domicilio propio.
- Que, por diversas circunstancias, no cuenten con la apoyatura familiar-social necesaria para permanecer en el hogar familiar.

En el caso de presentar un trastorno debido al consumo de sustancias, el patrón de consumo no interferirá significativamente en la convivencia e intervención en la Residencia. Deberá existir compromiso y cumplimiento por parte de la persona de los objetivos establecidos desde los dispositivos sanitarios especializados para tal fin.

Será necesaria la voluntariedad de la persona para residir en el centro, aceptando por tanto su estancia y el Plan de Atención en el recurso, o bien que existan posibilidades de llegar a un acuerdo terapéutico de trabajo conjunto.

Las plazas de Residencia Hogar no tendrán la consideración de finalistas y por tanto podrán tener un carácter temporal o indefinido, según el motivo de la derivación. Se diferencia entre tres tipos de estancia:

- Estancia corta: Para dar respuesta a personas usuarias de servicios de vivienda de menor intensidad de apoyo que durante un corto periodo de tiempo precisen un mayor acompañamiento. De forma excepcional la ANADP podrá autorizar estancias cortas por otros motivos. El plazo máximo de estancia será de 3 meses.
- Estancia media: De un mes a un año aproximadamente. Para favorecer y apoyar el proceso de incorporación a otros recursos de vivienda con menor intensidad (ej. vivienda normalizada, vivienda de apoyos moderados, etc.).
- Larga estancia: Estancias superiores al año. Su objetivo será mejorar el nivel de autonomía personal y social.

Las plazas de larga estancia no podrán superar las 15 plazas salvo justificación técnica validada por la ANADP.

Esta distribución flexible en los tipos y duración de la estancia no supondrá para el adjudicatario una mayor dotación de medios personales o materiales. Únicamente hace referencia a la polivalencia que han de tener las plazas residenciales para una mejor atención a las diferentes necesidades y objetivos que se planteen con las personas usuarias.

3.3. La vivienda de apoyos moderados atenderá a personas de ambos sexos, mayores de 18 años, con enfermedad mental grave y con un nivel de autonomía personal y social suficiente para no requerir supervisión las 24 horas del día.

Las personas usuarias de ambos servicios llevarán a cabo, o iniciarán en el momento de acceso, una actividad en un centro de estudios, centro o unidad ocupacional, centro especial de empleo, contrato de trabajo en empleo ordinario o cualquier otra actividad considerada adecuada por la unidad administrativa competente.

Las personas usuarias contarán con el informe de idoneidad emitido por el Centro de Salud mental correspondiente e idoneidad de acuerdo con el informe emitido por la unidad administrativa competente.

Todas las personas usuarias de la Residencia y la Vivienda de apoyos moderados seguirán siendo atendidas por el Centro de Salud Mental responsable de su tratamiento. Asimismo, establecerán los mecanismos oportunos que garanticen la atención en crisis y la hospitalización si fuese necesario. La coordinación entre la residencia, vivienda de apoyos moderados y el Centro de Salud Mental y otras entidades y servicios implicados en la atención de las personas usuarias, deberá asegurar y facilitar la complementariedad de la intervención, optimizar los procesos de atención y ofrecer apoyo comunitario.

Ambos recursos tienen carácter no finalista, es decir, si las circunstancias de la persona se modifican, se promoverá el paso a los recursos que se ajusten más a sus necesidades de apoyo, ya sean de mayor o menor intensidad, conjugando así prestar la atención que la persona precise con la optimización de los recursos existentes.

4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN

a) Inclusión y participación, permitiendo que todas las personas usuarias del servicio tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar plenamente en la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, independientemente de la complejidad de su enfermedad o su necesidad de apoyos.

b) Derechos humanos, promoviendo, protegiendo y asegurando el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas usuarias, así como el respeto de su dignidad inherente.

c) Planificación y evaluación integral centrada en la persona. Los servicios favorecerán y adoptarán estrategias dirigidas a todas las dimensiones de la vida, con una planificación basada en valores y que se centren en la elección, la opinión, las capacidades y el círculo de apoyo y relaciones de la persona. En este sentido, será clave la flexibilidad en la atención por parte de los y las profesionales del servicio. Esto supone no centrar la atención en los déficits de la persona, sino en su autodeterminación y su inclusión. Implica determinar qué apoyos y en qué intensidad necesita la persona para mejorar su grado de independencia, su nivel relacional, de participación en la comunidad y su bienestar personal.

d) Autodeterminación, entendida como aquella situación en la que la persona usuaria ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.

e) Promoción de las relaciones con familiares y círculo de apoyo de la persona usuaria de los servicios.

f) Calidad de vida: como objetivo último a lograr está la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, mediante el desarrollo máximo de sus capacidades, su independencia y el disfrute de una vida plena.

g) Accesibilidad universal, considerándose como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos e instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Incluye, pues, no únicamente la accesibilidad desde un aspecto físico, sino también la accesibilidad a la comunicación y la cognitiva.

h) Perspectiva de género, al reconocer que las mujeres con discapacidad o con enfermedad mental grave están sujetas a múltiples formas de discriminación que hacen necesario adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de los derechos y las libertades fundamentales.

i) Ciclo vital. Las necesidades y demandas de las personas se modifican y transforman a lo largo de su ciclo vital, por lo que es necesaria una atención centrada en necesidades individuales y cambiantes, tanto de las personas usuarias como de sus familias si fuera el caso.

j) Ética en la atención a las personas usuarias y sus familias, profesional y organizacional.

k) Coordinación y cooperación con la ANADP: Compromiso en aportar los datos e informes que se soliciten con carácter periódico o puntual.

l) Calidad: La Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas garantizará la existencia de estándares mínimos de calidad en los servicios, de acuerdo a la legislación vigente y a las normas y recomendaciones dictadas por el Servicio de Calidad e Inspección del Departamento de Derechos Sociales y el resto de regulación de otros organismos públicos.

m) Formación continua del personal y mejora de las condiciones laborales del personal del sector.

n) Promoción del voluntariado: Los servicios promoverán la colaboración solidaria de y hacia la ciudadanía a través de la colaboración con las organizaciones de voluntarios siempre que su función no suponga la sustitución de los servicios profesionales necesarios.

Además de los principios genéricos señalados, el servicio tendrá en cuenta los principios de la práctica orientada a la Recuperación que marca el modelo de Recuperación en Salud mental.

Desde la perspectiva de la persona con enfermedad mental, recuperación significa el proceso mediante el cual la persona encuentra formas de vivir una vida significativa con o sin la presencia continua de los síntomas de su enfermedad.

Los principios de la recuperación que deben orientar las intervenciones son:

1. *Cada persona es única.*

Las personas pueden recuperarse y pueden ejercer su derecho a la auto-determinación. Recuperación es tener oportunidades para elegir y vivir una vida con significado, satisfactoria y con un fin y ser un miembro valorado de la comunidad.

La recuperación es personal y única para cada persona y va más allá del concepto de salud, incluyendo la importancia de la inclusión social y la calidad de vida.

Es necesario flexibilidad y capacidad de adaptación para atender a las personas usuarias de acuerdo con el momento en el que se encuentren en su recuperación. Puede haber diferencias significativas entre las personas y en las personas en lo que respecta a motivación, capacidad cognitiva y capacidad para reconocer y articular sus puntos de vista.

2. Elecciones reales

Es necesario apoyar y capacitar a las personas para que tomen sus propias decisiones acerca de cómo quieren dirigir sus vidas. Del mismo modo, ayudar a las personas a desarrollar sus fortalezas y a tomar la mayor responsabilidad posible sobre sus vidas en cada momento.

Capacitar a una persona para que tome decisiones en su vida conlleva un riesgo inevitable. Implica establecer un equilibrio en el o la profesional entre el deber de cuidado y el apoyo a las personas para asumir riesgos positivos y sacar el máximo partido a las oportunidades.

La recuperación no es un proceso lineal. Los aprendizajes y los errores o contratiempos pueden ser oportunidades para lograr una mejor conciencia de uno mismo o una misma y para promover el desarrollo como persona. Debe asumirse como parte de la recuperación y el crecimiento la necesidad de tomar riesgos.

3. Actitudes y Derechos

El personal de atención deber realizar una escucha activa, aprender y actuar en función de lo transmitido por la persona y/o sus allegados acerca de qué es lo importante para él o ella. El o la profesional acompañará y apoyará a la persona en el desarrollo de su proyecto de vida en base a lo que es importante para la persona, sus valores e intereses.

Debe también transmitir esperanza acerca del futuro de la persona y su capacidad para vivir una vida significativa.

Se debe promover y proteger el respeto de los deberes y derechos legales como ciudadano, así como los derechos humanos.

Es fundamental apoyar a las personas para que mantengan y desarrollen actividades sociales, de ocio, ocupacionales y vocacionales que sean significativas.

4. Dignidad y respeto

El trato del personal de atención debe ser educado, respetuoso y honesto. Se debe mostrar sensibilidad y respeto por cada persona usuaria, particularmente por sus valores, creencias y cultura.

Implica actuar activamente contra la discriminación y el estigma ya sea en los servicios o en la comunidad.

5. Colaboración y comunicación

Supone trabajar de forma realista y positiva con las personas y/o allegados para ayudarles a conseguir sus esperanzas, metas y aspiraciones.

Cada persona es experta en su propia vida, por tanto, la recuperación implica trabajar en colaboración con las personas y/o sus allegados para proporcionar los apoyos de manera que tengan sentido para ellas.

Es importante compartir información relevante de una manera clara para que el compromiso de la persona sea efectivo.

6. Evaluar la recuperación

Debe asegurarse y posibilitarse la evaluación continua de la práctica a todos los niveles. Las personas y si procede, sus allegados, tienen que poder evaluar y monitorizar su propio progreso.

El proceso debe centrarse en las fortalezas y capacidades de la persona en lugar de síntomas y déficits. Del mismo modo, debe estar orientado a resultados: que deben ser identificados, personalizados, formar parte de los roles valorados por la persona, en lenguaje claro, si es posible utilizando las propias palabras de la persona y orientados a la acción.

Se propondrán indicadores clave que indiquen recuperación.

Se deben incluir los recursos personales, familiares y comunitarios para conseguir estos objetivos de recuperación.

La organización del centro y el derecho individual de cada persona residente deben conjugarse, para que puedan garantizarse la cobertura de las necesidades básicas y los derechos de todas las personas residentes. Para ello se establecerá un RRI en el que se recojan las normas mínimas que lo posibiliten y donde se contemplen tanto los derechos como los deberes de las personas usuarias.

5. OBJETIVOS

- Favorecer que las personas usuarias de los servicios se mantengan en un entorno comunitario en las mejores condiciones de normalización, inclusión, dignidad y calidad de vida.
- Apoyar y acompañar en el desarrollo del proyecto vital de la persona.

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte, proporcionando para ello, los apoyos necesarios.
- Proporcionar apoyos para la estructuración de la vida cotidiana.
- Habilitar y/o proporcionar los apoyos necesarios a las personas usuarias para que puedan participar en la comunidad de la forma más autónoma e independiente posible.
- Trabajar activamente con cada persona usuaria procesos individualizados de rehabilitación y capacitación para el desarrollo de una vida lo más independiente posible.
- Favorecer y acompañar los procesos de transición a recursos de vivienda de menor intensidad de apoyo.
- Ofrecer apoyo, información y asesoramiento a familiares, allegados y demás integrantes del círculo de apoyo de la persona.
- Llevar a cabo acciones que promuevan una imagen positiva de las personas con enfermedad mental grave que eviten el estigma.

6. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La residencia Félix Garrido, los centros de rehabilitación psicosocial y la vivienda de bajos apoyos actuarán con una filosofía orientada hacia la recuperación, normalización e inclusión, por lo que, con carácter general, sus actuaciones se realizarán principalmente en la comunidad y en contextos naturales.

Así mismo, tomará un papel activo en la movilización de los recursos de las personas, evitando la propia dependencia de los servicios y promoviendo el paso cuando proceda a otro tipo de recursos de carácter comunitario dirigidos a la población general o específicos para personas con TMG.

Las intervenciones han de planificarse sistemáticamente en orden a la consecución de los objetivos establecidos con la persona y, si autoriza, sus familiares o personas allegadas o de apoyo. Los servicios contarán al menos con los siguientes elementos metodológicos:

6.1 Plan de atención individual centrado en la persona (PAICP)

Herramienta que, mediante la colaboración y el compromiso de las personas que forman el círculo de apoyo y, a través de la aplicación de diferentes estrategias, pretende contribuir a que la persona pueda trazar sus metas y alcanzar su estilo de vida deseado. Constituye la base de la atención personalizada y, por tanto, siempre deberá contar con la participación de las personas, y si procede, con sus familias o figuras legales de apoyo.

Las necesidades y por tanto los objetivos son cambiantes, por lo que deberán ser revisados periódicamente y consensuados con la persona usuaria y, si procede, con su familia o figura legal de apoyo, por medio de un profesional de referencia como canal de información continua.

6.2 Personal de Referencia o Apoyo.

Las personas usuarias de los servicios tendrán asignada una persona de referencia o apoyo. La persona de referencia actuará como facilitadora de la coordinación diaria de todas las actuaciones y actividades en las que participe la persona usuaria, adecuándolas a los objetivos previstos en su PAICP. Apoyará el desarrollo del proyecto de vida de la persona, fomentando su participación y toma de decisiones, y servirá, en su caso, de enlace y referencia de la familia.

La asignación deberá realizarse tras consulta a la persona usuaria e intentando en la medida de lo posible consensuar con ella la persona ideal de entre las que el centro considere posibles, a la vista del número máximo por profesional y otras circunstancias que el centro justifique que deben condicionar la elección, respetando también el derecho de las personas que así lo decidan a que no se les asigne tal profesional.

6.3 Paradigma de apoyos

Entendido como un modelo de apoyo que facilite la plena participación de la persona usuaria en los distintos aspectos y dimensiones de su vida. Estará basado en empoderar a la persona y establecer relaciones de apoyos personalizados y variados, que respondan a los intereses, preferencias y necesidades de las personas usuarias.

6.4 Trabajo interdisciplinar

Se primará el trabajo en equipo y la multidisciplinariedad. En este sentido, será obligatoria la creación de órganos de coordinación y un sistema de reuniones, con una periodicidad mínima quincenal, que garantice la intervención coordinada de cada uno de los y las profesionales.

6.5 Procesos participativos

El servicio deberá tener implantado un sistema de participación de las personas usuarias y si procede, sus familiares o allegados, a través del Consejo de Participación o de otras fórmulas de participación que se consideren más adecuadas de acuerdo a las características del servicio.

Al respecto, se observará lo establecido en el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra o normativa vigente.

6.6 Equipos de mejora

Definidos como un pequeño grupo de personas (compuesto por personas usuarias, familiares, personal del centro) con habilidades complementarias que, de forma temporal, se reúnen voluntariamente con el propósito común de proponer mejoras en un proceso del

servicio, utilizando métodos estructurados, y son mutuamente responsables de su realización. Se recogerá acta accesible de las reuniones que incluya: objetivo del grupo, acuerdos y medias acordadas, con responsables y resultados alcanzados.

Se promoverá la participación del personal técnico de los centros en los grupos y equipos de mejora impulsados por la ANADP, tanto en los ya existentes como en otros que puedan crearse, con el objetivo de compartir conocimientos y buenas prácticas y facilitar sinergias y colaboraciones entre diferentes servicios.

6.7 Áreas de atención

Los servicios garantizarán la respuesta adecuada a la diversidad de intereses y necesidades de las personas usuarias. La atención podrá desarrollarse de forma individual o grupal. Se valorará la utilización de enfoques innovadores de intervención, el uso de nuevas tecnologías y la diversidad y variabilidad en las propuestas de atención. Las distintas acciones y actividades estarán documentadas, conteniendo como mínimo su finalidad, justificación, objetivos, actuaciones previstas y metodología de evaluación e indicadores, promoviendo la participación de las personas usuarias. En el diseño y desarrollo de cada uno de estas actividades y acciones primará el carácter inclusivo y transversal, utilizando siempre que sea posible los recursos existentes en la comunidad como vía para alcanzar una mayor inclusión. Igualmente, se promoverá la realización de actividades de responsabilidad compartida y actividades relacionadas con el día a día del centro o servicio. (Ejemplo: colaboración en actividades de la vida diaria, limpieza, lavandería, trabajo en huerta o jardín, mantenimiento menor del centro...).

6.8 Coordinación con servicios y recursos comunitarios

Acción o conjunto de acciones con el fin de promover y favorecer la inclusión, participación e interrelación entre la comunidad y las personas usuarias.

Implicará la coordinación con profesionales y recursos de la comunidad con objeto de establecer cauces de intercomunicación y el desempeño de roles sociales valiosos, favoreciendo el diseño de estrategias y metodologías inclusivas (participación de las familias, aprendizaje-servicio, intergeneracionalidad, etc)

Se deberá asegurar que desde los servicios se promueva la coordinación con todos aquellos servicios o recursos (Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales Generales, Recursos socio-comunitarios) que puedan estar implicados en la atención de las personas usuarias del servicio y resulten necesarios o relevantes para el desarrollo de su proyecto de vida y favorecer su participación e inclusión. Para ello, se seguirán las directrices que, por escrito y en desarrollo de este concierto, se establezcan desde la ANADP.

Por un lado, la dirección del centro y aquellos profesionales que así se considere, participarán activamente en las reuniones de coordinación que se establezcan con los Centros de Salud Mental de referencia, como responsables de la atención y seguimiento psiquiátrico y de la derivación de las personas usuarias a los centros de atención social objeto de este contrato,

a fin de asegurar la adecuada complementariedad y coordinación de actuaciones. Asimismo, esta labor de coordinación se desarrollará con los servicios sociales generales para favorecer el proceso de participación y la inclusión de las personas usuarias, participando en las reuniones de las comisiones de coordinación ya establecidas o que puedan establecerse.

Por otro lado, se deberá contactar y establecer coordinaciones, así como asesorar y apoyar, a aquellos recursos sociales comunitarios en los que se puedan participar las personas usuarias de cara a favorecer su rehabilitación y participación social.

6.9 Buenas prácticas

Acción o conjunto de acciones que introducen mejoras en las relaciones, los procesos y las actividades. Deben ser innovadoras, pertinentes al contexto, sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles en el tiempo, flexibles y replicables. Su objetivo es satisfacer las necesidades y expectativas de las personas usuarias y deben suponer una mejora evidente de los estándares del servicio, de acuerdo a criterios éticos y técnicos.

6.10 Instrumentos validados

Las valoraciones para la elaboración del PAICP deberán ser realizadas con instrumentos validados y con reconocimiento general. Así mismo, en la actividad profesional se emplearán técnicas que hayan demostrado su eficacia en la atención a personas con enfermedad mental.

6.11 Documentación y registro de la Información

6.11.1 PROTOCOLOS

Son el elemento metodológico que garantiza respuestas estandarizadas y homogéneas en la ejecución de las actividades, y por tanto en el cumplimiento de objetivos. Tendrán unos contenidos mínimos, se revisarán y actualizarán periódicamente y serán objeto de formación para todos los profesionales. El procedimiento estará documentado, con registros e indicadores para ser evaluado.

Los datos mínimos que deben estar recogidos en los protocolos, además de los propios para su adecuada gestión, incluirán la definición del protocolo, objetivos, personas a las que se dirige, profesionales que intervienen, descripción de actuaciones, concretando la responsabilidad en su ejecución en la figura profesional que corresponda, recursos asociados, registros e indicadores de evaluación y resultado.

Se desarrollarán, como mínimo, los protocolos que se incluyen en este pliego, con las intensidades mínimas asociadas, así como aquellos exigidos por la normativa vigente.

6.11.2 REGISTROS

Son elementos básicos de la actuación, permiten compartir información entre los profesionales, reconstruir situaciones, comparar la evolución en el tiempo, detectar áreas de mejora, y por tanto deberán ser claros, concisos, concretos y recogidos de manera informática.

Se desarrollarán, como mínimo, los registros que se incluyen en el presente pliego, así como aquellos exigidos por la normativa vigente.

En el registro de incidencias se consignarán como mínimo los siguientes datos:

- Fecha, lugar y hora
- Persona usuaria a la que afecta la incidencia
- Profesional que la refiere
- Motivo y descripción objetiva de la situación

Es necesario que las incidencias estén categorizadas en función de si se refiere a un aspecto general o al seguimiento individual del PAICP.

La incidencia relativa al seguimiento individual debe consignarse en el expediente individual y no en un registro general de incidencias.

6.11.3. INDICADORES

Instrumentos de medida que permiten expresar de forma cuantitativa tanto aspectos de la atención y del apoyo ofrecido a la persona y los resultados obtenidos, como aspectos relacionados con la organización y la gestión del servicio y que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la acción desarrollada.

Se establecerán desde la ANADP una batería de indicadores a recoger mensual y/o anualmente. Estos indicadores se recogen en el ANEXO I de los pliegos administrativos.

7. GESTIÓN DE ASPECTOS GENERALES DE LOS CRPS, LA RESIDENCIA Y LA VIVIENDA DE APOYOS MODERADOS.

Todos los servicios deberán contar con un Plan General de funcionamiento en el que deben enmarcarse, entre otras cuestiones, tanto los diferentes servicios prestados como los programas de intervención que desarrolla.

En la organización de la atención residencial se evitarán actuaciones que puedan promover la institucionalización, el estigma y/o vulnerar derechos fundamentales de las personas atendidas.

Este plan general de intervención deberá hacer mención al modelo de atención propuesto y a todos los procesos identificados como parte de los servicios prestados en los diferentes recursos. Se concretará en programaciones anuales que serán objeto de revisión y evaluación, plasmándose sus conclusiones en la memoria anual.

- Fundamentación teórica sobre el modelo de atención a las personas con trastorno mental grave propuesto para el proyecto.
- Objetivos generales y operativos.

- Plan general de funcionamiento.
- Metodología.
- Herramientas informáticas para la gestión de la información. La administración tendrá acceso a la herramienta informática empleada.
- Gestión de personal.
- Evaluación y medición del grado de satisfacción de personas usuarias, familiares y allegados, personal y otros agentes. Identificación y justificación de los destinatarios. Periodicidad. Definición de la metodología: cuestionarios, entrevistas, reuniones. Sugerencias y quejas (Soportes, responsables, tiempo establecido para la tramitación, análisis, evaluación y establecimiento de acciones de mejora derivadas). Los resultados de esta medición se recogerán en la memoria anual.

Planificación de las transiciones entre servicios de residenciales o de vivienda con mayor o menor intensidad de apoyos.

El servicio de residencia y vivienda de apoyos moderados tendrá presente que las personas usuarias, dentro de su proceso y proyecto vital, puedan optar o precisar otros recursos de vivienda con menor o mayor intensidad de apoyos. En este sentido, se apoyarán y facilitarán los procesos de transición a otros recursos de menor o mayor intensidad.

El proceso de transición entre servicios de mayor o menor intensidad de apoyos se llevará a cabo de modo progresivo y paulatino durante un plazo máximo de un mes.

Se notificará a la ANADP tanto el inicio del proceso de transición como el fin del mismo.

7.1. Servicios del CRPS

7.1.1 Manutención

El programa de manutención se prestará en el programa de centro de día, e incluirá el servicio de comida a las personas que acudan a jornada completa.

Los menús serán variados, cuidando su presentación y mantenidos a temperatura adecuada hasta su servicio. Se establecerán cauces de participación de las personas usuarias en la confección y diseño de los menús.

Los menús estarán sometidos a criterios dietéticos y religiosos, atendiendo a las necesidades en cuanto a cantidad, calidad y variedad.

Protocolos y Registros

- Planificación semanal de menús.

7.1.2 Limpieza

- Incluye el orden, limpieza y desinfección de los distintos espacios, mobiliario y demás equipamiento del centro según la normativa vigente.
- Limpieza diaria de baños y zonas comunes. Planificación de espacios y tareas ordinarias y extraordinarias.
- Sistema de separación y eliminación de residuos. Se promoverá la participación activa de las personas usuarias.

7.1.3 Mantenimiento

- Incluye reparación y conservación ordinaria del local, sus instalaciones y mobiliario para mantenerlos en condiciones normales de prestación de los servicios, debiendo, a tal efecto, suscribir los contratos de mantenimiento oportunos.
- Reposición de material de escritorio, material de papelería, fotocopias, aplicaciones informáticas, material para actividades, material para talleres, material bibliográfico y otros materiales fungibles.
- Mantenimiento y reparación de los ordenadores e impresoras y de su renovación periódica, así como de la contratación y mantenimiento de la conexión a Internet.

Registros mínimos

Los requeridos por las fichas técnicas de control y la legislación vigente (desinsectación, desratización, etc.), prevención y control de legionelosis, así como el seguimiento de los requisitos incluidos en todos los protocolos de utilización de las instalaciones y equipos y las incidencias asociadas.

7.1.4 Seguridad

Incluye la elaboración de programas y protocolos que garanticen la autoprotección, las situaciones de emergencia y evacuación de todas las personas usuarias que estén en el centro, así como de las instalaciones.

Para ello será necesaria la formación teórico-práctica del personal y personas usuarias, con realización de simulacro anual, responsables de la ejecución, control de acceso a zonas de riesgo, sistemas de seguridad y seguimiento de equipos técnicos si los hubiera.

La información que se proporcione en lo relacionado con los distintos procedimientos de seguridad se presentará en un formato accesible a la persona.

Protocolos y registros

- Protocolo de prevención de riesgos laborales: Medidas preventivas de manipulación de productos.
- Protocolo de actuación en situaciones de emergencia y evacuación del centro.
- Realización de simulacro anual. Elaboración de Acta con integrantes e incidencias.

7.2. ÁREAS DE ATENCIÓN EN LOS CRPS

Las actividades y acciones que se lleven a cabo en el CRPS deberán cubrir las siguientes áreas de manera transversal, adaptándose específicamente a las necesidades de cada persona usuaria y a sus objetivos recogidos en su PAICP:

- Psicoeducación, competencia personal y afrontamiento.
- Actividades de la vida diaria.
- Relaciones interpersonales.
- Ocio inclusivo.
- Itinerarios laborales.
- Apoyo a familias y figuras de apoyo.
- Psicoestimulación y Psicomotricidad.
- Actividad física.

Se llevarán a cabo propuestas diferenciadas por servicio.

Todas las áreas de intervención tendrán como base la filosofía de conseguir la mayor inclusión y participación en la comunidad.

Se utilizarán las actividades cotidianas que tienen lugar en el recurso para lograr la aplicación de habilidades en contextos más naturales.

Se valorarán propuestas de atención concretas destinadas a colectivos con demandas y necesidades específicas o que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad.

7.2.1 Actividades de la Vida Diaria

El grado de competencia de la persona usuaria a la hora de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria puede suponer en sí mismo un indicador del curso y pronóstico de su enfermedad, así como de la posibilidad de llevar una vida lo más normalizada posible. Mantener conductas

más ajustadas en cuanto al sueño, alimentación, un estilo de vida menos sedentario, etc., puede contribuir a desarrollar una mayor competencia personal y social.

En general, consistirá en ayudar a las personas usuarias a establecer unos hábitos diarios que le proporcionen una mejor calidad de vida apoyando y facilitando la organización del tiempo, de manera que las personas puedan experimentar que los días tienen un sentido de utilidad y propósito.

La evaluación e intervención se realizarán en contextos naturales (ej. domicilio particular,) siempre que sea posible. Se llevarán a cabo sesiones individuales o grupales cuando se detecten o se demande por parte de las personas usuarias, áreas de interés comunes.

En el caso que sea necesario, se incluirá a familiares o allegados, previo consentimiento expreso de la persona usuaria o su figura legal de apoyo.

Se valorarán las iniciativas y el uso de enfoques basados en la utilización de nuevas tecnologías como medio de apoyo para la realización de actividades de la vida diaria.

Se incluirá la promoción y mejora de competencias personales o la ayuda en el establecimiento de apoyos, en las siguientes áreas, siempre en función de los objetivos que la persona usuaria, con el apoyo de los profesionales, establezca en su PAICP:

- Actividades de la vida diaria básicas (aseo, arreglo personal, etc.), hábitos de vida (alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de tóxicos, prevención de enfermedades, educación sexual, etc.).
- Actividades de la vida diaria instrumentales: vivienda, uso y manejo de medios de comunicación, nuevas tecnologías, medios de transporte, trámites y gestiones burocráticos, gestión económica, etc.
- Actividades de la vida diaria avanzadas: Actividades orientadas a la inclusión comunitaria, uso de recursos de formación y laborales, cuidado de otros, etc.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas.

- Protocolo de evaluación. Instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.
- Protocolo de intervención domiciliaria.
- Nº de intervenciones domiciliarias o en el entorno de la persona realizadas.

7.2.2 *Psicoestimulación*

Orientado a mantener y/o mejorar aquellos aspectos de la esfera cognitiva que puedan estar afectados en las personas usuarias y que repercuten en su funcionamiento diario. Se valorará la utilización de enfoques y metodologías con evidencia científica. Se incluirán como mínimo las siguientes áreas de trabajo: Orientación, procesos atencionales, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje y cognición social.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación. Instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

7.2.3 *Psicoeducación, Competencia personal y afrontamiento*

Incluye aquellas actuaciones dirigidas a desarrollar competencias de afrontamiento ante la enfermedad, así como hacia el desarrollo de habilidades y estrategias de control de la ansiedad, autocontrol ante situaciones estresantes y mejora de la autoimagen y autoestima. Incluirá, como mínimo los siguientes aspectos:

- Información sobre la enfermedad y factores de riesgo que aumentan la probabilidad de recaída, así como proporcionar herramientas para el control de dichos factores.
- Técnicas de control de ansiedad y de relajación.
- Autoestima
- Manejo emocional
- Técnicas de afrontamiento y solución de problemas.

Protocolos y Registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas.

- Protocolo de evaluación. Instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

7.2.4 *Relaciones interpersonales*

Apoyará a la persona en el desarrollo de habilidades y estrategias que le permitan desenvolverse de forma adecuada y adaptada en las distintas situaciones sociales. La atención se orientará a lograr una mayor competencia y seguridad en la persona usuaria que facilite el control del estrés derivado de este tipo de situaciones y minimice las conductas de evitación que pudieran producirse por falta de recursos personales.

Las áreas mínimas que se incluyen son:

- Habilidades de comunicación: verbal y no verbal.
- Expresión de emociones y asertividad.
- Autoafirmación y solución de problemas.
- Relaciones de pareja y sexualidad.

Se utilizará formato individual y/o grupal en función de las demandas recogidas y detectadas.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

7.2.5 Ocio y tiempo libre

Incluye el apoyar, acompañar y empoderar a la persona en la organización y ocupación de su tiempo libre de un modo significativo. Este proceso puede incluir la recuperación de intereses previos o la exploración y adquisición de nuevas aficiones. Se seguirá un enfoque comunitario, primando el uso de recursos normalizados siempre que sea posible.

- Orientación individualizada para la organización del ocio y tiempo libre.
- Oferta de Actividades de ocio grupal.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.

- Indicadores asociados.

7.2.6. Atención a familias

Incluirá la información, formación, asesoramiento y el apoyo individualizado necesario para proporcionar los recursos y capacitar a las familias en la resolución de las situaciones diarias que puedan generar sobrecarga, con el objetivo último de mejorar la convivencia y contribuir a mejorar la calidad de vida tanto de la persona con TMG como de su propia familia. Asimismo, se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e inclusión de las personas usuarias.

Se tendrán en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

- Orientación y apoyo familiar.
- Escuelas de familias.
- Capacitación en técnicas de resolución de problemas
- Desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre personas con enfermedad mental crónicas y/o familiares o allegados.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria y su familia, en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

7.2.7. Actividad física

Incluye todas aquellas acciones orientadas a favorecer la participación de las personas usuarias en Actividades físicas o deportivas como parte de su rutina habitual.

Se seguirá un enfoque comunitario, primando el uso de recursos normalizados siempre que sea posible.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria y su familia, en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados

7.3 SERVICIOS DE LA RESIDENCIA FÉLIX GARRIDO

Las personas usuarias participarán y colaborarán, con los apoyos necesarios y teniendo en cuenta sus preferencias, en la provisión de los servicios de la residencia hogar detallados a continuación, con el fin de que puedan seguir desempeñando actividades significativas y/o adquieran o mantengan aquellas rutinas y habilidades que les faciliten la adaptación a servicios de vivienda con menor intensidad de apoyo. Para ello, se establecerán las acciones que sean precisas.

7.3.1 ALOJAMIENTO

La persona residente será la principal responsable del cuidado y mantenimiento de su habitación en un estado adecuado. Para ello, se le proporcionarán los apoyos necesarios por parte del equipo de la Residencia.

Se garantizarán los siguientes aspectos:

- La persona residente podrá trasladar a su habitación, si así lo desea, motivos de decoración y utensilios propios que personalicen el ambiente.
- En la habitación se dispondrá de armarios cerrados y otras medidas con el objetivo de preservar los objetos y documentos personales.
- Se dispondrá de un sistema para la custodia de propiedades personales. Así como inventario y custodia de pertenencias y, si procede, de objetos de valor.
- Se facilitará el acceso de los familiares o personas que así lo soliciten para el acompañamiento de la persona usuaria en horario nocturno, cuando las circunstancias así lo requieran.

Protocolos y registros mínimos

- Ocupación de habitaciones.
- Acceso al centro, horarios y visitas.
- Inventario de objetos personales.
- Incidencias

7.3.2 MANUTENCIÓN

Se contará con la participación activa de las personas usuarias en la prestación del servicio, garantizándose en todo caso:

- 3 comidas diarias (desayuno, comida y cena diario). Los menús serán variados, cuidando su presentación y mantenidos a temperatura adecuada. Se facilitará que las personas puedan preparar sus propias comidas en la cocina habilitada para ello. La empresa deberá facilitar los alimentos necesarios para la preparación de almuerzos y meriendas por parte de las personas usuarias que lo deseen.
- La elaboración de un menú basal programado y posibilidad de dietas especiales para todas aquellas personas usuarias que así lo requieran, debido a su patología o a cualquier otra causa determinada por su personal sanitario responsable (hipocalórica, hiposódica, diabética, de protección gástrica, etc.).
- Menús sometidos a criterios dietéticos y religiosos, atendiendo las necesidades en cuanto a cantidad, calidad y variedad. Igualmente, se promoverá en la planificación de los menús la gastronomía propia de la zona y los productos de temporada.
- Se contemplará cierta flexibilidad en la elección del menú y en los horarios de comidas para poder tener en cuenta las necesidades individuales de cada residente. Específicamente, se establecerán cauces de participación de las personas usuarias en la programación de menús.
- Se proporcionarán mínimo 5 menús especiales anuales consensuados entre las personas usuarias de la residencia.
- La comida se realizará en la propia residencia.

Protocolos y registros mínimos

- Horarios de comidas diarios: desayuno, comida, cena, etc.
- Descripción de dietas.
- Planificación semanal de menús.
- Comprobación mecanismos de seguridad.

7.3.3 LAVANDERÍA

Se contará con la participación activa de las personas usuarias en la prestación del servicio, garantizándose en todo caso:

- Marcado, lavado, secado, planchado de la ropa de las personas usuarias.

- Clasificación y distribución de la lencería del servicio y de la ropa de las personas usuarias, así como la identificación de las prendas.
- Apoyar a la persona usuaria en el control de su ropa (necesidades, pérdidas, confusiones y reposición).
- Mantenimiento, lavado y reposición de la lencería general del servicio: Sábanas, etc.
- Asegurar con la persona usuaria, el cambio de toallas con periodicidad mínima semanal y siempre que sea necesario.
- Asegurar con la persona usuaria el cambio de sábanas semanal y siempre que sea necesario.

Protocolos y registros mínimos

- Control de marcado de lencería de la persona usuaria, control de pérdidas.
- Cambios y reposición de la lencería general.

7.3.4 LIMPIEZA

Se contará con la participación activa de las personas usuarias en la prestación del servicio, garantizándose en todo caso:

- El orden, limpieza y desinfección de los distintos espacios: comunes e individuales, mobiliario y demás equipamiento del centro según la normativa vigente.
- Limpieza diaria de habitaciones, baños y zonas comunes. Planificación de espacios y tareas ordinarias y extraordinarias.
- Establecimiento de un sistema de separación y eliminación de residuos.

Protocolos y registros

- Limpieza diaria.
- Limpieza de elementos y planificación de limpiezas extraordinarias.

7.3.5 MANTENIMIENTO

Incluye el mantenimiento y reparación de las averías de los elementos comunes que se produzcan en el servicio.

- Inspección del estado de las instalaciones y maquinaria, así como la conservación de las mismas: Sala de calderas, ascensor, lavandería, fontanería, instalaciones eléctricas, jardinería, albañilería, estado de la pintura, carpintería, sistemas contra incendios, grupo electrógeno, sistemas de climatización, oxígeno, etc. conforme a la normativa vigente.
- La empresa o entidad adjudicataria del presente contrato se hará cargo de los gastos correspondientes a luz, agua, teléfono, limpieza y otros gastos de mantenimiento de los

recursos; reparación y conservación ordinaria del local, sus instalaciones y mobiliario para mantenerlos en condiciones normales de prestación de los servicios, debiendo, a tal efecto, suscribir los contratos de mantenimiento oportunos.

- Así mismo, también correrá con los gastos de compra y reposición de material de escritorio, material de papelería, fotocopias, aplicaciones informáticas, material para actividades, material para talleres, material bibliográfico y otros materiales fungibles.
- En relación al equipamiento informático la entidad adjudicataria se hará cargo del mantenimiento y reparación de los ordenadores e impresoras y de su renovación periódica, así como de la contratación y mantenimiento de la conexión a Internet.

7.3.6. SEGURIDAD

Incluye la elaboración de programas y protocolos que garanticen la autoprotección, la respuesta ante situaciones de emergencia y evacuación de todas las personas que estén en el centro, así como de las instalaciones. Para ello será necesaria la formación teórico-práctica del personal y personas usuarias, con realización de simulacro anual, responsables de la ejecución, control de acceso a zonas de riesgo y sistemas de seguridad. Toda esta información será accesible cognitivamente para la persona usuaria.

Protocolos y registros

- Control de salidas y entradas en el servicio.
- Exposición de información en lugares visibles teniendo en cuenta criterios de accesibilidad.
- Protocolo de prevención de riesgos laborales: Medidas preventivas de manipulación de productos.
- Custodia de propiedades personales: Comprenderá la existencia de una caja fuerte en el centro donde la persona usuaria pueda depositar sus objetos de valor.
- Protocolo de tratamiento de pertenencias y objetos de valor.
- Incidencias.

7.4 ÁREAS DE ATENCIÓN EN LA RESIDENCIA

El centro residencial y el entorno en el que se encuentra deben constituirse en un entorno estimulante y activador donde las personas puedan desarrollar, con los apoyos necesarios, sus habilidades y capacidades, tomen decisiones y tengan posibilidad de llevar a cabo roles y actividades significativas.

Se tratará de organizar un estilo de vida y convivencia lo más normalizado posible, buscando la implicación y participación activa de las personas usuarias en el funcionamiento de la residencia. Para ello, se contará siempre con los apoyos y/o supervisión necesarios por parte del personal del centro y se establecerán las acciones necesarias (turnos de colaboración para la limpieza de espacios, compras, elaboración de comidas, etc.).

De cara a favorecer una adecuada convivencia en la residencia, se considerarán y establecerán unas normas básicas de convivencia, que incluirán tanto derechos como deberes de las personas usuarias. Deberán ser conocidas y aceptadas de forma previa a su ingreso.

El equipo profesional promoverá la toma de decisiones consensuada y la adopción de acuerdos para todos aquellos aspectos relacionados con la convivencia. Se articularán para ello las acciones que sean precisas.

Todas las acciones y actividades de las áreas descritas a continuación, se desarrollarán alineadas y en coherencia con la fundamentación del proyecto. Todas las actividades se planificarán junto con la persona usuaria teniendo en cuenta su proyecto de vida, sus intereses, preferencias y valores de cara a fomentar su participación y la toma de decisiones.

En el diseño y desarrollo de cada una de las acciones primará el carácter normalizador, inclusivo y transversal, utilizando siempre que sea posible los recursos existentes en la comunidad como vía para alcanzar una mayor inclusión. Igualmente, se promoverá la realización de actividades de responsabilidad compartida, actividades relacionadas con el día a día del servicio (por ej. colaboración en actividades de la vida diaria, limpieza, lavandería, trabajo en huerta o jardín, mantenimiento menor del centro...), así como la realización de intervenciones en contextos naturales.

Se considerarán especialmente las propuestas novedosas e innovadoras de atención relacionadas con la utilización de nuevas tecnologías.

Se valorará la concreción de las propuestas en la aplicación práctica a las personas usuarias. Para ello se deberá especificar qué acciones, actividades o terapias van a llevarse a cabo, con metodología, recursos y personal responsable, así como el cronograma establecido para su implantación en el caso de ser propuestas novedosas, de cara su revisión en las Comisiones de Seguimiento del contrato.

7.4.1 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Esta área estará orientada a mantener, habilitar y/o desarrollar las habilidades y destrezas necesarias que permitan a la persona llevar a cabo las distintas actividades de la vida diaria.

Incluirá actuaciones dirigidas a la promoción y mejora del desempeño en las siguientes áreas:

- Actividades básicas de la vida diaria.

- Hábitos de vida saludables.
- Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Participación e inclusión comunitaria.
- Autogestión económica.
- Habilidades y actitudes para la convivencia.
- Ocupación diaria, incluyendo el apoyo en la búsqueda de actividades prelaborales, empleo protegido, voluntariado, etc.

De manera específica, el recurso realizará un seguimiento activo junto con la persona usuaria de las siguientes áreas, con el objetivo de detectar posibles signos de descompensación o conductas que puedan influir negativamente en su salud y bienestar:

- Mantenimiento de rutinas básicas: horarios de levantarse, acostarse, alimentación.
- Gestión y autoadministración de la medicación.
- Aspecto general: Hábitos de higiene, arreglo personal.
- Participación en tareas domésticas tanto de la propia habitación como de los espacios comunes.
- Aspectos relacionados con el consumo de tóxicos en coordinación con el servicio sanitario competente.

En base a los seguimientos, se adoptarán junto con la persona usuaria y siempre con su consenso, los acuerdos que se consideren necesarios. La frecuencia de los seguimientos se determinará en función de cada persona, pero en cualquier caso no será inferior a uno mensual. Toda esta información tendrá que quedar registrado en el programa de atención individual centrado en la persona (PAICP).

Protocolos y registros mínimos:

- Seguimientos realizados por persona. Recogidos en soporte informático, donde conste fecha, profesionales implicados, áreas de mejora detectadas y acuerdos adoptados.

7.4.2 OCIO INCLUSIVO

Las actividades de ocio se organizarán y llevarán a cabo junto con las personas usuarias, se basarán en sus preferencias, valores e intereses y permitirán a las personas residentes mantenerse activas y avanzar hacia nuevos niveles de inclusión social y satisfacción personal. Se

potenciará la utilización de recursos comunitarios y el establecimiento de acciones que impliquen relación con la comunidad.

La oferta de actividades de ocio será de carácter individual y/o grupal. Incluirá fines de semana, días festivos y periodos vacacionales.

Protocolos y registros mínimos

- Registro de salidas, actividades y participantes.
- Registro de desplazamientos dentro y fuera de la comunidad.

7.4.3. COORDINACIÓN DURANTE LA ESTANCIA EN LA RESIDENCIA

Se dirigirá tanto a las personas usuarias como a su entorno inmediato:

- Atención Individual: Incluye la preacogida, acogida y el acompañamiento en el proceso de adaptación y estancia en el centro, tramitación de la documentación, seguimiento de los procesos provisión de medidas de apoyo, inclusión en la comunidad y apoyo para la administración de los recursos económicos y tramitación de recursos y seguimiento de hospitalizaciones, si las hubiera.
- Coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario: El objetivo será establecer cauces de comunicación, optimizar recursos, llevar a cabo las oportunas derivaciones y realizar las actuaciones necesarias para lograr una inclusión, participación e interrelación entre las personas usuarias y el entorno donde se ubica el centro.
- Atención familia e integrantes del círculo de apoyo de la persona: Implica incluirles y tenerles en cuenta al ingreso de la persona usuaria y en el diseño del PAICP. Se llevará a cabo acciones que faciliten las relaciones (actividades, intervenciones individuales, etc.) al menos, trimestralmente o cada vez que las circunstancias así lo requieran. Información a la ANADP de los cambios que pudieran darse en la situación familiar de la persona usuaria.

Programas, protocolos y registros asociados

- Programa anual de actividades que potencien la relación con familia e integrantes del círculo de apoyo de la persona, potenciando las mismas.
- Protocolo de evaluación y medición del grado de satisfacción de personas usuarias, familiares y personal, así como de sugerencias, quejas, acciones de mejora, etc.

7.5. SERVICIOS DE LA VIVIENDA DE APOYOS MODERADOS

La vivienda de apoyos moderados es un servicio destinado a fomentar la autonomía y preparar el paso a recursos de menor intensidad de apoyo.

7.5.1. ALOJAMIENTO

Se tendrá en cuenta lo establecido en el punto 7.1.1.

7.5.2 MANUTENCIÓN

- Se garantizan las comidas diarias que cada persona precise en función de las actividades diurnas que realice. Las personas participarán en todo el proceso que conlleva: elaboración de menús, compra, preparación, limpieza...
- Se elaborará una plantilla de menú semanal o mensual.

7.5.3 LIMPIEZA

Se establecen 4 horas de limpieza cada 15 días destinadas al mantenimiento general de la vivienda. Las personas usuarias serán las responsables, con el apoyo del personal educativo si lo precisan, de llevar a cabo las tareas diarias que sean necesarias.

7.5.4 MANTENIMIENTO

- Inspección del estado de las instalaciones, así como la conservación de las mismas en función de la legislación vigente.

7.6. ÁREAS DE ATENCIÓN EN LA VIVIENDA DE APOYOS MODERADOS

El servicio de vivienda diseñará los apoyos que precisen las personas para mejorar su calidad de vida favoreciendo el desarrollo de su proyecto de vida. Se llevarán a cabo todas las acciones necesarias que posibiliten la coordinación entre los distintos recursos que puedan estar atendiendo a la persona. El apoyo profesional puede prestarse en el mismo servicio o en el entorno comunitario.

De cara a favorecer una adecuada convivencia en la vivienda, se considerarán y establecerán unas normas básicas de convivencia, que incluirán tanto derechos como deberes de las personas usuarias. Deberán ser conocidas y aceptadas de forma previa a su ingreso.

El equipo profesional promoverá la toma de decisiones consensuada y la adopción de acuerdos para todos aquellos aspectos relacionados con la convivencia. Se articularán para ello las acciones que sean precisas.

7.6.1 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Se prestará la supervisión y el apoyo necesario en cada caso, atendiendo a las preferencias, intereses y valores de cada persona y a las circunstancias que, de manera eventual, pueden precisar de un apoyo más intenso.

Se cubrirán las siguientes áreas:

- Mantenimiento de rutinas básicas: horarios de levantarse, acostarse, alimentación, etc.
- Gestión y autoadministración de la medicación.
- Aspecto general: Hábitos de higiene, arreglo personal.
- Participación en tareas domésticas tanto de la propia habitación como de los espacios comunes.
- Aspectos relacionados con el consumo de tóxicos en coordinación con el servicio sanitario competente.

7.6.2. COORDINACIÓN DURANTE LA ESTANCIA EN LA VIVIENDA

Dirigido a facilitar los procesos de adaptación y otras transiciones de las personas al recurso y a su entorno, a mejorar su situación social y a proteger y promover sus derechos, realizando para ello acciones dirigidas tanto a éstas como a su entorno familiar y social inmediato.

- Atención Individual: Incluye la preacogida, acogida y adaptación en la vivienda. Ofrecerá los apoyos necesarios en la tramitación de la documentación, y seguimiento de los procesos de provisión de apoyos, de ingresos en servicios sanitarios, administración de los recursos económicos necesarios para gastos de libre disposición y tramitación de recursos...
- Coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario. Protocolo de atención en urgencias médicas.
- Atención familiar y círculo de apoyo de la persona: Incluye información general a figura legal de apoyo sobre el servicio en el momento de la acogida, sobre el desarrollo del PAICP y de todas las cuestiones que se requieran.

7.6.3. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y OCIO INCLUSIVO

Uno de los requisitos de acceso a la vivienda es llevar a cabo o iniciar en el momento del ingreso, una actividad formativa, ocupacional o laboral que proporcione a la persona una estructura diaria. Desde el equipo profesional se apoyará a la persona en la búsqueda y mantenimiento de la misma.

Se apoyará a las personas en la gestión y organización de su tiempo, incluyendo tanto actividades productivas como lúdicas, en función de necesidades, intereses y motivaciones personales.

Se acompañará en la búsqueda de intereses relacionados con el ocio, ya sea individual y/o grupal.

8. GESTIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN

8.1 FORMACIÓN DEL PERSONAL

- Plan de formación inicial al trabajador en la tipología de personas usuarias y en la dinámica del servicio, que deberá tener un mínimo de 8 horas de duración.
- Incentivación y mantenimiento de la formación del personal mediante programas de formación continuada, que contribuyan a mejorar la intervención profesional y la calidad de vida de las personas usuarias, por medio de un plan de formación anual por categorías y basado en un análisis de necesidades.
- Establecimiento de medidas que favorezcan la estabilidad de la plantilla.

Protocolos y registros mínimos

- Protocolo de Formación laboral: Programación anual y cursos básicos y opcionales.
- Protocolo de acogida y formación inicial al trabajador en las características del servicio filosofía de atención y tipología de las personas usuarias.
- Protocolo de prevención de riesgos laborales (medidas preventivas de manipulación de productos, etc.).
- Registros mínimos asociados: cursos ofertados, cursos por empleado, análisis de necesidades y grado de cumplimiento del plan de formación.

8.2 COORDINACIÓN

- Estructura organizativa. Horario tipo, días laborales y festivos.
- Planificación y asignación de tareas por turnos, generales y específicas.
- Registro general diario y por turno de las incidencias que se hayan detectado en las distintas áreas del servicio residencial firmado por el personal del turno, con causas actuación y seguimiento. Supervisiones periódicas realizadas.

- Descripción de reuniones o grupos de trabajo con tareas específicas. Establecimiento de un cronograma realista de reuniones, que garantice, al menos, una reunión semanal del equipo. Descripción de la metodología a utilizar.
- Sistemas de coordinación y participación del equipo multidisciplinar.
- Reuniones específicas con los servicios de atención comunitaria o especializada para la atención de necesidades concretas.

Protocolos y registros mínimos

- Protocolo para la gestión de incidencias en el personal de atención: urgencias, salida del puesto de trabajo por diversas causas, etc.
- Calendario de todos los perfiles profesionales.
- Reuniones y actas.
- Grupos de mejora instaurados: Relación de integrantes, acciones llevadas a cabo.

9. GESTIÓN EN RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA

9.1 PLAN DE ACOGIDA

El objetivo principal es la información, acogida y adaptación del entorno a las características personales sociales y familiares de la persona usuaria, así como la ayuda a su inclusión en la dinámica habitual del servicio. Por lo general, comprende el primer mes a partir de la fecha de entrada en el centro. La información que se proporcione debe estar adaptada y ser comprensible y entendible para la persona usuaria y su familia.

Se desarrollará por medio de los siguientes programas y/o protocolos:

- Protocolo de pre-ingreso:
 - Entrevista previa con la futura persona usuaria. Si procede, a sus familiares, allegados o figuras legales de apoyo.
 - Información sobre la documentación y requisitos necesarios de forma previa y en el ingreso.
 - Información sobre tarifas, normas de funcionamiento y servicios: entrega y explicación del Reglamento de Régimen Interno del servicio, elaborado en un lenguaje claro, y adecuado a la normativa de la ANADP. Folleto informativo del centro en lenguaje accesible en el que se especifiquen los servicios y programas recogidos en el proyecto técnico presentado para la adjudicación del contrato.

- Información sobre los cauces de participación del usuario y familia o allegados; Consejos de Participación, reuniones, procedimiento de quejas, sugerencias y reclamaciones.
- Descripción y visita de las instalaciones.
- Protocolo de acogida y atención:
 - Facilitación del primer contacto: Personas o cargos responsables del ingreso
 - Mecanismo de comunicación del ingreso.
 - Preparación/aceptación de la persona usuaria al ingreso.
 - Tratamiento de los bienes de la persona usuaria.
 - Información complementaria sobre el usuario: voluntades anticipadas.

9.2 PERSONAL DE REFERENCIA

Supone el o la principal referente para un grupo pequeño de personas usuarias y sus respectivas familias.

La vida cotidiana de las personas que viven en servicios residenciales puede convertirse en una sucesión de rutinas que hacen iguales los días y las semanas. Los y las profesionales de referencia constituyen un factor clave para evitarlo. Su conocimiento y conexión con la persona residente y su familia resultan centrales para que las personas continúen decidiendo, eligiendo y viviendo, en definitiva, la vida que desean.

Para el pleno desarrollo de este rol de profesional de referencia en los servicios puede ser necesario que el adjudicatario lleve a cabo acciones que lo faciliten: desarrollo de actividades formativas, sistemas de reuniones, medidas que favorezcan la estabilidad de la plantilla, etc.

9.2.1 Funciones del personal de referencia en relación a la persona usuaria:

- a) Establecer con la persona usuaria una relación de apoyo, constituyendo para ella una figura de referencia en el centro, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas.
- b) Intervenir activamente en el Plan individual centrado en la persona usuaria, en las reuniones para su diseño, seguimiento e implantación del mismo, sirviendo de cauce de comunicación de la persona usuaria con el equipo interdisciplinar.
- c) Facilitar la coordinación diaria de todas las actuaciones relativas a la persona, la ejecución y el desarrollo de las actividades en las que participe, adecuándolas a los objetivos previstos en

su plan individual centrado en la persona y orientándolas en beneficio de su desarrollo personal y social.

d) Apoyar el desarrollo del proyecto de vida y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona asignada, llevar a cabo el seguimiento continuado de la persona y proponer cuando proceda, las adaptaciones pertinentes en dicho plan de atención.

e) Servir de enlace y referencia de la familia, en su caso.

f) Asegurar el registro puntual y completo de las incidencias, datos y observaciones sobre la persona usuaria y su evolución. Recopilar información sobre ella, incorporándola a los informes que hayan de ser elaborados sobre la evaluación y seguimiento, compartiendo con el resto del personal la información disponible.

9.2.2 Designación del profesional de referencia.

Se atenderá en la medida de lo posible su adecuación a las necesidades o condiciones específicas que pueda presentar la persona usuaria.

Para su designación se consultará tanto con la persona residente para saber cuáles son los/las profesionales con quienes siente mayor afinidad o a quienes prefiere dirigirse cuando tiene un problema, como con los/as profesionales para conocer con qué residentes tiene un trato más cercano o con los que les resulta más agradable trabajar.

Se realizará una asignación inicial de esta figura al ingreso que podrá modificarse en función de las preferencias y establecimiento de relaciones posteriores. Se buscará la máxima coincidencia posible en cuanto a preferencias de residentes y profesionales, considerando que cada profesional tendrá asignadas un máximo de seis personas usuarias en los centros residenciales y de doce en el caso de los servicios de atención diurna.

Si procede, se informará a la familia de la asignación realizada, así como de los cauces y vías establecidos para la comunicación.

La permanencia durante un largo periodo de tiempo atendiendo a las mismas personas mejora el conocimiento de las mismas, la atención a sus necesidades, la visión de sus capacidades, generando un mayor compromiso, autonomía y satisfacción de las y los profesionales. La menor rotación del personal de atención directa facilita también el trabajo en equipo, la comunicación con las familias y el consenso en cuanto a criterios de intervención.

9.3 PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO CENTRADO EN LA PERSONA (PAICP)

Los Servicios de Residencia y de vivienda de apoyos moderados, atenderán de manera integral, las distintas necesidades de la persona. Esta atención integral se articulará mediante el PAICP.

Se estructurará en tres fases:

1. De conocimiento de la persona (de sus intereses, preferencias, deseos y objetivos vitales) y valoración desde un modelo global de salud y bienestar (necesidades de apoyos, contextos etc.).
2. De consensuar con la persona, y si procede la familia o figura legal de apoyo, un Plan de apoyos y actuaciones donde la persona identifique sus intereses, preferencias y objetivos para lograr una vida significativa y satisfactoria estableciendo los apoyos necesarios para ello.
3. De revisar con la persona, y en su caso, la familia o figura legal de apoyo, el logro de sus objetivos con los apoyos establecidos para ello, para, en su caso, actualizar el plan. Deberá incluir una valoración global, definición de objetivos generales y concretos, elaboración de planes de acción, asignación de personal de referencia y evaluación de resultados.

Deberá tener un formato que resulte claro para el usuario. Se valorarán propuestas que supongan una mejora en la accesibilidad del PAICP o faciliten el seguimiento de los objetivos por parte de la persona.

La elaboración del PAICP debe recoger, como mínimo, los siguientes aspectos:

Condiciones mínimas:

- Elaboración del PAICP en los dos primeros meses del inicio de la prestación del servicio. El plan se elaborará junto con la persona usuaria, figura legal de apoyo o familiares y /o personas de referencia o apoyo. Implantación y seguimiento de las medidas, recursos y acciones establecidas. Se actualizará y documentará al menos una vez al año o cuando se detecten cambios significativos.
- Establecimiento de un profesional de referencia para cada persona usuaria, que conocerá los detalles del PAICP, sus circunstancias personales y su percepción subjetiva. Participará de modo activo en las decisiones del PAICP y las revisiones del mismo.
- Participación y colaboración de las figuras profesionales que atienden a las personas usuarias en el desarrollo de los programas individuales, establecidos por el personal técnico correspondiente.
- El PAICP se entregará a la persona usuaria en un formato que le resulte accesible, favoreciendo así que pueda ejercer su liderazgo, y por escrito si procede a su familiar de referencia o persona de apoyo.
- Evaluación. Elaboración de informes. Se actualizará y documentará cuando se detecten cambios significativos por los profesionales o como mínimo anualmente en el caso de la Residencia o semestralmente en el caso de la vivienda de apoyos moderados.

El contenido mínimo del PAICP se detalla a continuación:

DATOS ADMINISTRATIVOS
Fecha de alta en el servicio.
Fecha del PAICP (realizado antes de dos meses).
Fecha de revisión del PAICP.
Datos personales básicos.
Familiares de referencia y/o figura legal de apoyo.
Porcentaje de discapacidad y tipo, si procede.
Cobertura sanitaria.
Profesional de referencia en el centro.
Profesionales que intervienen en el PAICP. Se detallará la aportación de cada profesional.
CONOCIMIENTO DE LA PERSONA
Intereses y valores.
Preferencias y deseos de la persona usuaria.
Círculo de relaciones y personas de apoyo.
Proyecto de vida.
VALORACIÓN GLOBAL
Resultado de la valoración global de la persona: funcional, cognitiva, emocional y socio familiar de la persona, educativa/formativa (cuando proceda), percepción de calidad de vida, y sus vivencias en cuanto a la sexualidad cuando las hayan querido transmitir.
Identificación de las necesidades principales de la persona en cada dimensión valorada.
Identificación de las capacidades de la persona en cada dimensión.
Determinación de las necesidades de apoyo y recursos disponibles.
PROPUESTA Y PUESTA EN PRÁCTICA DEL PLAN
Elaboración de una propuesta de plan personalizado de intervención definiendo objetivos generales y concretos, priorizando acciones y actividades a realizar junto con la persona. Se incluirá los objetivos de paso a recursos más comunitarios y normalizados.
Presentación del PAICP consensuado con la persona y/o familia. Versión accesible.
Elaboración y puesta en marcha de acciones según las áreas de intervención: describiendo actividades, recursos y metodología a utilizar, así como personal responsable de la intervención.
Seguimiento establecido: Revisión del PAICP, frecuencia mínima anual o cuando se produzcan cambios significativos en la persona usuaria.
Registrar la evaluación de los resultados.
Introducción de modificación al PAICP en función de la evaluación y establecimiento de nuevos objetivos o alta/fin del servicio.

9.3 PLAN PARA LA DESPEDIDA DE LA PERSONA USUARIA

En caso de traslado a otro servicio o alta voluntaria:

- Protocolo de traslado o alta voluntaria. Informe de derivación, PAICP y toda la información necesaria para garantizar la continuidad de cuidados. Registros.
- Trámites administrativos: alta del servicio, documentación, comunicaciones, traslado de pertenencias. Registros.
- Atención al duelo en la familia, en el grupo de residentes y en el grupo de profesionales.
- Protocolo de fallecimiento. Aviso a allegados. Trámites administrativos: asesoramiento, documentación, comunicaciones. Entrega de pertenencias.

10. SERVICIOS EXIGIBLES A LA ENTIDAD GESTORA POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS NO INCLUIDOS EN EL CONTRATO

Se refiere básicamente a lo que se podría considerar servicios que aportan un entorno de mayor calidad. Se consideran de obligada prestación, aunque su financiación se realizará de forma directa por las personas usuarias al margen de la tarifa de concertación abonada por el servicio, aplicando el régimen de tarifas que el centro establezca previa comunicación y autorización de la ANADP.

- Organización del acompañamiento a centros hospitalarios y/o consultas programadas o no urgentes, con especial atención a los casos que carecen de familia o personas de referencia.
- Teléfono u otros dispositivos cuyo coste de consumo no esté incluido en el acceso a la red telemática de que disponga el centro o servicio.
- Cafetería/máquina expendedora de bebidas, si procede, en Residencia.
- Transporte para traslado al domicilio familiar los fines de semana o vacaciones, en el caso de la Residencia.

11. PLANTILLA EXIGIDA DE PERSONAL

Las categorías profesionales cumplirán la normativa vigente, exigiéndose la titulación correspondiente y siguiendo criterios de adecuación profesional. Para las categorías profesionales que no se correspondan con titulaciones oficiales se fijarán los perfiles profesionales más acordes con las funciones que deban realizar y que estén basados en la cualificación o la experiencia de acuerdo al tipo de actividad y personas usuarias de los servicios.

Las funciones a realizar por los distintos perfiles profesionales serán aquellas reflejadas en la legislación vigente.

CRPS 1	PERSONAL EQUIVALENTE	
	CRPS	CD
Dirección		1
Auxiliar administrativo/a		1
Psicólogo/a		1
Trabajador/a Social		1
Terapeuta ocupacional		1
Formador/a laboral ⁽¹⁾	1	
Educador/a-Monitor/a (TIS) ²		4
Limpieza		0,5

¹ Con formación de base o específica en Inclusión Laboral de personas con enfermedad mental. En caso de cese de la relación contractual por cualquier motivo, se deberá informar a la ANADP quien valorará la continuidad de dicha figura profesional o su sustitución por otra.

² TIS= Técnico de integración social.

CRPS 2	PERSONAL EQUIVALENTE	
	CRPS	CD
Dirección		1
Auxiliar administrativo		1
Psicólogo		1
Trabajador/a Social		1
Terapeuta ocupacional		1
Formador laboral ⁽¹⁾	1	
Educador/monitor (TIS) ²		4
Limpieza		0,5

¹ Con formación de base o específica en Inclusión Laboral de personas con enfermedad mental. En caso de cese de la relación contractual por cualquier motivo, se deberá informar a la ANADP quien valorará la continuidad de dicha figura profesional o su sustitución por otra.

² TIS= Técnico de integración social.

Residencia Félix Garrido	Días de trabajo al año (excepto julio)	HORAS ANUALES	PERSONAL EQUIVALENTE
--------------------------	---	------------------	-------------------------

Dirección ¹	Laborables		0.5
Psicología	Laborables		0.5
Trabajador/a Social	Laborables		1,00
Recepción/Administración	Laborables		1,00
Mantenimiento	Laborables		0,50
Terapeuta Ocupacional ²	Laborables		1,00
Limpieza, lavandería	Diaria	5.488	
Cocina ³	Diaria	3.420	

¹ Con disponibilidad fuera del horario laboral y delegando, en su ausencia, en una persona responsable designada formalmente. Con titulación universitaria en psicología. Realizará funciones de dirección e intervención psicológica.

² En su jornada se incluyen 5 horas semanales para ejercer las funciones de coordinación/programación de personas usuarias de la vivienda de apoyos moderados de Pamplona.

³ Se exige la contratación de personal propio que deberá realizar la comida en la propia residencia.

Personal atención directa Residencia Félix Garrido	Días trabajo al año	Turno mañana	Turno Tarde	Turno noche
Educador/a-Monitor/a (TIS) ⁴	Laborables	7 horas x tres profesionales	7 horas x tres profesionales	10 horas x 1 profesional
	Vacaciones, festivos y fines de semana	7 horas x dos profesionales	7 horas x dos profesionales	10 horas x 1 profesional

Personal vivienda apoyos moderados	Días trabajo al año	Horario mañana ⁽⁴⁾	Horario tarde ⁽⁴⁾	Total Horas
Educador/a-Monitor/a (TIS) ⁴	Laborables	7:30 a 9:15	17:30 a 22:00	6 horas y 15 minutos al día
	Vacaciones, festivos y fines de semana	10:45 a 14:06	18:45 a 21:30	6 horas y 06 minutos al día
Servicio limpieza	Lunes (cada 15 días)			4 horas/día

⁽⁴⁾ TIS= Técnico de integración social. Esta distribución de horas podrá ser flexible, en función de las necesidades de las personas usuarias.

Consideraciones generales:

- La totalidad de la plantilla de personal dependerá laboralmente de la entidad adjudicataria del presente contrato, no existiendo ningún tipo de vínculo con la Agencia Navarra de Desarrollo y Autonomía de las Personas (ANADP), que será totalmente ajena a dichas relaciones laborales.
- La entidad adjudicataria enviará a la ANADP, la relación completa del personal destinado al funcionamiento y atención a prestar en los recursos objeto del presente contrato, con indicación de la jornada laboral, cualificación y funciones, y le dará a conocer, con antelación suficiente las sustituciones, suplencias, bajas o nuevas contrataciones de personal que se produzcan.
- En todo caso el contrato se adjudicará de acuerdo al volumen de recursos humanos especificado en el presente pliego de prescripciones técnicas, de tal forma que cualquier aumento o disminución de personal respecto al mismo deberá ser autorizado expresamente por la ANADP.

A tal efecto cualquier cambio o modificación a este respecto, exigirá la presentación previa por parte de la adjudicataria de una petición razonada justificando la necesidad producida, su duración estimada y las previsiones y condiciones previstas para cubrir su objeto.

El órgano de contratación, a la vista de las necesidades producidas y del informe presentado, podrá autorizar o denegar dicha variación. La facultad de autorización o denegación a que se refiere el presente apartado podrá atribuirse, por el órgano de contratación, a la unidad gestora del contrato.

- La empresa contratista deberá garantizar la atención a las personas usuarias y familiares en distintos horarios, a lo largo de la semana y según la organización de la empresa, a través del personal técnico competente, quedando el horario de aquél supeditado a las necesidades del servicio contratado. Los cambios que se produzcan en el horario del personal y que puedan repercutir en la prestación del servicio y/o en el estricto cumplimiento de los pliegos deberán ser previamente comunicados y autorizados por la ANADP.
- En ausencia de un determinado perfil sus funciones deberán ser asumidas por el resto del equipo multidisciplinar, en la medida que sea posible en virtud de la normativa de aplicación.
- De igual forma, podrán concurrir en una sola persona varios perfiles profesionales diferentes en la medida en que sea posible en virtud de la normativa de aplicación.
- Los representantes de los trabajadores en la Comisión de Seguimiento descrita en el Pliego de Cláusulas Administrativas deberán ser elegidos por y de entre los mismos, perteneciendo uno de ellos a los perfiles profesionales especificados en el personal de la vivienda de apoyos moderados y otro al de la Residencia-hogar

- La dirección, supervisión y seguimiento estará a cargo de los responsables de la entidad disponiendo de los servicios profesionales; propios, concertados o públicos, con los perfiles e intensidades recogidas en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. En aquellos casos en los que los servicios sean prestados desde el ámbito público, las condiciones y la intensidad del servicio serán determinadas por el Departamento responsable de los mismos.
- No se permite la subcontratación de ninguna de las categorías profesionales contempladas en la Plantilla Exigida de Personal.

Sustituciones:

- El personal educador, técnico/a en Integración Social, técnico/a de cuidados auxiliares de enfermería y de servicios generales (limpieza, lavandería y cocina) será de obligada sustitución desde el primer día, cuando se prevea una baja, licencia o permiso.
- El personal de psicología, terapia ocupacional, formador laboral y trabajo social será de obligada sustitución desde el primer día, cuando se prevea una baja, licencia o permiso superior a 15 días naturales.
- El resto del personal será de obligada sustitución desde el primer día, cuando se prevea una baja, licencia o permiso superior a 30 días naturales.

En los perfiles que no sean de obligada sustitución los 365 días del año y que estén contemplados en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, el servicio se prestará a través de servicio público o servicio público o concertado en cumplimiento de dicho decreto. En caso de no ser así la empresa lo prestará mediante servicio propio.

12. MEDIOS MATERIALES EXIGIDOS

12.1 RESIDENCIA –HOGAR

La Residencia-Hogar es propiedad del Gobierno de Navarra. El mantenimiento del centro y su mobiliario correrán a cargo de la entidad gestora del mismo y deben asegurarse unas óptimas condiciones de conservación. La ANADP podrá requerir a la entidad la reparación o sustitución de los desperfectos o deficiencias detectadas en el equipamiento que deberán ser subsanadas en el menor plazo posible. El incumplimiento de dicho requerimiento, podrá ser objeto de las sanciones contempladas en las condiciones administrativas.

12.2 VIVIENDA DE APOYOS MODERADOS

La vivienda se situará en un entorno comunitario normalizado y accesible, que ofrezca la infraestructura y equipamientos necesarios para la prestación de un servicio global a las personas a las que va dirigida. Esta vivienda debe ser aportada por la entidad adjudicataria.

Proporcionará alojamiento en habitación individual para cuatro personas.

El mantenimiento de la vivienda y su mobiliario correrán a cargo de la entidad gestora de la misma y deberán asegurarse unas óptimas condiciones de conservación. La ANADP podrá requerir a la entidad la colocación de elementos o sustitución de las deficiencias detectadas en el equipamiento que deberán ser subsanadas en el menor plazo posible. El incumplimiento de dicho requerimiento, podrá ser objeto de las sanciones contempladas en las condiciones administrativas.

12.3. CRPS

Local:

Los locales donde se van a desarrollar los servicios deberán ser aportados por la adjudicataria del presente contrato. Debe estar situado en un entorno comunitario normalizado y accesible, ofreciendo la infraestructura y equipamientos necesarios para la prestación de un servicio global a las personas a las que va dirigida.

La disposición y organización de los distintos espacios reflejará los principios del Modelo de Recuperación y del trabajo interdisciplinar. Para ello se destinarán espacios comunes para el trabajo profesional, para la atención individual y salas multiusos para la realización de las acciones contenidas en el este pliego técnico.

Son exigencias mínimas:

- Superficie mínima 225 m².
- Ventilación, iluminación natural.
- Libre de barreras arquitectónicas.
- Localización céntrica.
- Accesible con transporte público.
- Espacios destinados al trabajo profesional, salas multiusos para la realización de actividades, baños, comedor.

Se establecerán zonas de convivencia comunes, con baños y aseos en número suficiente para que puedan ser utilizados por las personas usuarias de Centro de Día y Rehabilitación psicosocial, con zonas específicas y diferenciadas para ambos servicios. Todas las zonas han de cumplir los requisitos establecidos reglamentariamente en materia de accesibilidad.

Equipamiento:

El equipamiento mínimo para la puesta en marcha del CRPS con los servicios de rehabilitación psicosocial y de centro de día será el siguiente:

- Cocina: electrodomésticos y menaje básico.
- Comedor: mesas de 4 comensales con sus respectivas sillas.

- Salas multiusos: sillas, ordenadores, mesa de actividades, colchonetas, aparato de música, equipos informáticos, material de psicomotricidad. Sala de descanso
- Espacios para el trabajo profesional: mesas, sillas, ordenadores, armarios, mesa reuniones y archivadores.

El mantenimiento de los centros y su mobiliario correrán a cargo de la entidad gestora de la misma y deberán asegurarse unas óptimas condiciones de conservación. La ANADP podrá requerir a la entidad la colocación de elementos o sustitución de las deficiencias detectadas en el equipamiento que deberán ser subsanadas en el menor plazo posible. El incumplimiento de dicho requerimiento, podrá ser objeto de las sanciones contempladas en las condiciones administrativas.

La empresa adjudicataria utilizará el software ResiPlus en la gestión de los servicios objeto de este contrato.

13. ASIGNACIÓN DE PERSONAS USUARIAS

Las solicitudes para ocupar una plaza en cualquiera de los servicios para personas con TMG se presentarán ante la ANADP a través de los Centros de la red de Salud Mental dependientes de la Gerencia de Salud Mental.

Corresponde a la ANADP determinar las personas que han de ocupar las plazas objeto de la gestión de los servicios para la atención de personas afectadas por TMG, comprometiéndose expresamente la entidad adjudicataria a aceptar a las personas usuarias designadas por la ANADP para ocupar las plazas objeto del contrato.

El ingreso de la persona propuesta, con envío del expediente al centro, se realizará en un plazo no superior a 10 días desde la designación y comunicación al servicio, salvo causas que justifiquen la demora. La reserva de plaza se abonará durante los 10 primeros días transcurridos desde el envío del expediente al centro.

Transcurridos los 10 días, la persona estará obligada a realizar la aportación correspondiente.

La incorporación de la persona residente se recogerá a través de la firma del contrato de estancia, cuyo modelo será el que se encuentre vigente en ese momento. Dicho contrato se formalizará por escrito y en él deberá constar el consentimiento de la persona y/o figura legal de apoyo, la aceptación de la normativa del Reglamento de régimen interno del centro, así como la aportación económica a realizar.

La ANADP podrá proceder a la ocupación temporal de las plazas durante las ausencias que se produzcan, con el objetivo de cubrir una necesidad urgente y limitada en el tiempo

Para proceder a la ocupación de las plazas, tanto de forma indefinida como temporal, la ANADP aplicará criterios objetivos mediante la valoración sociosanitaria realizada, priorizando el mayor grado de necesidad según la legislación vigente.

Los requisitos necesarios previos a la incorporación a los servicios serán los reflejados en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, así como aquellos que la ANADP estime oportunos.

La adquisición de la condición de persona usuaria de las plazas, así como la pérdida de la misma, se efectuará mediante resolución de la persona que ostente la gerencia de la ANADP. En el caso de ocupar transitoriamente una plaza, en la resolución de ingreso, la ANADP fijará la fecha de inicio y de finalización de dicho ingreso temporal.

PERIODO DE ADAPTACIÓN

Se considera período de adaptación el tiempo que precise el recurso para adaptarse a la persona usuaria. Como normal general, se establece un mes de duración, pero siempre teniendo en cuenta que este periodo debe ser flexible y adaptado a las necesidades de cada persona.

Si durante dicho periodo se apreciaren circunstancias personales que impidan la atención de la persona usuaria en el recurso, éste deberá ponerlo en conocimiento de la ANADP mediante informe justificativo, siendo vinculante la resolución que al respecto adopte la citada Agencia.

Transcurrido el período de adaptación, la persona usuaria consolidará su derecho a la ocupación de la plaza y estará obligada a su ocupación completa en tanto esté vigente el contrato y permanezcan los requisitos que se acreditaron para su admisión.

ALTAS, BAJAS, INCIDENCIAS

El personal responsable de la Residencia-hogar, vivienda de apoyos moderados y CRPS, notificarán por escrito a la ANADP las incidencias que se produzcan respecto de la incorporación de las personas usuarias al recurso asignado, así como las ausencias de las mismas.

Las bajas deberán ser comunicadas en el plazo máximo de un día laborable (lunes a viernes, de 8 a 15 horas) desde el hecho causante.

Se considerará ausencia:

- la no pernoctación en el centro de las personas usuarias de la atención residencial.
- la ocupación parcial no autorizada de la plaza en un servicio, entendida ésta como la utilización solamente para pernoctar.

En todos los servicios objeto de este contrato, se consideran **incidencias** que requieren notificación dentro de los 3 días siguientes a que se produzcan las siguientes:

1. Se considerará **incidencia con pérdida de condición de usuario** en los siguientes supuestos:

- Renuncia expresa o tácita a la plaza.
- Ausencia igual o superior a 15 días naturales consecutivos sin causa justificada.
- La ausencia superior o igual a 60 días a lo largo del año natural, consecutivos o alternos, sin causa justificada ni informe motivado que avale dicha ausencia.
- Ausencia por ingreso en Unidades hospitalarias o de Rehabilitación en las que se prevea una estancia de media-larga duración, considerándose prioritaria su incorporación al CRPS cuando éste finalice, si permanece la idoneidad.
- Cambio de las circunstancias que motivaron el reconocimiento de la condición de persona usuaria.
- No superar el periodo de adaptación.
- Fallecimiento de la persona usuaria.

2. Se considerará **incidencia con derecho a reserva de plaza** en los siguientes supuestos:

- Ausencia obligada por ingresos hospitalarios de la red de salud mental de hasta un máximo de 90 días laborables.
- Respecto de las ausencias por aplicación de un expediente disciplinario, la entidad gestora del servicio deberá notificar cualquier tipo de sanción que, en aplicación del Reglamento de Régimen Interno del servicio, suponga la suspensión temporal del servicio. Al respecto, se observará lo recogido en la normativa vigente. En todo caso debe realizarse mediante resolución de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas.

El proceso de baja se planificará con la persona usuaria y otros agentes implicados de manera que se garantice la continuidad de prestación de apoyos. Este proceso resulta especialmente relevante en el programa de rehabilitación por su carácter temporal, en las plazas de rehabilitación será relevante el diseño de la fase de desvinculación del recurso, con acciones y cronograma asociado.

En el caso de que las personas usuarias de la Residencia-hogar y vivienda de apoyos moderados no puedan acudir a su actividad externa habitual, será obligación del centro

atenderlas en los casos puntuales de no asistencia a dicha actividad (bajas, vacaciones, suspensión del servicio...).

La entidad enviará mensualmente la ocupación del servicio en el formato que desde la ANADP se determine.

14. EXPEDIENTE INDIVIDUAL, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS

Cada persona deberá contar con un expediente individual que recoja, organice y archive toda la información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación. De esta forma, la adjudicataria quedará obligada a preparar y organizar adecuadamente estos expedientes actuando como encargada de tratamiento de los datos personales necesarios, de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares del contrato (apartado 22 letra D “CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS”) de acuerdo al siguiente detalle:

Datos personales objeto de tratamiento:

- Identificativos: Nombre apellidos, NIF, NIE, pasaporte, contacto (domicilio y teléfono), nº seguridad social.
- Datos especialmente protegidos: Salud, discapacidad, dependencia e historia de vida.
- Características personales: Fecha y lugar nacimiento, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, datos de la unidad familiar.
- Datos económico-financieros: Datos económicos, bancarios y cuentas.

Colectivos de personas interesadas cuyos datos van a ser tratados:

- Personas usuarias del servicio afectadas de trastorno mental grave.

Tratamientos de datos a efectuar por la persona o entidad adjudicataria:

- ☒ Recogida
- ☒ Registro
- ☒ Organización
- ☒ Estructuración
- ☒ Conservación
- ☒ Consulta
- ☒ Utilización
- ☒ Comunicación por transmisión

Categorización de seguridad de los datos:

- Confidencialidad: MEDIA
- Integridad: MEDIA
- Disponibilidad: MEDIA
- Autenticidad: MEDIA
- Trazabilidad: MEDIA

Así mismo, la adjudicataria y el personal encargado de ejecutar los programas y actividades guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del presente contrato, y específicamente no podrá dar información sobre las personas atendidas ni sobre las actividades realizadas a ninguna persona o entidad sin el permiso explícito de los responsables de la ANADP.

La adjudicataria y el personal que tenga relación directa o indirecta con la prestación a las personas usuarias de la atención prevista en este Pliego, guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligados a no hacer público o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, incluso después de finalizar el plazo contractual.

15. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE MEMORIAS

Los recursos deberán disponer de un sistema de evaluación que se aplicará como mínimo una vez al año, que abarcará todos los aspectos comprendidos en el proyecto presentado y que se desarrollarán en la memoria anual que los recursos deberán presentar a la Agencia Navarra de Desarrollo y Autonomía de las Personas, en soporte informático, en la forma y plazo señalado en el pliego de condiciones económico administrativas.

La memoria será presentada de forma que facilite la comprobación del cumplimiento de las bases exigidas en los pliegos técnicos y administrativos, y del Proyecto Técnico contratado.

Asimismo, la ANADP establecerá los indicadores a recabar periódicamente para facilitar el seguimiento del recurso.

16. BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO

La Entidad deberá presentar un proyecto técnico de acuerdo con el siguiente formato:

1. Documento tamaño DIN A4 con las siguientes características:
 - Extensión máxima un máximo de 75 hojas o 150 páginas numeradas. No se leerán ni valorarán las hojas que superen estos límites.
 - Márgenes del documento:
 - Inferior y superior: superior de 2,5 cm; inferior de 2 cm.
 - Izquierdo-derecho: Izquierdo de 2,5 cm; derecho de 1,5 cm
 - Interlineado mínimo 1,15. Tipo de letra: Arial o Times New Roman con tamaño mínimo 11. Este tamaño de letra mínimo se aplicará a todos los elementos del documento.
2. Se evitará la utilización de elementos que dificulten la lectura del proyecto presentado (imágenes en segundo plano con ilustraciones, identificación de la empresa o entidad, etc.)
3. Incluirá una presentación breve de la entidad o empresa: características y experiencia en la gestión y prestación de servicios relacionados con la licitación.

4. Se acogerá explícitamente a las condiciones reflejadas en la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales y en el Decreto Foral 92/2020 de 2 de diciembre por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la comunidad foral de navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones y en segundo lugar, al presente condicionado técnico.
5. Las empresas o entidades licitadoras estarán obligadas a describir en su propuesta técnica las distintas actuaciones y programas establecidos en este pliego, los cuales se llevarán a cabo con la intensidad mínima recogida en la cartera de servicios sociales de ámbito general. Asimismo, para cada una de las áreas de intervención establecidas en el pliego, la empresa o entidad adjudicataria diseñará una guía que estructure globalmente el proceso de atención.
6. Desarrollará las actividades individuales y grupales dentro de los enfoques de atención propuestos; modo en que serán organizadas y llevadas a cabo. En el caso de lotes que contengan más de una tipología de servicio, se propondrán acciones individualizadas para cada uno de ellos.