

Avaluació dels serveis d'atenció diürna per persones amb discapacitat



Avaluació dels serveis d'atenció diürna per persones amb discapacitat

Avaluació de la implementació

Informe definitiu:
Setembre 2025

Tipus d'avaluació:
Implementació

Avaluació encarregada per:
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

Avaluació finançada per:
**Departament de Drets Socials
i Inclusió i Departament
d'Economia i Finances**

Avaluació realitzada per:
Ivàlua

Equip de treball:
**Carla Cordoncillo, Sònia
Villalba, Andrea Viñas i
Marina Muñoz, amb la
col·laboració de Maria
Pallisera i Judit Fullana
(Universitat de Girona).**

Agraïments:
Al Joseba Zalakain, per la seva
revisió i suport.

© **Institut Català d'Avaluació de
Polítiques Públiques (Ivàlua), 2025**
Aquesta obra està subjecta a la
licència Creative Commons de
Reconeixement-NoComercial-
CompartirIgual 4.0 Internacional.
Es permet a tercers distribuir, retocar
i crear a partir de l'obra llicenciada
de manera no comercial, la distribució
de les quals cal fer-la amb una
licència igual a la que regula aquesta
obra original.

Ivàlua
**Institut Català d'Avaluació
de Polítiques Públiques**
Districte Administratiu de la
Generalitat de Catalunya – Edifici B
C/ dels Alts Forns, 36-44
Barcelona 08038
Tel. 00 34 93 554 53 00
info@ivalua.cat

Cita suggerida: Cordoncillo et al (2025) Avaluació dels serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat. Barcelona: Ivàlua.

Resum executiu

L'avaluació dels serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat a Catalunya posa de manifest la necessitat urgent de reformar la Cartera de serveis socials, vigent des de 2010, per **adequar-la al paradigma de drets** que estableix la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD).

Els serveis actuals, concebuts sota un model dels anys vuitanta, s'estructuren a partir d'una **tipologia rígida i estàtica en el temps**, que no reflecteix la diversitat ni l'evolució de les necessitats de suport de les persones usuàries i que dificulta que els serveis s'adaptin als seus interessos, canviant al llarg de la vida. A més, la **manca de complementarietat amb altres serveis i prestacions**, converteix l'atenció diürna en el recurs central que estructura la vida de les persones usuàries i les seves famílies; la qual cosa n'amplia substancialment els objectius, inicialment orientats als treball de capacitats laborals. Davant la **pèrdua de centralitat de la dimensió laboral** —en bona mesura com a conseqüència de la incompatibilitat dels serveis amb la realització de pràctiques i amb la possibilitat mateixa de treballar—, els serveis s'enfoquen de manera àmplia en la inclusió social de les persones usuàries i en la promoció de la seva autodeterminació.

Com a conseqüència, si bé **la normativa actual imposa obstacles importants** —en termes de ràtios insuficients, perfils professionals molt limitats, manca de reconeixement de les tasques de coordinació i seguiment, rigidesa en les condicions de provisió o manca de finançament—, les entitats prestadores estan **desplegant estratègies diverses per flexibilitzar els serveis** i promoure, en la mesura del possible, una atenció centrada en les persones i cada vegada més basada en la comunitat.

Ara bé, a manca d'orientacions clares i d'un lideratge clar per part de l'administració, aquest **procés de transició del model assistencialista envers un model de suports** —en què els centres d'atenció diürna es deixin de concebre com espais tancats que organitzen la vida de les persones usuàries per entendre's com "campaments base" que organitzen els suports de què disposen—, està sent àmpliament heterogeni arreu del territori; la qual cosa deriva en desigualtats en l'accés a drets per part de la població usuària.

Reformar els serveis d'atenció diürna en coherència amb el paradigma de drets requereix la definició d'una **estratègia de transició planificada**, que vingui acompanyada d'un canvi de normativa que la faciliti i d'orientacions clares (per part del Departament de Drets Socials i Inclusió) a les entitats prestadores, per tal que el seu desplegament sigui homogeni arreu del territori i es pugin anticipar i dialogar les resistències que puguin emergir. Instruments que ja han estat pilotats de manera experimental, com ara la figura de l'assistent personal o el model de gestió de places per terços, tenen un ampli potencial d'escalabilitat i podrien contribuir a consolidar aquesta transició.

Continguts

1. Introducció.....	6
2. Antecedents i context.....	8
2.1. Origen i breu evolució dels serveis d'atenció diürna.....	8
2.2. El model social i la Convenció Internacional dels Drets de les persones amb discapacitat: una nova orientació dels suports.....	8
2.3. La Cartera de Serveis Socials de Catalunya	10
3. Serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat.....	11
3.1. Què són els serveis d'atenció diürna?	11
3.2. Cobertura dels serveis d'atenció diürna.....	15
4. Metodologia.....	19
4.1. Anàlisi qualitativa	19
4.2. Anàlisi quantitativa	21
4.3. Limitacions metodològiques	23
5. Tipus de serveis d'atenció diürna	25
5.1. Idoneïtat dels serveis: tipus de servei segons necessitats de suport	26
5.1.1. Entrada als serveis d'atenció diürna.....	26
5.1.2. Qui són les persones usuàries de l'atenció diürna?	30
5.1.3. Desajust entre perfil i tipus de servei	43
5.2. Resultats esperats dels serveis: de la inserció laboral a l'autodeterminació de les persones usuàries	56
5.2.1. De la capacitat productiva al dret a treballar.....	57
5.2.2. Dels suports laborals als suports integrals per a la vida.....	60
5.2.3. Sense prestacions que complementin: l'atenció diürna com a recurs central	63
5.2.4. De la inclusió social a l'autodeterminació i la qualitat de vida.....	69
5.3. Reflexió final: institucions o suports?	70
6. Anàlisi del funcionament dels serveis d'atenció diürna	73
6.1.1. Planificació i atenció centrades en la persona.....	74
6.1.2. Adaptar l'oferta d'activitats als interessos individuals	79
6.1.3. Atenció basada en la comunitat	84
6.1.4. Transformar la gestió per transformar l'atenció	90
6.1.5. Reflexió final: una transició efectiva requereix un lideratge de l'administració	101
7. Conclusions	103
8. Recomanacions.....	108
9. Referències.....	115

10. Annexos	119
10.1. Annex 1. Teories del canvi dels serveis d'atenció diürna	119
10.2. Annex 2. Llistat d'entitats participants en l'avaluació	125

1. Introducció

La cartera de serveis socials, introduïda per la Llei 12/2007, té com a objectiu estructurar el Sistema de Serveis Socials de Catalunya mitjançant un conjunt de prestacions garantides, assegurant-ne l'accés a la ciutadania. Entre aquestes prestacions s'hi inclouen serveis adreçats a persones amb discapacitat, entre els quals destaquen els serveis d'atenció diürna. Tanmateix, **la cartera no ha estat reformada des de la seva darrera actualització, l'any 2010, mantenint un model d'intervenció que es remunta als anys vuitanta.**

Aquest model es va començar a configurar quan, a escala internacional, l'Organització Mundial de la Salut va introduir per primera vegada el concepte de "persones amb discapacitat", i a l'Estat espanyol es va aprovar la Llei d'integració social de les persones amb discapacitat (LISMI, 1982). El focus d'aquell moment es centrava en el reconeixement de drets i en la integració social a través del treball, amb un paper destacat de les entitats de familiars.

Des de llavors, però, el marc conceptual i normatiu ha evolucionat de manera significativa.

L'any 2006 es va aprovar la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat de les Nacions Unides (CDPD), que ha promogut una transformació progressiva del model cap a una atenció centrada en la persona, basada en els drets i en la inclusió plena a la comunitat. A més, el context social i econòmic també ha experimentat canvis profunds: l'envelliment de la població, l'augment de la diversitat cultural, la transformació de les estructures familiars, l'increment de les desigualtats i la complexitat creixent dels perfils d'atenció. Paral·lelament, el mercat laboral s'ha tornat més competitiu i digitalitzat, dificultant la inserció de les persones amb discapacitat, mentre que l'increment del salari mínim ha posat en qüestió la sostenibilitat dels models de treball protegit.

Aquest conjunt de transformacions ha provocat un **desajust important entre l'oferta actual de serveis que preveu la cartera i les necessitats i expectatives de les persones amb discapacitat, les seves famílies i les entitats que les acompanyen.** En particular, els serveis d'atenció diürna definits en la normativa vigent es perceben com a rígids i poc eficaços per adaptar-se a les necessitats diverses i canviants de les persones usuàries.

En aquest context, l'abril de 2024 el Govern de la Generalitat va obrir un **procés de diàleg amb el sector per reformar la cartera de serveis socials.** En paral·lel, el Departament de Drets Socials i Inclusió, i específicament la Direcció General d'Autonomia Personal i Discapacitat (DGAPID), va encarregar a Ivàlua una **avaluació de la implementació dels serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat** que serveixi per entendre com estan funcionant, si l'atenció que s'hi presta és coherent amb la CDPD i de quina manera es podrien millorar.

Aquest informe dona resposta a aquest encàrrec i té com a finalitat contribuir a la revisió i redefinició dels serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat inclosos a la Cartera de serveis socials. Per tal d'acomplir amb aquests objectius, l'informe s'estructura de la següent manera: primer, s'expliquen els antecedents i el context, que han de permetre entendre l'origen i evolució dels serveis d'atenció diürna emmarcant-los en el context global de l'evolució del paradigma de drets de les persones amb discapacitat. Segon, es descriuen els serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat i quina és la seva cobertura al territori. Tercer, s'exposa la metodologia emprada en l'anàlisi, i quart, es procedeix a explicar els resultats de l'anàlisi, distingint dos blocs: un primer per analitzar la tipologia actual dels serveis, i el segon per estudiar el funcionament propi del dia a dia dels serveis. Finalment, s'extreuen una sèrie de conclusions i recomanacions, que s'espera que serveixin per redissenyar els serveis d'atenció diürna.

2. Antecedents i context

2.1. Origen i breu evolució dels serveis d'atenció diürna

L'origen dels serveis d'atenció diürna actuals es remunta a la dècada dels seixanta, quan, davant la inexistència d'unes polítiques educatives i socials adreçades específicament a potenciar la inclusió de les persones amb discapacitat, les seves famílies —organitzades en associacions— van promoure la creació de les primeres escoles adreçades a infants amb discapacitat. A mesura que es va anar consolidant aquest moviment associatiu i que es va intensificar el clima polític en els darrers anys del franquisme, aquestes entitats van adoptar un paper més reivindicatiu, exigint els drets de les persones amb discapacitat, especialment les de discapacitat física (Mancebo Vilà, 1994).

Durant els anys setanta, **les associacions van crear els primers “tallers” per donar continuïtat a l'atenció de joves un cop acabada l'etapa escolar**. Aquests tallers oferien activitats ocupacionals, lúdiques i de vida diària per a persones adultes amb discapacitat. En absència de regulació, el seu funcionament i nivell de professionalització era molt variable. Així, el 1978 es va fundar la Coordinadora de Tallers per a Minusvàlids Psíquics de Catalunya, que va jugar un paper clau en l'impuls i consolidació d'aquests serveis, promovent la formació de professionals i la col·laboració entre entitats.

Els anys vuitanta van estar marcats pel desplegament normatiu d'aquestes iniciatives, especialment amb l'aprovació de la Llei 13/1982, d'integració social del minusvàlid (l'anomenada LISMI) i l'assignació de competències en l'àmbit social a les comunitats autònomes per al seu desplegament. D'aquesta manera, **els “tallers” es van adaptar al nou marc normatiu i d'intervenció i van donar lloc a tres tipologies de serveis públics: els centres especials de treball, els centres d'atenció especialitzada i els centres ocupacionals**. Conseqüentment, les entitats d'iniciativa social, impulsades per familiars de persones amb discapacitat, esdevingueren gestores de serveis públics, integrant-se dins el Tercer Sector Social i contribuint al desenvolupament de polítiques de benestar (Torrents, 2011). Segons dades de la Taula d'Entitats del Tercer Sector Social, aquestes entitats gestionen actualment vora el 94% dels recursos destinats als serveis d'atenció diürna (Taula d'Entitats del Tercer Sector i Tandem Social, 2019).

2.2. El model social i la Convenció Internacional dels Drets de les persones amb discapacitat: una nova orientació dels suports

En paral·lel, a principis dels anys vuitanta a Anglaterra, el col·lectiu de persones amb discapacitat física va impulsar el **model social de la discapacitat**, que redefineix la discapacitat com una forma d'opressió generada per les barreres socials, més que no pas

com una limitació individual (Lawson i Beckett, 2021). Aquest enfocament posa el focus en els factors externs que discapaciten i permet qüestionar i reformular les normatives existents (Waddington i Priestley, 2021).

Aquest model va quedar recollit en la **Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (en endavant, CDPD)**, aprovada el 13 de desembre de 2006 per l'Assemblea General de les Nacions Unides (ONU, 2006). Així, el model es va convertir en un estàndard internacional de protecció dels drets de les persones amb discapacitat (Bariffi, 2009), reconeixent-les com a subjectes titulars de drets. L'Estat espanyol va ratificar la CDPD i el seu Protocol Facultatiu l'any 2008, i el 2013 va aprovar el Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social (LGDPD)¹, amb l'objectiu d'alinejar la legislació estatal amb la CDPD.

En aquest context, i alineada amb la CDPD, la recerca internacional ha aportat **evidències clares que han contribuït a configurar consensos globals sobre com s'han d'orientar els suports per a les persones amb discapacitat**. En primer lloc, hi ha un acord generalitzat en què **la inclusió social ha de ser l'eix central de les polítiques i actuacions**. Aquesta es fonamenta en la participació plena de les persones amb discapacitat en els entorns educatius, laborals i socials, afavorint l'accés a espais públics, el desenvolupament de rols socials valorats i la creació de xarxes de suport (Simplican et al., 2015). En aquest sentit, l'evidència apunta que la vida a la comunitat millora significativament el benestar personal, el desenvolupament, l'autodeterminació i la participació comunitària de les persones amb discapacitat (Kozma et al., 2009; Walsh et al., 2010). Per tant, es qüestiona el model institucional i l'**atenció basada en la comunitat** esdevé l'element clau per afavorir tant la participació com la inclusió social.

En segon lloc, es promou la **personalització dels suports** —adaptats als interessos, necessitats i desitjos de cada persona— com a element clau per millorar l'autodeterminació, la felicitat i l'autoestima (Garcia Iriarte et al., 2017). Finalment, es reconeix l'**autodeterminació** com una condició essencial per a la inclusió, tot i les barreres encara existents (Callus, 2013; Giné et al., 2015; Pallisera et al., 2021). La recerca mostra una clara relació entre les habilitats d'autodeterminació, els assoliments en la vida adulta i la participació social (Test et al., 2009; Trainor, 2008).

En coherència amb la CDPD, els Estats que haurien d'apuntar cap a una transformació dels serveis adreçats a persones amb discapacitat, promovent la **desinstitucionalització** i l'atenció basada en la comunitat, a partir de suports personalitzats adreçats a facilitar la vida independent, la participació comunitària i la inclusió social. En aquesta direcció, el 2019, el Comitè de l'ONU va fer **recomanacions a Espanya amb relació al compliment de la**

¹ Aprovat mitjançant el Reial Decret Legislatiu 1/2013, del 29 de novembre (BOE-A- 2013-12632).

CDPD, entre les quals deixar de finançar institucions residencials i garantir el dret a l'assistència personal per viure de manera independent. La recent *Estratègia Estatal per a una bona vida en comunitat: un procés de desinstitucionalització*, adreçada entre altres col·lectius a les persones amb discapacitat (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024) recull aquests plantejaments amb l'objectiu de transformar profundament els sistemes d'atenció a les persones discapacitades, entre altres, orientant-se a la promoció d'experiències que puguin generar evidències basades en la comunitat per orientar les polítiques públiques. El Pacte Nacional pels drets de les persones amb discapacitat publicat pel Departament de Drets Socials i Inclusió de la Generalitat el maig de 2025 també apunta que cal avançar aquesta direcció.

2.3. La Cartera de Serveis Socials de Catalunya

No és fins al 2023 que el Departament de Drets Socials i Inclusió impulsa un procés de revisió prèvia al nou Projecte de decret de la Cartera de serveis socials de Catalunya 2025–2029, amb l'objectiu d'adequar les prestacions garantides i els serveis disponibles per a la ciutadania als canvis socials i demogràfics, així com incorporar els avenços en el reconeixement dels drets de les persones amb discapacitat recollits en la CDPD que s'han produït durant aquest període.

La Llei 12/2007 de l'11 d'octubre, de Serveis Socials, és la norma marc del sistema públic de serveis socials a Catalunya. Aquesta llei té com a finalitat promoure l'autonomia personal i garantir una atenció integral i personalitzada. En el marc d'aquesta, el Decret 151/2008 va aprovar **la primera Cartera de serveis socials**, que garanteix l'accés a prestacions de la Xarxa Pública en àmbits diversos. La segona i **actual cartera** (Decret 142/2010) **es va aprovar l'any 2010**, i des d'aleshores no ha estat modificada.

La **Cartera de serveis socials** inclou prestacions de tipus servei, econòmiques i tecnològiques que ofereix el sistema públic. Està adreçada a persones que necessiten una atenció especial, com ara les que presenten una situació de dependència o discapacitat, les afectades per drogodependències o altres addiccions, joves en situació de violència o delinqüència, persones sotmeses a mesures d'execució penal, així com col·lectius en situació de vulnerabilitat, risc o dificultat social, com la gent gran, la infància i l'adolescència, les persones en situació d'exclusió o urgència social i les víctimes de violència masclista, de discriminació o de pobresa.

La Cartera és una eina essencial per estructurar i ordenar el sistema públic de serveis socials, ja que assegura un mínim comú de prestacions al qual poden accedir totes les persones en situació de necessitat. D'aquesta manera, garanteix unes condicions bàsiques d'atenció i de qualitat arreu del territori. Per a cada prestació determina si és garantida o no, a qui va destinada, el tipus d'equipament o d'equip professional necessari, els perfils i

ràtios dels professionals, els estàndards mínims de qualitat exigits, així com els costos econòmics i el sistema de finançament corresponent.

Dins d'aquest conjunt de serveis, el present estudi se centra en l'anàlisi dels **serveis d'atenció diürna** per als tres col·lectius de persones amb discapacitat que contempla: serveis prelaborals per persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental², i centres de dia d'atenció especialitzada, centres de dia de teràpia ocupacional i centres de dia ocupacionals d'inserció per persones tant amb discapacitat intel·lectual, com amb discapacitat física.

3. Serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat

Segons dades de l'Idescat, a Catalunya, l'any 2024, 720.266 persones (el 9% de la població) tenia algun tipus de discapacitat reconeguda. D'entre aquestes, una mica més de la meitat tenien una discapacitat física, un 19% una malaltia mental, vora el 10% una discapacitat sensorial (visual o auditiva), **el 13% (concretament 91.623 persones) una discapacitat intel·lectual i el 2% una pluridiscapacitat (física i intel·lectual). El mateix any, 10.701 d'aquestes persones eren usuàries dels serveis d'atenció diürna** per a persones amb discapacitat³.

3.1. Què són els serveis d'atenció diürna?

Els serveis d'atenció diürna són **serveis socials especialitzats** adreçats a persones amb discapacitat, reconeguts a la Cartera de serveis socials de Catalunya. Concretament, la Cartera⁴ distingeix quatre tipus de serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat intel·lectual i quatre per a persones amb discapacitat física:

- Servei de Centre de dia d'Atenció Especialitzada (CAE)
- Servei de Teràpia Ocupacional amb Auxiliar (STOA)
- Servei de Teràpia Ocupacional (STO)
- Servei Ocupacional d'Inserció (SOI)

² Els serveis prelaborals per persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental queden fora de l'objecte de l'avaluació pel fet d'adreçar-se a una població amb unes altres característiques.

³ Per manca de dades, no s'ha pogut calcular la taxa de cobertura sobre la població diana que atén els serveis d'atenció diürna per tipus de discapacitat reconeguda.

⁴ La Cartera també inclou com atenció diürna el servei prelaboral per a persones amb problemes de salut mental, però com s'ha mencionat abans aquest queden fora de l'objecte de l'avaluació.

La Taula 1 a continuació identifica les principals característiques d'aquests quatre tipus de servei amb base a la informació que proporcionen les **fitxes** que constitueixen la Cartera i la Resolució DSO/2883/2021⁵, i l'Annex 1 recull les teories del canvi de tots quatre, proporcionant força més detall sobre els resultats que persegueixen cadascun i de quina manera pretenen assolir-los.

⁵ La RESOLUCIÓ DSO/2883/2021, de 16 de setembre, regula les condicions d'execució i els criteris d'assignació per als serveis d'atenció diürna ocupacional per a persones amb discapacitat intel·lectual o física, entre d'altres qüestions.

Taula 1: Característiques dels serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat

Servei	Població usuària	Tipologia de servei	Temporalitat	Objectiu	Principal resultat esperat	Ràtio professionals /usuàries	Finançament (2025)
Servei Ocupacional d'Inserció (SOI)	Persones amb discapacitat que tenen capacitat productiva adequada per integrar-se en un CET però no ho estan.	Servei ocupacional	Inicialment 3 anys, actualment no especificada	Potenciar i conservar les capacitats laborals.	Integració laboral (mercat ordinari o protegit).	1/14	483,6€
Servei de Teràpia Ocupacional (STO)	Persones amb discapacitat que, de manera temporal o permanent no tenen capacitat productiva.	Servei ocupacional	Indefinida	Potenciar i mantenir les capacitats necessàries per la integració social i laboral, si s'escau.	Integració social.	1/8	669,91€
Servei de Teràpia Ocupacional amb Auxiliar (STOA)	Persones amb perfil STO que requereixen intensitats més altes en l'atenció.	Servei ocupacional	Indefinida	Potenciar i mantenir les capacitats necessàries per la integració social i laboral, si s'escau.	Integració social.	1/4	891,88€
Servei de Centre de dia d'Atenció Especialitzada (CAE)	Persones amb greus discapacitats.	Centre de dia	Indefinida	Assolir la màxima autonomia personal i integració social possibles.	Manteniment en el domicili.	1/6	1.141,29€

Font: Cartera de serveis socials i Resolució DSO/2883/2021, Departament de Drets Socials i Inclusió (2025)

Com a característica comuna a tots els serveis, aquests funcionen habitualment en horari de 9h a 17h, de dilluns a divendres. En termes de perfil, és important tenir en compte que als serveis d'atenció diürna hi poden accedir totes les persones que tinguin:

- residència legal en un municipi de Catalunya;
- entre 16 i 65 anys en el moment d'accés;
- un **grau de discapacitat reconegut igual o superior al 33%**⁶;
- que disposin també de resolució de dependència (encara que la resolució sigui de no dependència).

Les persones que aconsegueixin aquests requisits podran realitzar el Dictamen d'orientació de l'Equip de Valoració i Orientació (EVO) del Centre d'Atenció a Persones amb Discapacitat (CAD), que **determina la tipologia de servei més adient** a les necessitats de suport de les persones interessades. És a dir, el dictamen assigna a la persona a un tipus o altre de servei.

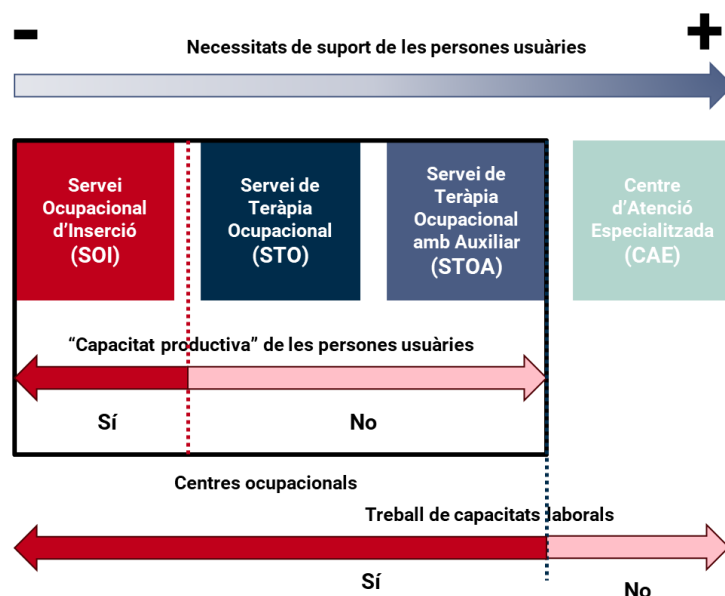
En aquest sentit, és important tenir en compte que, si bé la Cartera no és massa explícita al respecte, darrera la tipologia de serveis es pot identificar:

- una **relació entre el tipus de servei i les necessitats de suport de la població diana** (de menys a més necessitats de suport entre SOI, STO, STOA i CAE);
- una **relació entre el tipus de servei, la "capacitat productiva" de la població diana i el resultat esperat del servei**, de manera que per a les persones usuàries dels centres ocupacionals (SOI, STO i STOA) es contempla el treball de capacitats laborals però per a les persones usuàries de CAE no, i entre les primeres es distingeix entre aquelles que tenen una "capacitat productiva adequada" per integrar-se en un CET (usuàries de SOI) i les que no (usuàries d'STO i STOA).

La Figura 1 a continuació categoritza els tipus de serveis d'atenció diürna d'acord amb aquestes dues dimensions.

⁶ El reconeixement del grau de discapacitat (formalitzat en un certificat que s'obté seguint un procediment administratiu d'acreditació) és indispensable perquè la persona es pugui beneficiar de les ajudes, prestacions, serveis i descomptes fiscals als quals té dret. El grau de discapacitat s'agrupa en tres nivells: entre el 33 i el 64%, entre el 65 i el 74% i igual o més d'un 75% (Fitó i Rovira, 2022).

Figura 1. Tipus de serveis d'atenció diürna segons la seva població diana



Font: Elaboració pròpia.

3.2. Cobertura dels serveis d'atenció diürna

L'any 2025 els serveis d'atenció diürna compten amb **10.886 persones usuàries**. Ara bé, per estimar la cobertura és important posar aquesta xifra en relació amb el total de població diana. En aquest sentit, la Taula 2, planteja una aproximació d'aquesta població diana, com a conseqüència de la **impossibilitat de calcular la població diana real d'aquest recurs, degut a la manca de dades disponibles**. A partir de la informació existent, la població diana utilitzada en els càlculs correspon a les persones amb grau de discapacitat superior al 65% valorades amb grau de dependència, en la franja d'edat de 20 a 65 anys. Tanmateix, la població diana real d'aquest servei hauria d'incloure persones amb un grau de discapacitat superior al 33%, de més de 16 anys, amb residència legal en un municipi de Catalunya i amb resolució de grau de dependència, encara que sigui no grau.

El fet de no poder calcular amb precisió la població diana representa una limitació rellevant, ja que la seva quantificació no només és imprescindible per dissenyar adequadament una política, sinó també per determinar-ne l'abast i els resultats. Cal aquesta informació per poder valorar si s'està arribant a la població prevista, identificar si algú n'està quedant exclòs i valorar la necessitat d'incorporar nous mecanismes per garantir i millorar la cobertura. Per tant, és un element bàsic per a la planificació estratègica i l'avaluació de l'eficàcia de les polítiques públiques.

Amb la idea d'aproximar al màxim aquest càlcul, la Taula 2 inclou dues columnes de persones usuàries: les totals i les que aconsegueixen amb les restriccions d'edat i grau de

discapacitat esmentades (que són 9.820 i per tant un 90% del total). Addicionalment, les dades evidencien diferències importants de cobertura a nivell territorial, amb taxes de quasi bé un quart de la població diana a Ponent i a les Comarques Centrals, respecte cobertures d'entre el 14 % i el 15,6% a l'Àmbit Metropolità de Barcelona, Camp de Tarragona, Penedès i Terres de l'Ebre.

Taula 2. Cobertura del servei d'atenció diürna (2025)

Àmbit territorial	Població total entre 20 i 65 anys ⁷	Persones usuàries	Usuàries entre 20 i 65 anys	Taxa cobertura	Places (RESES)	Places per 100 habitants
Àmbit Metropolità de Barcelona	37.341	6.305	5.829	15,61%	8.354	22.37%
Comarques Gironines	6.116	1.179	1.040	17,00%	1.712	27.99%
Camp de Tarragona	5.039	746	715	14,19%	1.059	21.02%
Terres de l'Ebre	1.877	304	284	15,13%	456	24.29%
Ponent	2.911	903	716	24,60%	1.678	57.64%
Comarques Centrals	2.520	758	621	24,64%	1.091	43.29%
Alt Pirineu i Aran	371	81	69	18,60%	142	38.27%
Penedès	3.799	610	546	14,37%	817	21.51%
TOTAL	59.974	10.886	9.820	16,37%	15.309	25.53%

Font: Mapa de serveis socials, dades pròpies del Departament de Drets Socials i Inclusió, i RESES (2025)

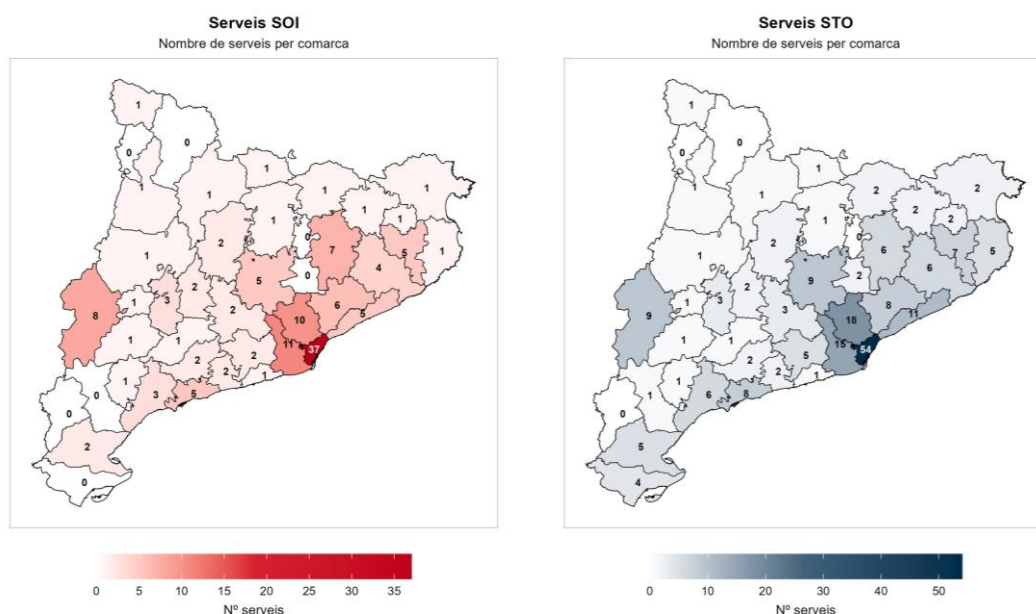
La taula també recull el nombre de places disponibles segons el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials (RESES): un total de 15.309 places l'any 2025, repartides proporcionalment segons el volum de població per àmbit territorial. Tanmateix, la columna de places per cada 100 potencials persones usuàries confirma les desigualtats que s'intueixen amb la taxa de cobertura. Amb una mitjana catalana de 25,53%, la forquilla oscil·la entre poc més d'un 20% als territoris més poblats fins quasi un 60% a Ponent.

Els mapes a continuació recullen el nombre de centres disponibles per cada tipus de servei i territori i permeten aprofundir en aquesta realitat heterogènia a nivell territorial. Per a tots els tipus de servei es detecta una elevada concentració a l'Àrea Metropolitana de Barcelona i a les comarques més poblades de l'arc prelitoral; una oferta que segurament respon a una major demanda. Tanmateix, a mesura que ens allunyem de l'Àrea Metropolitana, el volum de centres disminueix de manera notable. Diverses comarques de l'interior o del litoral

⁷ Població total entre 20 i 65 anys, amb valoració de dependència i grau de discapacitat igual o superior al 65%.

meridional no presenten cap servei o només un centre acreditat de SOI o d'STO, una realitat que encara s'accentua molt més en el cas dels CAE i que probablement està darrera de taxes de cobertura més baixes en aquests territoris. L'absència de serveis d'atenció diürna (siguin del tipus que siguin) en alguns territoris és realment greu perquè obliga les persones amb discapacitat a desplaçar-se a altres comarques per accedir a un recurs públic.

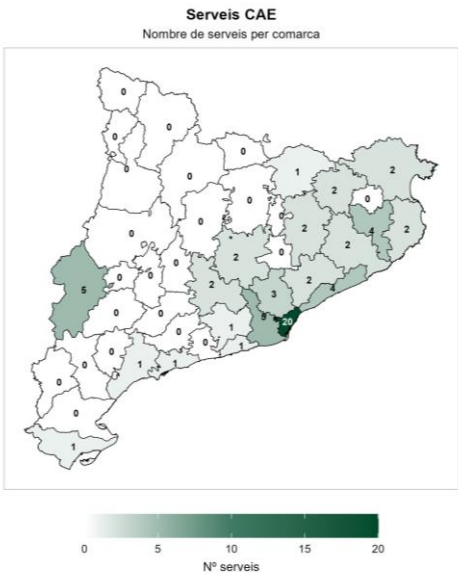
Figures 2 i 3. Distribució territorial dels centres RESES de SOI i STO (2025)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del RESES (2025)

El mapa relatiu als CAE posa de manifest un patró de distribució encara més concentrat, que evidencia una manca important d'oferta d'aquest tipus de serveis, que —tot i ser un servei públic— està present només en un nombre molt reduït de comarques, que exclouen tota la Catalunya rural.

Figura 4. Distribució territorial dels centres RESES de CAE (2025)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del RESES (2025)

La Taula 3 permet aprofundir sobre la distribució de places segons tipologia de servei, distingint entre centres ocupacionals i centres d’atenció especialitzada. De cares a l’avaluació és important tenir en compte que, mentre **el 87% de les places disponibles de centre ocupacional estan assignades a serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual**, la proporció en el cas dels CAE —entre places assignades a serveis per a persones amb discapacitat física i intel·lectual— és molt més equilibrada, si bé en total les places d’atenció especialitzada no representen ni un 10% del total.

Taula 3. Nombre de places dels Serveis d’Atenció Diürna segons tipologia (2025)

Tipus de servei	Servei	Tipologia de discapacitat	Places 2025	Percentatge
Ocupacionals	Servei Ocupacional d’Inserció (SOI) Servei de Teràpia Ocupacional (STO) Servei de Teràpia Ocupacional amb Auxiliar (STOA)	Intel·lectual	13.298	86,9%
		Física	680	4,4%
Atenció especialitzada	Servei d’Atenció Especialitzada (CAE)	Intel·lectual	923	6,0%
		Física	408	2,7%

Font: Elaboració pròpia mitjançant dades del RESES (2025)

La Taula 4 permet comparar les places dels RESES amb les persones que, a gener de 2025, estan sent ateses als centres d'atenció diürna per servei. Les dades mostren que, del gairebé 92% de places dels RESES ocupacionals, un 73% corresponen a persones usuàries dels serveis STO i STOA (47% i 26%, respectivament), mentre que un 20% corresponen als SOL. Això indica que la major part de persones ateses en aquests serveis es concentren als RESES STO. Finalment, els CAE representen la proporció més baixa, amb un 7% del total de persones usuàries.

Taula 4. Nombre de persones usuàries dels Serveis d'Atenció Diürna segons servei (2025)

Servei	Nombre de persones usuàries (2025)	% respecte al total de persones usuàries
Servei Ocupacional d'Inserció (SOL)	2.169	19,92%
Servei de Teràpia Ocupacional (STO)	5.116	47,00%
Servei de Teràpia Ocupacional amb Auxiliar (STOA)	2.859	26,26%
Servei d'Atenció Especialitzada (CAE)	742	6,82%

Font: Elaboració pròpia mitjançant dades del DSI (2025)

4. Metodologia

Aquesta avaluació de la implementació cerca **respondre dues grans preguntes**, que donen lloc als dos grans apartats analítics de l'informe (apartats 5 i 6). Mentre que l'apartat 5 se centra en la tipologia de serveis d'atenció diürna, el 6 s'enfoca en el seu funcionament, amb especial èmfasi en el model d'atenció. Més concretament, les preguntes a les quals l'avaluació mira de donar resposta són les següents:

- L'actual **divisió de tipus de serveis** d'atenció diürna, basada en el perfil i la capacitat productiva de les persones usuàries, és coherent amb la promoció dels drets de les persones amb discapacitat?
- El **model d'atenció** actual és coherent amb la promoció dels drets de les persones amb discapacitat? Les propostes plantejades pels serveis experimentals milloren l'exercici d'aquests drets? De quina manera?

Per tal de respondre-les s'han emprat, principalment, tècniques qualitatives, però una part de l'anàlisi s'ha triangulat també amb dades de la població usuària dels serveis d'atenció diürna. A continuació es proporciona més detall sobre aquestes anàlisis.

4.1. Anàlisi qualitativa

L'anàlisi qualitativa ha tingut com a objectiu comprendre el funcionament dels serveis d'atenció diürna a partir de la mirada dels principals agents implicats. Per fer-ho, s'han

combinat **fontes secundàries** —com documentació tècnica i literatura acadèmica i gris— amb un **treball de camp** basat en diverses tècniques qualitatives, desenvolupat entre novembre de 2024 i abril de 2025. Aquest enfocament s’ha considerat especialment adequat per captar l’experiència concreta dels diferents agents implicats en el desplegament dels serveis i analitzar com s’interpreten i viuen els serveis més enllà dels marcs normatius i les dades administratives.

Aquest treball de camp ha inclòs **tallers exploratoris, grups de discussió, entrevistes i observació participant**. Els tallers han servit per analitzar el disseny dels serveis SOI, STO, STOA i CAE, així com per identificar de manera preliminar les seves limitacions i disfuncions acumulades després de dècades d’implementació. Aquesta primera aproximació ha permès orientar el focus del treball de camp i identificar els àmbits clau d’anàlisi de l’avaluació de la implementació.

A partir d’aquí, s’han organitzat grups de discussió amb **equips directius i professionals de diverses entitats prestadores** de serveis d’atenció diürna, així com amb **familiars** de persones usuàries, i s’ha completat amb observació participant en quatre entitats, durant la qual s’han **entrevistat persones usuàries**. Les entitats han estat seleccionades cercant, d’una banda, l’heterogeneïtat territorial i diversitat en la mida dels municipis, i de l’altra, assegurant comptar amb entitats prestadores dels 4 tipus de serveis d’atenció diürna, així com de serveis experimentals. Aquest plantejament ha permès recollir una pluralitat de veus i experiències que aporten una comprensió més rica i contextualitzada del funcionament dels serveis. La Taula 5 detalla el perfil i nombre de persones participants en els tallers exploratoris, grups de discussió, observació participant i entrevistes, i l’Annex 2 recull el llistat d’entitats que han participat com a informants en l’avaluació.

Taula 5. Treball de camp per a l’anàlisi qualitativa

Tècnica de recollida d’informació	Perfil de les persones participants	Nombre de participants
Taller exploratori 1 — servei experimental	Equip directiu d’una entitat prestadora de serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual	2
Taller exploratori 2 — servei experimental	Equip directiu d’una entitat prestadora de serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual	2
Taller exploratori 3 — serveis de cartera	Equips directius d’entitats prestadores de serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual	6
Taller exploratori 4 — servei experimental	Equip directiu d’una entitat prestadora de serveis per a persones amb discapacitat física	2
Taller exploratori 5 — serveis de cartera	Equip directiu d’una entitat prestadora de serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual	4
Grup de discussió amb serveis experimentals	Equips directius d’entitats prestadores de serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual	4

Tècnica de recollida d'informació	Perfil de les persones participants	Nombre de participants
Grup de discussió amb serveis de cartera	Equips directius d'entitats prestadores de serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual	5
Grups de discussió amb professionals atenció directa	Equip d'atenció directa d'entitats prestadores de serveis per a persones amb discapacitat	8
Grups de discussió amb familiars 1	Familiars de persones usuàries dels serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat intel·lectual	4
Grups de discussió amb familiars 2	Familiars de persones usuàries dels serveis d'atenció diürna per a persones amb discapacitat intel·lectual	2
Observació participant i entrevistes a persones usuàries	Entitats prestadores de serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual	13 persones (de 4 entitats)

Font: Elaboració pròpia.

És important tenir en compte que el treball de camp no ha pogut incloure la perspectiva institucional. No ha estat possible comptar amb l'aportació de la unitat responsable del desplegament dels serveis, la qual cosa es considera una limitació metodològica de l'avaluació.

En el treball de camp —a través dels grups de discussió, els tallers i les entrevistes— han emergit diferències vinculades a diversos eixos de desigualtat més enllà de la discapacitat, com ara el gènere, el cicle de vida, la situació administrativa, la classe social o el territori. En aquest sentit, s'ha incorporat una **aplicació descriptiva de la interseccionalitat**, tot considerant que la discapacitat s'entrecrua amb altres formes de desigualtat i visibilitzant-ho en la presentació dels resultats quan ha estat pertinent. Aquesta aproximació, però, presenta limitacions, ja que no permet analitzar les causes estructurals que generen desigualtats quan la discapacitat interactua amb altres eixos d'exclusió.

4.2. Anàlisi quantitativa

L'anàlisi quantitativa ha tingut com a objectiu **complementar i contrastar els discursos de l'anàlisi qualitativa**, sempre que la disponibilitat de dades ho ha permès. Per fer-ho, s'ha treballat amb diverses bases de dades administratives, que han proporcionat informació rellevant per descriure i analitzar la situació actual de les persones amb discapacitat usuàries dels serveis d'atenció diürna. Les bases de dades utilitzades han estat les següents:

- Dades poblacionals de persones amb discapacitat a Catalunya (dades d'IDESCAT): inclou informació general sobre l'edat, sexe, tipologia, grau de discapacitat reconeguda i distribució territorial de la població amb discapacitat.
- Base de dades de perfilat de persones usuàries dels serveis de l'atenció diürna (dades a 30 de gener de 2025): recull informació sociodemogràfica de les persones

usuàries (edat, gènere, grau i tipus de discapacitat, etc.), així com dels serveis que les atenen (tipus de servei, centre de referència i altres variables d'interès).

- Dades dels serveis de dependència (actualitzades a final de febrer de 2025) creuades amb les dades de perfilat de persones usuàries.
- Dades històriques de transicions entre serveis detenció diürna i serveis residencials (llar residència i residència per a persones amb discapacitat), corresponents al període comprès entre 2010 i març de 2025. Aquesta base inclou informació sobre les altes i baixes als serveis, així com les característiques sociodemogràfiques de les persones.

Si bé la naturalesa d'algunes d'aquestes bases de dades ha suposat algunes limitacions en la profunditat i qualitat de les anàlisis, la seva explotació ha permès obtenir informació rellevant sobre:

1. **Cobertura** de població amb discapacitat atesa en serveis d'atenció diürna, amb relació al total de població amb discapacitat.
2. **Perfil** de les persones actualment ateses **en els diferents serveis d'atenció diürna** (SOI, STO, STOA i CAE) identificant les seves principals característiques demogràfiques per servei, amb l'objectiu de comprendre millor la població atesa i detectar diferències i similituds entre serveis.
3. **Entrades i sortides** dels serveis d'atenció diürna (parcialment per manca de dades), desagregades per edat d'entrada i gènere, per tal d'identificar moments clau de canvi dins del sistema.
4. **Transicions entre serveis** d'atenció diürna, observant els patrons de mobilitat entre recursos, el caràcter estàtic o flexible del sistema, i els possibles itineraris seguits dins del sistema en els últims anys.
5. **Complementarietat entre serveis d'atenció diürna i altres recursos de suport** (parcialment per manca de dades), com els serveis de dependència o residencials, per identificar possibles mancances en la cobertura de necessitats addicionals, més enllà dels serveis d'atenció diürna.

Finalment, les dades quantitatives s'han interpretat amb una orientació analítica que va més enllà de la simple descripció, triangulant-se amb la informació qualitativa per tal de contrastar els discursos de les persones informants, i obtenir una millor comprensió del funcionament dels serveis.

4.3. Limitacions metodològiques

Pel que fa a l'anàlisi qualitativa:

- La selecció de la mostra d'entitats i serveis participants ha estat intencionada, i s'ha orientat principalment cap a experiències vinculades a serveis de caràcter més innovador o experimental. Aquesta elecció respon a la voluntat d'identificar pràctiques emergents en el marc d'un possible canvi de model dels serveis d'atenció diürna. Tanmateix, això ha implicat **deixar fora serveis més tradicionals**, que també formen part de la realitat del sistema, fet que pot limitar la representativitat dels resultats obtinguts.
- El treball de camp previst inicialment contemplava una **major participació de familiars**, així com la realització de, com a mínim, una entrevista a **càrrecs polítics del Departament de Drets Socials i Inclusió**. Tanmateix, per raons diverses la representativitat d'aquests agents s'ha vist limitada.
- Tot i que alguns eixos de desigualtat han emergit de manera espontània en els relats recollits, la metodologia va ser inicialment concebuda perquè l'anàlisi **comptés amb perspectiva de gènere però no interseccional**. En conseqüència, no s'ha pogut captar de manera sistemàtica com es creuen diferents eixos de desigualtat (com el gènere, el cicle de vida, el territori, la situació administrativa o la classe social), la qual cosa pot haver invisibilitzat algunes experiències o condicions específiques dins dels col·lectius participants.

Pel que fa a l'anàlisi quantitativa:

L'anàlisi quantitativa duta a terme ha estat condicionada per diverses limitacions en les dades disponibles. A continuació es detallen els principals condicionants que cal tenir en compte en la interpretació dels resultats:

- **Qualitat de les dades limitada.** Les dades tenen un caràcter informatiu, és a dir, depenen en gran mesura de la informació que comuniquen les entitats proveïdores sobre les persones usuàries (baixes, canvis de centre, transicions, etc.). Aquest factor pot generar registres desactualitzats si no es notifiquen els canvis. A més, poden contenir errors puntuals derivats de l'entrada manual de registres, com ara en les dates de naixement o d'ingrés, ja que no existeixen mecanismes sistemàtics de detecció d'incidències.
- **Absència de certes dades.** El fet de no haver accedit a certes dades complementàries (com les de serveis residencials, transicions al CET, les dades de panell de les persones ateses en atenció diürna o la informació desagregada sobre la cobertura de les persones amb discapacitat) perquè inicialment no van formar part de l'encàrrec de tractament ha impedit aprofundir en algunes anàlisis.

- **Manca d'interoperabilitat entre sistemes de recollida d'informació.** La desconexió entre sistemes, com per exemple la base de dades de perfilat de les persones usuàries de l'atenció diürna i els serveis de dependència, dificulta els creuaments i genera incoherències entre registres.
- **Canvis en la categorització de variables.** La recategorització periòdica de determinades variables, com per exemple dels serveis residencials o la tipologia de discapacitat, fa que segons el moment de registre les dades es presentin amb nivells de desagregació diferents, dificultant la comparabilitat consistent al llarg del temps.

5. Tipus de serveis d'atenció diürna

Aquest apartat cerca **analitzar si l'actual tipologia de serveis d'atenció diürna és coherent amb l'esperit de la CDPD**. Per aquesta raó, abans d'entrar pròpiament en l'anàlisi és important, primer, recordar que la tipologia actual pràcticament no ha variat des del seu origen, a finals dels anys 80. I segon, entendre la lògica que hi ha darrera la tipologia de serveis actualment vigent.

Com s'ha explicat al Capítol 3, hi ha tres elements que estructurin la classificació de serveis d'atenció diürna: (1) el tipus de discapacitat, física o intel·lectual; (2) les necessitats de suport de les persones usuàries; i (3) la seva ocupabilitat. És a dir, **darrera la tipologia de serveis d'atenció diürna hi ha** (o hi havia en el moment en què es van crear) **una lògica de perfilat de la població**. Com il·lustra la Figura 5, les tipologies SOI, STO, STOA i CAE construeixen una escala de menor a major necessitat de suport de la seva població usuària. Al mateix temps, a aquesta dimensió (molt lligada al grau de discapacitat i de dependència) se li afegeix una classificació segons si es considera que la persona usuària té "capacitat productiva" per arribar a treballar en un CET o no. En cas afirmatiu la persona és valorada de SOI; si es considera que no té capacitat productiva és valorada de STO o de STOA segons les seves necessitats de suport. En tot cas, aquests tipus de serveis (SOI, STO i STOA) configuren el que s'anomena centres ocupacionals, la qual cosa significa que dediquen una part important del temps i els esforços al treball de capacitats laborals, a diferència dels CAE, on assisteixen les persones amb més necessitats de suport que no treballen la dimensió laboral. Aquesta lògica es duplica, tant per persones amb discapacitat física com per persones amb discapacitat intel·lectual.

Figura 5. Tipologia de serveis d'atenció diürna



Font: Elaboració pròpia.

És important tenir aquest punt de partida en ment perquè les entitats prestadores insisteixen que **la tipologia de serveis es va pensar en un moment molt diferent “quant al reconeixement de drets de les persones amb discapacitat” (T_3)**. En altres paraules, i com ja s’ha explicat a l’apartat d’Antecedents, el model que hi ha darrera la tipologia de serveis és anterior a la CDPD. Aquest canvi de paradigma té implicacions importants en termes de model d’intervenció (que s’abordaran a l’apartat 6), però també afecta la pertinença de la tipologia de serveis, com s’explica a continuació.

Per aprofundir sobre aquesta qüestió el capítol s’estructura en tres grans blocs: el primer, s’enfoca en analitzar qui són les persones usuàries de cada tipus de servei per tal de valorar l’encaix entre població diana i població usuària, i identificar si s’acompleix i resulta adequada la lògica de necessitats de suport creixents (entre SOI, STO, STOA i CAE). El segon, posa el focus en els resultats esperats d’aquests 4 serveis per qüestionar —a partir del marc de la CDPD— la categorització de les persones usuàries en funció de la seva capacitat productiva. I el tercer, posa en relació els dos apartats anteriors per valorar-ne les implicacions de cara a la Cartera de serveis.

5.1. Idoneïtat dels serveis: tipus de servei segons necessitats de suport

Per començar a analitzar la tipologia de serveis es posa el focus en la lògica de necessitats de suport que hi ha al darrera, per tal de valorar la seva coherència amb l’enfocament de drets i analitzar **si la població usuària de cadascun dels serveis d’atenció diürna es correspon amb la població diana**; és a dir, qui són —a dia d’avui— les persones usuàries dels Serveis Ocupacionals d’Inserció (SOI), dels Serveis de Teràpia Ocupacional (STO), sense i amb auxiliar (STOA) i dels Centres d’Atenció Especialitzada (CAE), i si es corresponen amb el que preveu la Cartera de Serveis Socials.

Ara bé, per entendre qui arriba a cada servei, primer és important identificar des d’on arriben; és a dir, quin recorregut han fet (o no) pel sistema de serveis públics les persones usuàries abans d’arribar a l’atenció diürna. Perquè aquest recorregut marcarà les seves expectatives, i en molts casos les de les seves famílies.

5.1.1. Entrada als serveis d’atenció diürna

Conèixer des de quins serveis previs arriben les persones usuàries als serveis d’atenció diürna és rellevant perquè influeix en la disposició i les expectatives amb les quals les persones usuàries i les seves famílies arriben al servei, en la seva manera d’entendre la discapacitat i en les seves experiències vitals anteriors. En termes generals, **s’identifiquen cinc maneres o itineraris d’entrada a l’atenció diürna**:

1. La més habitual —especialment per les persones valorades com a STO, STOA i CAE— és arribar-hi **des de l'escola d'educació especial**. En aquest cas les transicions acostumen a estar ben planificades i organitzades i a resultar relativament fàcils per les famílies. Un aspecte molt important en aquest sentit, és que les persones usuàries ja *“surten de l'escola amb la valoració de l'EVO laboral feta” (T_1)*, de manera que l'accés a l'atenció diürna no requereix la realització de cap tràmit burocràtic per part de les seves famílies. L'únic aspecte que s'identifica com a problemàtic —com s'abordarà més endavant— és que l'escola d'educació especial cobreix una sèrie de serveis (principalment el transport, la logopèdia, la fisioteràpia...) que a l'atenció diürna passen a ser de pagament, la qual representa una pèrdua de drets per les persones usuàries i les seves famílies.

[D'acord amb la percepció de les professionals], “per aquestes persones no hi ha un patiment emocional, ni per part de la persona ni per part de la família. És com bastant acompanyat. I amb el protocol d'escola del Departament, aquest protocol que acompanya les persones quan acaben l'escola i fan una preinscripció per l'ocupacional, aquí està endreçat” (GD_E2).

[D'acord amb la percepció de les famílies], “el fet de sortir de quart d'ESO i fer el traspàs cap a [nom entitat]. (...) Jo no vaig haver de fer res. (...) Va ser molt fàcil, això” (GD_F2).

2. Cada vegada hi ha més persones usuàries dels Serveis Ocupacionals —valorades tant de SOI com d'STO— que **arriben des de l'escola ordinària**. D'acord amb el relat de les persones informants, aquesta realitat ha suposat un canvi important pels serveis per diverses raons. La primera és que moltes d'aquestes persones usuàries **arriben als serveis d'atenció diürna sense haver realitzat els tràmits necessaris** (el reconeixement de la discapacitat, de la dependència i la valoració de la capacitat productiva, l'anomenat EVO laboral). Aquesta situació qüestiona l'acompanyament que es realitza des de les escoles (per tant competència del Departament d'Educació i Formació Professional) a les famílies d'infants i joves amb discapacitat, tant pel que fa als tràmits administratius a realitzar, com al coneixement dels recursos existents en el seu territori.

“Ens venen i no han tramitat l'EVO. I llavors dius, escolta, és que us hauríeu de tramitar tot això, i els ajudes en tot aquest procés de tramitació que ningú no els hi ha fet. I no és normal que una persona amb 25 anys que després la valorin sol, dius, ostres, com pot ser que ningú no li hagi ajudat abans aquesta família?” (GD_E2).

La segona és que la majoria d'aquestes persones que acaben sent usuàries de l'atenció diürna no hi arriben de manera directa, des de l'escola ordinària, sinó

després de donar moltes voltes pel sistema (fonamentalment pels recursos de formació i inserció laboral), amb les conseqüències que això comporta per les persones i per les seves famílies.

“Moltes vegades les persones que venen a l'Ocupacional han sigut com el fracàs del sistema. Moltes vegades persones que no han pogut accedir [a altres serveis], que van intentar anar a l'escola, que van intentar anar al treball, i llavors és com que tu has de reconstruir la persona i la família. Dir-los “no has pogut fer això però en canvi tens unes altres capacitats”” (GD_E2).

Això es deu fonamentalment a la **manca de dispositius de suport per a joves amb discapacitat en el sistema educatiu no obligatori**. D'acord amb el relat de les professionals entrevistades, el sistema considera que *“aquestes persones no tenen dret a un servei d'atenció diürna, sinó que pel seu perfil personal podrien acabar trobant feina només amb recursos de formació”* (GD_P). Tanmateix, aquests recursos no formen part de la cartera de serveis socials, de manera que el jovent i les seves famílies s'enfronten a un catàleg de serveis formatius i itineraris d'inserció pel qual els costa moure's i sovint senten que no acaben d'encaixar.

En molts casos passen primer per un cicle de formació professional o un Programa de Formació i Inserció (PFI), després realitzen diversos cursos formatius de curta durada i/o pràctiques en el marc de nombrosos itineraris d'inserció (alguns d'ells promoguts per les mateixes entitats que presten serveis d'atenció diürna que han posat en marxa serveis específics de formació i orientació laboral per aquest perfil de persones joves), però com que no se n'acaben de sortir van *“acumulant frustració. Llavors apareixen conductes desadaptades, que pot ser que es facin grans perquè aquella persona comença a minvar la seva autoestima”* (GD_E2). Cal tenir en compte que al llarg d'aquest recorregut —que recordem, inicia a l'escola ordinària— a aquestes persones *“se'ls han generat unes expectatives (...) però quan no hi poden arribar (...) costa molt reconèixer que han d'entrar cap al món de la discapacitat”* (GD_P). D'aquesta manera, no només acaben **arribant a l'atenció diürna entenent-la com l'últim recurs** —i per tant sovint el menys desitjable— sinó que ho fan amb un desgast emocional molt gran.

“Com vincles amb una entitat quan t'han dit que som l'última opció?” (GD_E2).

“I et ve una família i diu, fa dos anys que tinc el fill a casa i al final l'han valorat SOI. I dius, ole tu, ole. I llavors agafes aquest noi SOI, que no vol estar al SOI, que vol treballar i remunta'l emocionalment. És a dir, hi ha tot un treball molt individualitzat de remuntar-ho, d'intentar tornar a dir vinga va, que tu pots, que tens capacitats” (GD_E2).

De fet, les persones informants apunten que en molts casos aquest jovent arriba a l'atenció diürna **sense haver acceptat, ni elles ni les seves famílies, l'existència d'una discapacitat**. I *"això no és una cosa que es pugui pair d'un dia per l'altre"* (GD_P), sinó que requereix temps i acompanyament.

"Molts d'ells han d'acceptar la seva discapacitat, que no en són conscients, no ho volen, no ho admeten. És un tema molt delicat aquest" (T_3).

"Ens hem trobat perfils, no parlem de moltes persones, però sí que en tenim identificades 7 o 8, que les famílies ni es plantegen fer una valoració perquè puguin tenir un servei de SOI o de STO, perquè no s'ha fet cap treball." (T_1).

Per tot plegat hi ha força consens entre les entitats informants que **cal repensar l'atenció que actualment es proporciona a les persones joves amb discapacitat** per oferir-los serveis que s'ajustin millor a les seves necessitats i interessos i per coordinar millor la transició de l'etapa educativa (des de l'escola ordinària) vers l'etapa laboral o l'atenció diürna.

3. Com es veurà a continuació, hi ha un perfil de persones usuàries dels Serveis Ocupacionals, especialment de SOI, que **arriben a l'atenció diürna després d'haver estat anys treballant en un Centre Especial de Treball (CET)**, generalment a causa de la jubilació.
4. Hi ha algunes (poques) persones que abans d'entrar als serveis d'atenció diürna **portaven molt de temps a casa seva** cuidades per les seves famílies de manera quasi exclusiva. Sovint, quan aquestes envelleixen, valoren que ja no se'n poden fer càrrec i és aleshores quan recorren als serveis d'atenció diürna.
5. També hi ha una petita proporció de persones usuàries de l'atenció diürna que hi arriben per una **discapacitat adquirida** (per un accident, un ictus o una malaltia neurodegenerativa, per exemple).

Més enllà de les possibles vies d'entrada, és important destacar que el treball de camp ha permès identificar algunes **barreres d'accés als serveis d'atenció diürna**:

- **Barrera 1: administrativa**. Les persones que es troben en situació administrativa irregular han de fer moltíssims tràmits per poder accedir als serveis. Addicionalment, se'ls demana haver residit 5 anys al país per poder fer alguns d'aquests tràmits, de manera que la seva entrada als serveis es pot allargar més de

cinc anys, que romanen a casa sense suports en la majoria dels casos, perquè tampoc no tenen recursos per pagar una plaça privada⁸.

- **Barrera 2: econòmica.** Si bé els serveis són gratuïts per a les famílies, a diferència de l'escola especial se'ls demana que cobreixin el transport i el menjador (tot i que la majoria d'entitats donen opció de pagar una quota molt petita i portar carmanyola).

“Nosaltres el que ens estem trobant és que quan passen d'escola que estan cobrant una prestació i no estan pagant res a les escoles perquè el menjador se'ls està pagant des del Consell o des dels equipaments i el transport també. Quan passen al centre ocupacional, llavors han de començar a pagar el transport, que, a més, nosaltres, la comarca és gran, necessitem pagar el transport perquè el transport és nostre privat, necessitem pagar el menjador i, a més, se'ls hi redueix la prestació de la dependència. Potser són 150 euros menys que les famílies reben de la prestació de la dependència. Ens trobem casos que diuen que es quedarà a casa i no anirà al centre. (...) Perquè aquells 150 euros la família els necessita (T_3).

“Hi ha persones a casa (...) perquè no poden pagar el menjador i el transport” (GD_E2).

- **Barrera 3: territorial.** A les persones usuàries se'ls assigna un servei d'acord amb la seva valoració i amb l'oferta del territori. Tanmateix, no totes les àrees bàsiques tenen la mateixa diversitat d'oferta. De fet, n'hi ha que no tenen oferta de tipus de serveis concrets, com ara SOI o CAE.

L'existència d'aquestes barreres, que es tradueixen en que hi ha persones que no estan podent accedir als serveis i per tant n'estan quedant excloses, resulten especialment preocupants perquè es tracta de serveis públics reconeguts com essencials.

5.1.2. Qui són les persones usuàries de l'atenció diürna?

Un cop descrites les diferents vies d'accés als serveis d'atenció diürna és important entendre **qui són les persones usuàries**, més enllà de la descripció general de població diana que recull la normativa i identificar si hi ha diferències substancials entre tipus de

⁸ Algunes entitats entrevistades han exposat en el marc del treball de camp que disposen d'unes poques places privades. Expliquen que aquestes places es reserven per diversos motius: **(1)** oferir una alternativa a persones en situació d'irregularitat administrativa que no poden accedir a places públiques, les quals intenten finançar la seva estada mitjançant subvencions; **(2)** permetre que persones que volen utilitzar el servei de manera puntual puguin disposar-ne; **(3)** facilitar processos de transició entre centres o cap a residències, oferint un període amb plaça privada que permeti comprovar l'adaptació i garantir un canvi més flexible i acompanyat.

serveis. Com s'ha mencionat a l'apartat 3.1. el perfil de població diana dels serveis d'atenció diürna segons la normativa són persones que compleixin les següents requisits:

- residència legal en un municipi de Catalunya;
- entre 16 i 65 anys en el moment d'accés;
- un **grau de discapacitat reconegut igual o superior al 33%**;
- que disposin també de resolució de dependència (encara que la resolució sigui de no dependència).

Pel que fa a les tipologies de servei, les principals diferències entre ells són el perfil de població usuària segons les seves necessitats de suport i capacitat productiva, així com l'objectiu i resultat esperat que se'n deriva. Això porta a que les ràtios d'atenció i finançament variïn també. Concretament:

- **SOI:** persones amb discapacitat igual o superior al 33% que tenen capacitat productiva adequada per integrar-se en una empresa però no ho estan. El seu objectiu és potencial i conservar les capacitats laborals amb el resultat esperat d'inserir-se al mercat laboral (ordinari o protegit)
- **STO:** persones amb discapacitat igual superior al 65% que de manera temporal o permanent no tenen capacitat productiva. El seu principal objectiu és potenciar i mantenir les capacitats necessàries per la integració social i laboral, si s'escau, amb el principal resultat esperat d'assolir la integració social.
- **STOA:** persones amb perfil STO que requereixen intensitats més altres d'atenció.
- **CAE:** persones amb greus discapacitats que el seu objectiu és assolir la màxima autonomia personal i integració social possibles amb el principal resultat esperat de poder-se mantenir als seus domicilis.

En termes d'**edat** és important considerar que es tracta de serveis intergeneracionals, si bé s'identifiquen algunes diferències segons el tipus de servei. Mentre els SOI i els CAE concentren una major proporció de persones joves (especialment entre els 25 i 34 anys), els STO i STOA presenten una distribució més envellida (amb major proporció de persones usuàries entre els 35 i 64 anys). El tema de l'edat és interessant també perquè en molts casos determina també els anys que les persones usuàries porten als serveis. En aquest context, tot i que les mitjanes d'antiguitat en el servei es comprenen entre els 8 i els 13 anys, aquests càlculs no reflecteixen l'ampli nombre d'anys acumulats en el sistema, on algunes persones usuàries reporten més de 20 anys en el servei⁹.

⁹ El motiu recau en el fet que les dades disponibles únicament registren la data d'ingrés corresponent al darrer servei concedit. Dit d'una altra manera, en cas de transició entre serveis, es pren com a "data d'ingrés" la del servei més recent, obviant així la primera data d'entrada al sistema general.

Crida l’atenció que tots els serveis es caracteritzen per una **lleugera sobrerrepresentació masculina**, amb l’única excepció del CAE per algunes franges d’edat; una realitat que seria interessant comparar amb les dades de la població diana per assegurar que no hi hagi un problema d’accés relacionat amb el gènere¹⁰.

Taula 6. Persones usuàries segons sexe, edat i tipus de servei d’atenció diürna (2025)

	SOI			STO			STOA			CAE		
	Dones	Homes	% usuàries servei	Dones	Homes	% usuàries servei	Dones	Homes	% usuàries servei	Dones	Homes	% usuàries servei
Menors de 18 anys*	-	-	-	100%	-	0,02%	-	-	-	62%	38%	2%
De 18 a 24 anys	42%	58%	21%	41%	59%	10%	36%	64%	12%	43%	57%	22%
De 25 a 34 anys	46%	54%	29%	43%	57%	19%	37%	63%	20%	43%	57%	28%
De 35 a 44 anys	47%	53%	18%	46%	54%	18%	40%	60%	20%	49%	51%	21%
De 45 a 54 anys	47%	53%	16%	43%	57%	24%	43%	57%	25%	53%	47%	16%
De 55 a 64 anys	41%	59%	12%	45%	55%	21%	45%	55%	16%	35%	65%	7%
De 65 a 74 anys	27%	73%	3%	40%	60%	7%	40%	60%	5%	58%	42%	4%
Majors de 75 anys	11%	89%	0,4%	40%	60%	1%	45%	55%	2%	43%	57%	1%

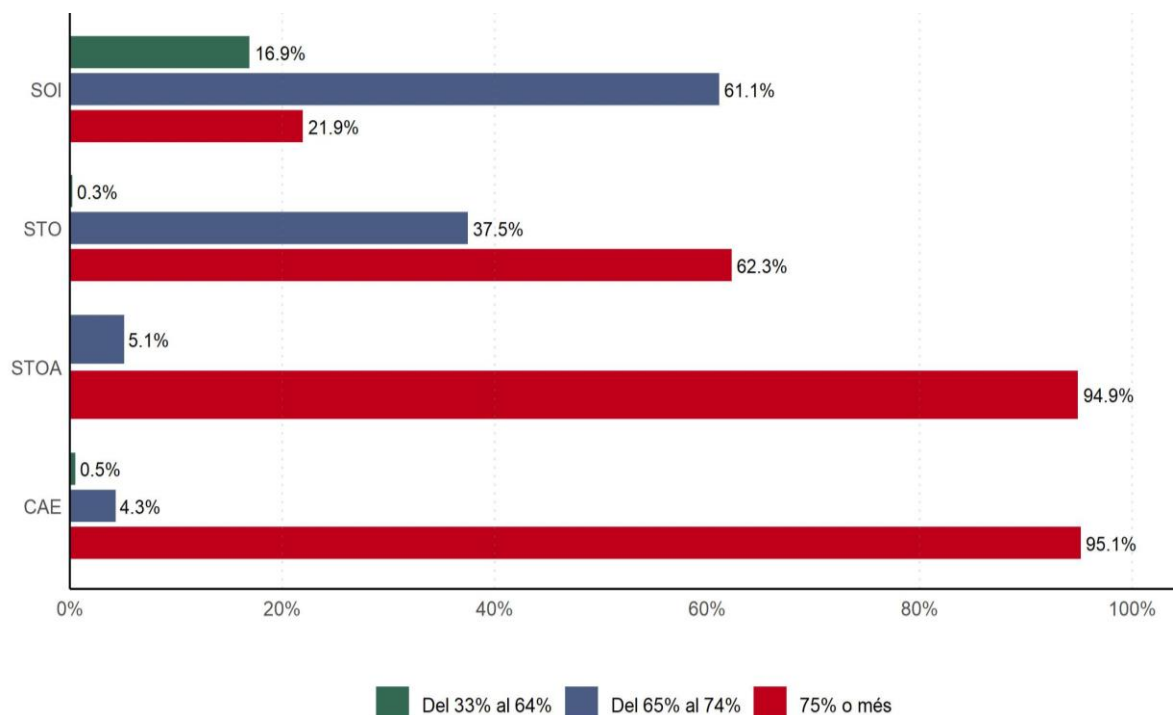
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025)¹¹.

Pel que fa al **grau de discapacitat reconeguda**, la Figura 6 evidencia una **relació clara amb el tipus de servei al qual les persones estan assignades**. Mentre als SOI tres quarts parts de la població usuària té un grau de discapacitat igual o inferior al 75%, aquesta proporció ronda el terç en el cas dels STO i representa només un 5% en el cas dels STOA i els CAE. És a dir, en aquests serveis el 95% de les persones usuàries tenen un grau de discapacitat igual o superior al 75%.

¹⁰ No ha estat possible fer-ho en el marc d’aquesta avaluació perquè no es disposa de dades sobre el total de població amb discapacitat que han realitzat la valoració de la dependència, per sexe o gènere.

¹¹ És probable que les xifres relatives a persones “menors de 18 anys” siguin fruit d’errors tipogràfics en l’entrada de les dades al sistema.

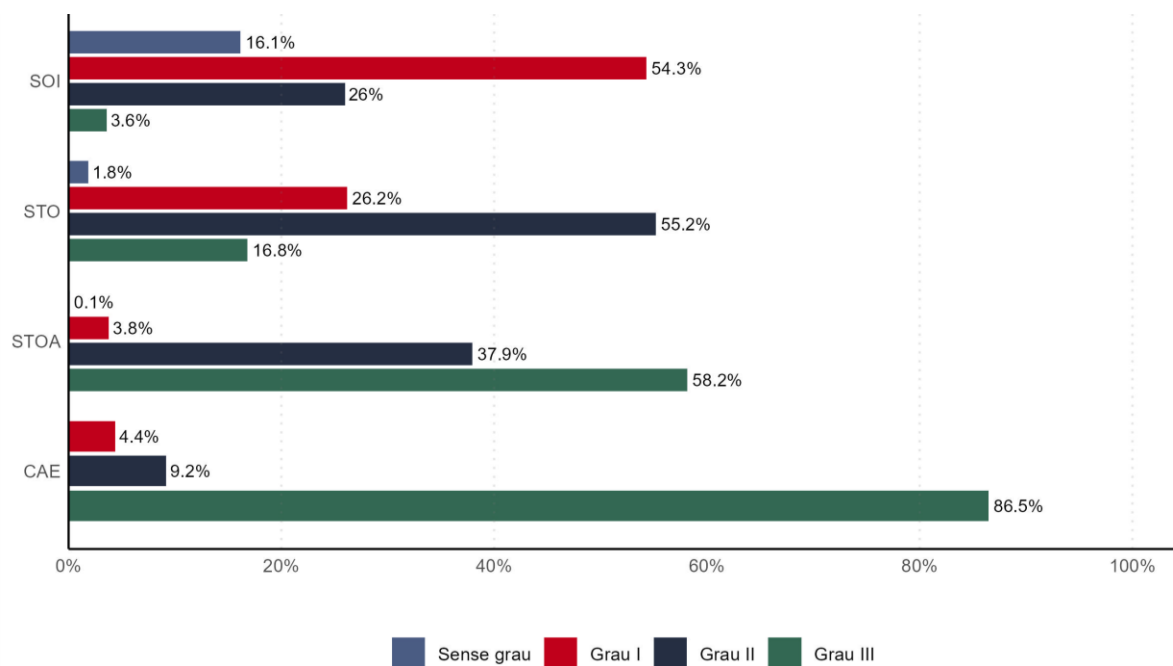
Figura 6. Grau de discapacitat de la població usuària per tipus d'atenció diürna (2025)



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025)

Quelcom similar succeeix amb el grau de dependència. A l'apartat 3.1 s'ha comentat que obtenir una valoració de **dependència** (tot i no ser positiva) és un requisit per poder accedir als serveis d'atenció diürna. Així doncs, a l'atenció diürna hi ha des de persones que no tenen reconeguda la dependència, fins a persones que tenen un grau III. En aquest sentit, les dades de la Figura 7 permeten constatar **una relació clara entre el grau de dependència i el tipus de servei assignat**. Així doncs, mentre al SOI més de la meitat de les persones tenen reconegut un grau I (o inclús un "no grau"), aquesta proporció baixa quasi a un quart de la població usuària en el cas dels STO i està per sota del 5% en el cas dels STOA i els CAE. De manera inversa, mentre als CAE més del 85% de la població usuària té reconegut un grau III de dependència, les persones amb aquest reconeixement als STOA són una mica més de la meitat, als STO no arriben al 20% i als SOI no arriben al 4%.

Figura 7. Grau de dependència de la població usuària per tipus d'atenció diürna (2025)¹²



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025)

Ara bé, quan en el marc del treball de camp s'ha preguntat a les persones informants pel perfil de les persones usuàries i les seves necessitats de suport, el que emergeixen més aviat són una sèrie de característiques transversals a tots els tipus de serveis. Aquestes característiques, compartides per les persones usuàries dels diferents centres de dia, determinen en bona mesura les seves **necessitats de suport**. Destaquen les següents:

1. **Mobilitat reduïda.** El treball de camp ha permès constatar que una part important de les persones usuàries tenen mobilitat reduïda, si bé no es disposa de dades que permetin concretar quina proporció exactament. En qualsevol cas, el fet que una part important de les usuàries necessitin algun tipus de suport per desplaçar-se és rellevant pel funcionament dels serveis.

“Tenim molta gent amb cadira de rodes que no ens hi cap, que no, o sigui, ens hi cap, però, clar, has d'anar fent tètrix a les sales per poder encabir-hi a tothom” (GD_P).

2. **Dificultats de comunicació.** Una part important de la població usuària de l'atenció diürna té dificultats de comunicació, de diferents tipus i amb diferents nivells d'intensitat. Des de persones que necessiten acompanyament de logopèdia fins a persones que només es comuniquen a través de sistemes de comunicació

¹² En la base de dades del DSI, es troben 202 persones sense informar del resultat de la valoració de dependència. Per l'anàlisi elaborat, s'ha decidit prescindir d'aquests valors mancants.

alternatius. Proporcionar-los els suports necessaris per a que puguin expressar-se és fonamental per garantir els seus drets.

“Tot el tema de l'accessibilitat cognitiva. Perquè tot això que estem parlant està molt bé per persones on la comunicació pugui ser fàcil i puguin tenir accés a la lectura i escriptura, però no hem d'oblidar que també tenim moltes persones que requereixen molt més suport i molta més adaptació a l'hora de poder arribar a conèixer el que pensen, el que volen, el que els agrada” (GD_P).

3. **Trastorns de conducta.** El relat de les persones informants s'alinea amb alguns informes que apunten a un augment en la prevalença de trastorns mentals i de conducta (EPUM, 2023); una realitat que repercuteix de manera directa en el tipus d'atenció que aquestes persones necessiten i per tant en el funcionament dels serveis d'atenció diürna.

“Hi ha molta alteració de conducta, moltíssima” (GD_P).

“Nosaltres tenim un auxiliar amb aquesta persona, encara que no li pertanyi. Perquè encara que tingui moltes capacitats cognitives per a que es vagi regulant cal donar-li espais més individualitzats” (GD_E2).

Si bé aquestes necessitats de suport transversals s'han donat sempre entre la població usuària de l'atenció diürna, **la sensació generalitzada entre les entitats i les seves professionals és que “atenen [atenem] cada vegada a gent amb necessitats més greus” (T_3).** Les dades de perfil de les que es disposa per aquesta avaluació no permeten contrastar aquesta informació. Seria convenient poder aprofundir el perfilat que es presenta a continuació amb informació de caràcter més sanitari, per realitzar una avaluació de necessitats de suport completa.

També cal tenir en compte que l'altra cara d'aquestes necessitats de suport són les condicions necessàries per donar-los resposta, per part dels serveis i els equips professionals que hi treballen. És a dir, **atendre persones amb mobilitat reduïda, amb dificultats de comunicació o amb trastorns de conducta requereix més suports i recursos (més mans, més temps i sovint eines i coneixements específics,** que els educadors i educadores no sempre tenen). Aquesta qüestió es reprendrà al final de l'apartat 6.

Persones usuàries dels SOI

D'acord amb la Resolució DSO/2883/2021, els SOI s'adrecen a “persones amb discapacitat més grans de 16 anys que han acabat el període de formació escolar, tenen capacitat productiva adequada per integrar-se en un centre especial de treball, però no estan integrades laboralment en aquest tipus d'empresa”. Si bé l'actual Cartera de serveis no especifica res respecte la temporalitat d'aquest servei, no es pot deixar de tenir en compte

que en el seu origen els SOI van ésser concebuts com un servei transitori entre l'etapa educativa i la laboral. Aquesta realitat inicial feia que originalment estiguessin **adreçats a una població relativament jove**, i el que és més important (perquè és la característica que encara avui distingeix la població diana del SOI de la població diana de la resta de centres ocupacionals) **“amb capacitat productiva adequada per integrar-se en un CET”**.

En aquest sentit, és interessant remarcar que, a diferència dels STO i els STOA, les dades de la Taula 6 mostren que efectivament als SOI hi ha una major proporció de població jove. Concretament, el 50% de la població usuària té menys de 35 anys. No deixa de sorprendre però, que hi ha un altre 50% amb més de 35 anys, del qual un 15% en té més de 55. De fet, de les persones usuàries que tenen entre 35 i 44 anys, vora el 25% porten entre 10 i 20 anys al servei, i quasi el 30% més de 20 anys.

Els relats de les persones informants ajuden a interpretar aquesta fotografia. Del seu discurs sembla poder-se **identificar tres grans perfils de persones usuàries valorades de SOI** (perfils que altra vegada homogeneïtzen persones amb necessitats diferents, però que poden servir per entendre millor les dades), que encaixen força amb aquestes dades.

1. **Perfil 1:** Perfil “realment SOI”, és a dir, persones joves que necessiten un recurs de transició per adquirir habilitats laborals, posar-les en pràctica i poder entrar a una feina. Tanmateix, i de manera paradoxal, *“aquests són pocs” (T_3)*, és a dir, són el perfil minoritari (en la majoria d'entitats entrevistades) i a més a més, es considera un perfil **especialment complex** perquè ja s'ha comentat en l'apartat anterior que molts d'aquests i aquestes joves arriben a l'atenció diürna després d'un llarg i frustrant recorregut per serveis de formació i inclusió que els ha generat un important desgast emocional. Contràriament al que hauria de ser, **l'entrada al SOI sembla comportar més aviat la renúncia a l'itinerari laboral que havien emprès**.

Per aquesta raó, **les pròpies entitats prestadores de serveis d'atenció diürna** (o com a mínim algunes) **es qüestionen si són el servei adequat** per aquest jovent que, tot i les frustracions acumulades, vol treballar. *“Perquè [al SOI, com s'explicarà més endavant] formacions no en poden fer, pràctiques tampoc i laboral [equivalent a teràpia ocupacional] no el volen fer” (T_3)*. És a dir, conscients que el servei de **SOI és incompatible amb la realització de formacions, pràctiques i amb la feina mateix** (perquè si s'incorporen a un CET o a una empresa ordinària perden la plaça d'atenció diürna per sempre), i que a dia d'avui la taxa d'inserció laboral de persones usuàries de SOI és pràcticament 0, les entitats dubten sobre com atendre aquesta població usuària perquè, tot i encaixar amb la població diana, saben que entrar al SOI voldrà dir renunciar a les seves aspiracions laborals i amb el temps acabar sent el perfil 2, que es descriu a continuació.

“Les persones que tenim valorades com a SOI, és que no són SOI sota aquest concepte de poder fer el pas cap a un CET. No tenim perfils

d'aquests. Perquè aquests perfils és que acaben marxant del servei. Perquè tampoc, per molt que els vulguis donar alguna orientació laboral, és que no és només l'orientació, és que necessiten altres coses, necessiten formació, necessiten vincles amb iguals, o sigui, no acaben encaixant" (GD_1).

"No saps si podran anar cap a un lloc o cap a un altre, però són tan joves que els vols donar una oportunitat per crear opcions" (T_3).

- **Perfil 2:** Persones que, per raons diverses —perquè tenen major necessitat de suport, perquè després de donar voltes pel sistema (com s'ha descrit en el perfil anterior) han renunciat a incorporar-se al mercat laboral o perquè no volen renunciar a la seva plaça a l'atenció diürna— **treballen competències laborals però no aspiren a tenir una feina**, de manera que, tot i tenir valoració de SOI, *"es queden dins del centre ocupacional"* (T_3) tota la vida.

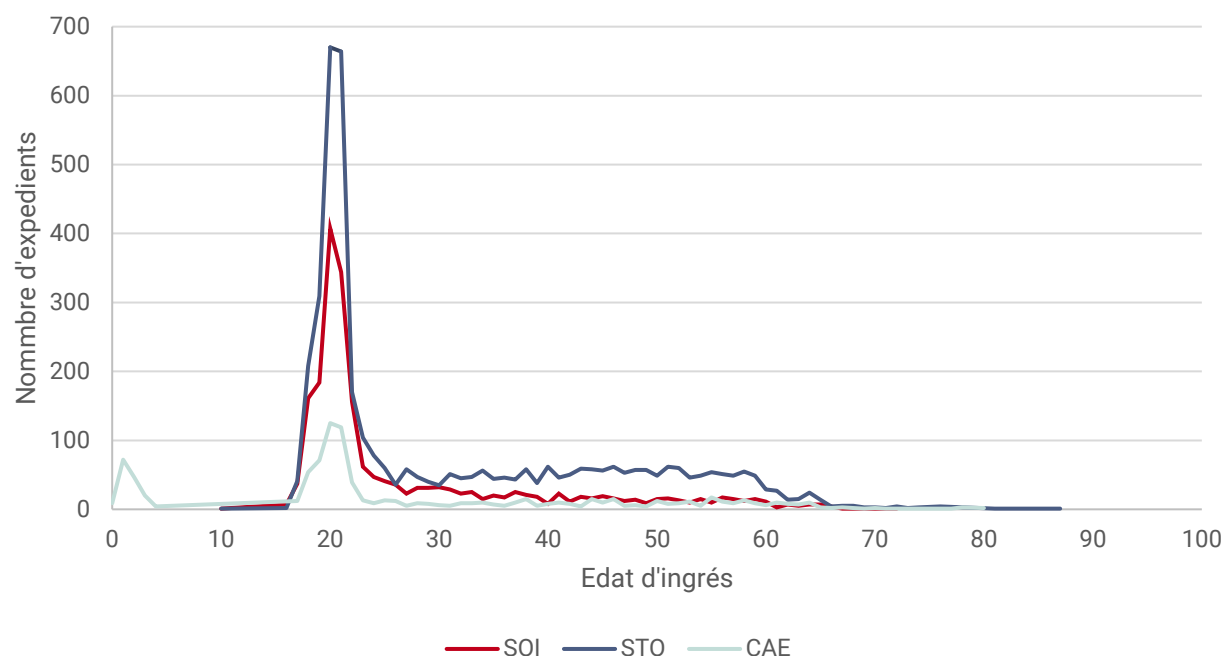
"A nosaltres és igual, la majoria de SOIs que ens valoren els portem a l'STO, i fan STO" (T_3).

- **Perfil 3:** El que les entitats anomenen **"SOIs de retorn"**, que són persones que després d'un període de temps treballant en un CET (hagin o no arribat a l'edat de jubilació) o bé són revalorades com a SOI per tal de garantir una continuïtat assistencial o bé assisteixen als centres ocupacionals com a servei privat cercant aquesta atenció. Es tracta d'un perfil *"que fins ara no havia existit"* (T_3), perquè no havia succeït encara que persones treballadores dels CET haguessin *"arribat al final de la vida laboral"* (T_3). És important tenir en compte que es tracta de persones que *"que han estat acompanyades a l'etapa d'educació, han estat acompanyades a l'edat laboral, i llavors es jubilen i què?"* (T_3). Segueixen necessitant acompanyament; tanmateix, que les valorin de SOI o d'STO resulta problemàtic perquè en principi l'objectiu del servei és la inserció laboral, i **aquestes persones estan fent la transició oposada, cap a la jubilació**, deixant anar progressivament la dimensió més laboral de la seva vida. Addicionalment, es tracta de persones que fins aleshores han gaudit d'una certa autonomia, de manera que sovint no volen estar 8 hores al dia en un centre ocupacional fent activitats dirigides.

Al seu torn, les dades permeten matisar aquests perfils, com a mínim pel que fa l'edat. Si bé el perfil 1 fa referència de manera clara a població jove (probablement al 21% de persones usuàries amb menys de 25 anys), el perfil 2 podria acollir persones usuàries de totes les edats i el perfil 3, que semblaria apuntar a la població més gran, també podria estar incloent persones amb edats força disperses. Quan s'analitzen les dades d'ingrés als serveis d'atenció diürna al llarg dels darrers 15 anys, s'identifica —tal com mostra la Figura 8— que es mantenen força constants al llarg de les diferents franges d'edat; la qual cosa

evidència que el “retorn” des dels CET no sempre es produeix quan s’apropa l’edat de jubilació, sinó que es pot produir en qualsevol moment de la vida.

Figura 8. Nombre de persones usuàries que entren als serveis segons edat d’entrada



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del DSI.

De fet, les dades mostren un primer pic d’entrades coincidint amb la sortida de l’escola especial o ordinària, i posteriorment, de manera sostinguda, s’observen noves incorporacions de persones que, tot i haver seguit itineraris diversos, acaben accedint o tornant als serveis ocupacionals: no només als SOI, com sembla apuntar el concepte de “SOI de retorn”, sinó també i sobretot, als STO. De fet, l’article 52 de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social (Reial Decret Legislatiu 1/2013, 2013) indica que els centres ocupacionals “prestaran aquests serveis a aquells treballadors amb discapacitat que, havent desenvolupat una activitat laboral específica, no hagin aconseguit una adaptació satisfactòria o hagin patit un empitjorament en la seva situació que faci aconsellable la seva integració en un centre ocupacional”. **L’atenció diürna es concep, per tant, com una garantia de suport per aquestes persones: un lloc on sempre poden tornar.** I les dades semblen confirmar aquesta realitat.

Tot plegat —tant les dades com els discursos de les persones informants— evidencien que:

- (1) **El SOI ha deixat de ser un servei transitori o temporal**¹³.

¹³ D’acord amb aquelles entitats que durant el treball de camp han elaborat un relat històric dels serveis, això va succeir en bona mesura perquè, després d’un període inicial exitós, en què “*sí que es va produir aquest flux*

(2) No tota la població usuària del SOI s'està preparant per entrar al mercat laboral.

De fet, si bé la disponibilitat de “capacitat productiva” és una de les característiques que determina la valoració de SOI (amb relació a la d'STO), aquests perfils evidencien que més enllà de la capacitat productiva (un terme que es posarà en entredit més endavant), **als SOI hi conflueixen persones que tenen interès en treballar** (perfil 1 i una part del perfil 2, inclús entre els “SOI de retorn”, alguns dels quals *“han estat treballant tota la seva vida i no volen fer una altra cosa que no sigui continuar treballant” (GD_E2)*), **i persones que** —per raons diverses— **no tenen cap interès en treballar** (part dels perfils 2 i 3), com expressa el següent relat d'una persona usuària:

“Aquí et deixen més lliure el tema treballar, no és el primordial, saps com t'ho vull dir? Jo ja tinc 53 anys i no miro de cara a la feina, jo ja tinc la paga i clar, la paga ja em cobreix tot. (...) No vull treballar, vull estar lliure de pensar i treballar” (E_U1).

Aquesta diversitat de perfils i d'interessos explica en bona mesura que les entitats defineixin el servei de SOI com el seu *“gran mal de cap” (GD_E1)*.

Persones usuàries dels STO

D'acord amb la Resolució DSO/2883/202, els STO s'adrecen a “persones amb discapacitat intel·lectual i/o física més grans de 16 anys, i que han acabat el corresponent període de formació, el grau de discapacitat de les quals és igual o superior al 65%, segons la valoració feta per l'equip de valoració i orientació (EVO) de referència, i que, de manera temporal o definitiva, no tenen capacitat productiva”. El fet que la definició de la població diana es basi en la manca de “capacitat de productiva” sembla plantejar-ne el perfil en oposició al SOI: com si haguessin de ser valorades d'STO totes aquelles persones que no tenen les característiques per ser valorades de SOI. Tanmateix, ja s'ha comentat en l'apartat anterior que el SOI no està funcionant com a servei de transició al mercat laboral i que la població usuària actual dista força de la població diana i acull perfils ben diversos. D'acord amb el relat de les persones informants, alguns d'aquests perfils són molt similars (i per tant equiparables) als de persones amb valoració de STO.

Tot i així, ja s'ha comentat anteriorment que **en termes de dependència les dades sí que mostren una diferència entre la població usuària d'ambdós serveis**. A l'STO una quarta part de les persones usuàries tenen reconegut un grau I de dependència, una mica més de la meitat un grau II i més del 15% un grau III. Unes dades que evidencien una heterogeneïtat

de persones que entraven de l'escola especial o d'escoles ordinàries, passaven un període al SOI i alguns anaven cap al CET (...) i altres acabaven derivant-se a l'STO, (...) va arribar un moment en què que els CETs tampoc podien créixer tant” (GD_P), de manera que van deixar de poder absorbir la població usuària dels SOI “i va quedar com una bossa de SOIs estancats que no anaven ni amunt ni avall, (...), que va anar cronificant-se, (...) i amb el temps van anar fent un funcionament molt semblant al que era un STO” (GD_P).

important en termes de necessitats de suport, que també confirmen els relats de les persones informants. Hi ha força persones valorades d'STO que més enllà de la discapacitat intel·lectual tenen patologies físiques que requereixen un suport especialitzat que sovint es tradueix fonamentalment en atenció i temps de les professionals, i en una adaptació del ritme general de desenvolupament de les activitats. Per exemple, parlant del moment del dinar, una professional d'una entitat relata:

“Tenim moltes persones amb botons gàstrics, moltes adaptacions de textures perquè hi ha molta disfàgia, per tant poden haver-hi broncoaspiracions; llavors això què fa? Que el temps de dinar s'incrementi perquè necessites adaptar tot aquest procés al temps que necessita la persona” (T_5).

Al mateix temps, es tracta d'un servei totalment intergeneracional: aproximadament un terç de la població usuària de STO té menys de 35 anys, un altre terç entre 35 i 54 anys i el darrer terç més de 55 anys. **Davant d'aquesta heterogeneïtat**, es veurà més endavant que **les entitats han adoptat diferents criteris per agrupar la població usuària**. En alguns casos s'ha tingut en compte la variable edat, mentre que en altres s'ha prioritzat una determinada necessitat de suport, la qual cosa explica que, en el marc del treball de camp l'equip d'avaluació hagi visitat centres on la mitjana d'edat superava els 50 anys, centres on més de la meitat de les persones usuàries tenien mobilitat reduïda, d'altres amb població relativament jove amb prevalença de trastorns de conducta, així com centres amb població ben heterogènia, com il·lustra la cita a continuació, que posa de manifest el repte que suposa en tots els casos (com ja s'ha vist amb el SOI) la intergeneracionalitat.

“El repte que tenim en el centre és justament per aquesta variabilitat d'edats que ara tenim: els nois més joves tenen ganes de fer activitats més canyeres i els més veterans tenen un altre ritme” (T_5).

Persones usuàries dels STOA

Els STOA són una modalitat de STO destinada a persones que requereixen suports més intensos. En concret, es tracta de persones amb perfil STO que, es valora que, per diferents motius, pot tenir una intensitat de suport més elevada, se'ls assigna un suport addicional d'una persona auxiliar per cada vuit usuàries¹⁴. Les dades relatives al grau de dependència confirmen que, efectivament, les persones valorades de STOA tenen, en termes generals, més necessitats de suport que les valorades de STO, ja que més de la meitat tenen una valoració de grau III de dependència.

¹⁴ El fet que el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials de la Generalitat (RESES) no contempli centres específics amb modalitat d'STOA significa que, d'acord amb la normativa, aquestes persones han d'estar integrades en els centres ocupacionals (centres amb RESES d'STO) però comptant amb més suport que la població usuària valorada de STO per poder desenvolupar les activitats amb la resta.

El treball de camp mostra que en alguns casos, el funcionament s'organitza d'aquesta manera, incloent les persones d'STOA als grups d'STO. Tanmateix, per tal de facilitar el funcionament també és habitual que les entitats separin la població per grups, en funció de les seves necessitats de suport. Sovint, quan aquests grups han anat creixent, han acabat configurant-se com a centres propis. Així, diverses entitats entrevistades disposen actualment de **centres amb RESES d'STO on atenen exclusivament persones amb moltes necessitat de suport, valorades generalment com a STOA**, com mostra la cita a continuació:

“Ens dediquem a l'alta complexitat, aquí la major part d'usuaris van amb cadira vascular, tenen epilèpsies refractàries, tractament farmacològic i per tant tenen crisis epilèptiques molt freqüents, problemes de nutrició i deglució, discapacitats profundes, cegueses congènites, tenim població molt i molt complexa” (T_5).

De fet, moltes d'aquestes persones usuàries tenen una doble valoració STOA-CAE i tenen reconeguda una discapacitat tant intel·lectual com física. *“I no només física a nivell de moviments sinó també a nivell de parla, a nivell d'entorn, a nivell de moltes altres complicacions també sanitàries.”* (T_5). És interessant puntualitzar però, que les entitats que treballen amb aquest perfil de persones usuàries declaren que han hagut de realitzar esforços explícits per aconseguir que des dels CADs *“s'entengui i es reconegui la complexitat d'aquests perfils”* (T_4) i els valorin com a STOA o amb la doble valoració STO/CAE.

En aquest sentit, és important tenir en compte que diverses d'aquestes entitats declaren que **han optat per atendre aquestes persones en Centres Ocupacionals i no en Centres d'Atenció Especialitzada (CAEs) per raons econòmiques**: *“amb el CAE no ens sortien els números”* (T_3). Semblaria doncs, que aquesta situació econòmica amb relació als CAE ha comportat que n'hi hagi menor oferta. De fet, a la Figura 4 de Distribució territorial dels centres RESES de CAE l'apartat 3.2 s'ha mostrat que en una bona part de territoris de Catalunya no hi ha disponible servei de CAE, la qual cosa explica que, d'acord amb el relat de les professionals, siguin habituals les dobles valoracions STOA-CAE per poder atendre aquestes persones en centres amb RESES d'STO.

Persones usuàries dels CAE

Segons la Resolució DSO/1456/2022 els CAE s'adrecen a “persones amb discapacitat intel·lectual o física greu que necessiten atenció especialitzada”. En aquest sentit, les dades presentades a l'inici d'aquest apartat confirmen que es tracta de persones que —en la majoria dels casos— tenen atorgada la màxima valoració de dependència (un grau III en el 87% dels casos) i la màxima valoració del grau de discapacitat (superior al 75% en el 95% dels casos. Tot i així, no es pot deixar d'esmentar que aquestes necessitats de suport extenses no disten gaire, per no dir gens, de les descrites al final de l'apartat anterior amb

relació a persones usuàries d'STOA, tot i que ja s'ha comentat que moltes tenen doble valoració.

Un altre aspecte controvertit respecte aquest perfil de persones amb necessitats de suport extenses i generalitzades és la distinció entre discapacitat física i discapacitat intel·lectual —que, de fet, determina el tipus de servei que reben les persones usuàries—, quan es tracta fonamentalment de persones amb pluridiscapacitat. Per posar un exemple, algunes informants apunten que, amb aquest perfil de persones, els trastorns de conducta es deuen generalment a danys cerebrals. Per aquesta raó l'equip de professionals **posa en qüestió el fet que, d'acord amb la Cartera de serveis, el centre hagi de definir si atén persones amb discapacitat intel·lectual o física**, perquè *“en el seu [nostre] cas no té cap sentit, donat que són els dos perfils conjuntament” (T_5)*. De manera similar, l'entitat prestadora de l'únic CAE que s'ha visitat en el marc del treball de camp (que funciona com a servei experimental perquè va decidir adaptar el model d'intervenció per ajustar-lo millor a les necessitats de la seva població usuària, que és força particular) comenta que, si bé formalment són un servei per a persones amb discapacitat física *“totes les persones que tenen [tenim] allà tenen pèrdua cognitiva. D'una manera o altra, tenen alguna malaltia també mental, algun tret” (T_4)*. És a dir, **es tracta en tots els casos de persones que tenen una pluridiscapacitat, la qual cosa qüestiona —com bé apunta l'entitat— la necessitat de comptar amb dos tipus de serveis diferents, segons el tipus de discapacitat (física o intel·lectual)**. De fet, de les 742 persones actualment valorades de CAE, 321 (és a dir, un 43%, quasi la meitat) tenen una pluridiscapacitat.

En aquest sentit, més enllà de les dades relatives al grau de discapacitat o dependència, les persones informants apunten que **la principal diferència entre el centre ocupacional i el CAE rau en què, en aquest segon, “pesa molt el tema mèdic (GD_E2)”**. Comenten que en general, es tracta de persones amb necessitats de suport més extenses i generalitzades que la resta d'usuàries de l'atenció diürna, moltes de les quals tenen dificultats per connectar amb l'entorn; raó per la qual necessiten *“un enfocament més mèdic-assistencialista, (...) que hi hagi suport fins i tot mèdic, si és una persona que porta sonda, si és una persona que necessita oxigen...” (GD_E2)*.

Tenir ben present l'extensió i intensitat d'aquestes necessitats de suport, així com la necessitat d'una atenció medicalitzada, és important perquè s'ha comentat a l'apartat 3.2 sobre cobertura dels serveis d'atenció diürna que **hi ha relativament pocs CAEs arreu de Catalunya**. Com a conseqüència, ja s'ha comentat que una part important de les persones valorades com a CAE tenen també valoració de STOA per poder ser ateses en centres ocupacionals. Ara bé, és evident que necessiten molt més suport que la majoria de persones usuàries d'STO, no només per seguir les activitats habituals d'un centre ocupacional, sinó inclús per realitzar les activitats més quotidianes i atendre les seves necessitats bàsiques.

5.1.3. Desajust entre perfil i tipus de servei

L'apartat anterior posa de manifest dues situacions preocupants: d'una banda, la **manca de correspondència entre la població diana i la població usuària dels serveis d'atenció diürna**; de l'altra, una **relació cada vegada més difusa entre perfil i tipus de serveis**, que es fa especialment palesa entre els perfils de SOI i STO, i entre els perfils de STOA i CAE. Aquesta hibridació s'observa tant en les trajectòries i característiques de les persones ateses com en la manera com funcionen els serveis. En la pràctica, les entitats acaben donant suport a una població que no encaixa en les categories establertes per la Cartera, adaptant les seves intervencions més a les necessitats concretes de les persones que no pas al recurs formalment assignat.

Aquest desajust és especialment evident allà on els límits entre serveis són més ambigus. Entre SOI i STO, la distinció basada en la capacitat productiva ha perdut claredat: ambdós acullen actualment persones amb necessitats de suport i trajectòries vitals molt similars. En el cas de STOA i CAE, la manca d'una oferta territorial suficient ha fet que dispositius no concebuts per a l'atenció de persones amb necessitats de suport extenses hagin assumit aquest rol de manera habitual. En ambdós casos, les entitats despleguen estratègies flexibles per ajustar-se a la diversitat de situacions, qüestionant en la pràctica la rigidesa de les tipologies establertes. Aquesta realitat, com es veurà en els apartats següents, posa en relleu la necessitat de repensar el model vigent.

“Aquestes categories que fa tants anys que hi són ja no són reals” (GD_E2).

“Tenim un centre ocupacional amb persones amb més necessitats de suport que la majoria, diria que el 50% són STOA, que jo a vegades em costa veure, jo i tot l'equip, la diferència amb el CAE. (...) A vegades ens venen persones amb doble orientació STOA-CAE i els acabem ubicant en un servei o un altre a criteri de la família i dels professionals” (GD_E2).

El treball de camp permet identificar **quatre grans raons** subjacents a aquesta difuminació dels límits entre serveis. Si bé les dues primeres són més explicatives del primer problema (el desajust entre població diana i població usuària) i les dues darreres estan més relacionades amb el segon problema (la hibridació de perfils), en la pràctica totes quatre estan entrelligades.

Raó 1: Envel·liment de la població usuària

Tant les dades com el relat de les persones informants apunten que **la població usuària dels serveis d'atenció diürna** —de tots els tipus— **està envellint**. Les persones usuàries s'han fet grans estant als serveis. L'envelliment de les persones amb DI presenta unes característiques específiques que el diferencien del de la població general. Diversos estudis han determinat que aquest procés comença entre els 45 i 50 anys, abans que en la

resta de la població, i que es defineix més pel declivi funcional que per l'edat cronològica (Madrigal, 2006). El declivi funcional es manifesta principalment en la pèrdua d'autonomia en les activitats de la vida diària. Per tant, l'envelliment primerenc pot tenir repercussions significatives pel que fa la qualitat de vida (Reppermund i Trollor, 2016) i demana emprendre accions específiques a nivell de suports.

En aquest sentit, és important tenir en compte que les persones amb discapacitat acostumen a presentar símptomes d'envelliment abans, com ara desorientacions, problemes de memòria, demències, pèrdua auditiva o de visió, o simplement la necessitat de baixar el ritme. És per aquest motiu que algunes persones informants parlen *"d'envelliment prematur" (T_1)* i que la llei els reconeix la possibilitat de jubilar-se amb 56 anys.

"Les coses són molt difícils d'etiquetar, però a partir dels 55 hi ha una corba de dependència que creix exponencialment" (T_1).

"Ara a partir de quaranta [parlant de la seva filla] ja van minvant una mica més totes les seves característiques. És bastant tossudota, llavors algun dia prefereix quedar-se a casa, que la zona de confort per ella és ideal, li agrada molt fer puzles i mandales i a casa està tranquil·la" (GD_F2).

A aquesta realitat cal afegir-li que **l'esperança de vida de les persones amb discapacitat s'ha ampliat**, gràcies als avenços mèdics i a l'extensió de les polítiques socials i de reconeixement dels drets de les persones amb discapacitat, que han contribuït a millorar-ne la qualitat i expectativa de vida (Otamendi i Navas, 2018; Schepens et al., 2018). També la de les persones amb grans necessitats de suport o amb patologies greus, principalment gràcies als avenços de la medicina. Això explica que persones que abans morien molt joves avui puguin envellir als serveis d'atenció diürna. Addicionalment, entitats especialitzades apunten **canvis en l'etiologia (els orígens o causes) d'algunes patologies**, com ara la paràlisi cerebral, que explicarien que les persones usuàries amb aquest tipus de discapacitat tinguin més necessitats de suport de les que tenien fa anys.

"Anys enrere l'origen d'aquesta malaltia era per problemes durant el part. A dia d'avui (...) malalties minoritàries o malalties congènites que no sempre són detectables durant l'embaràs i que arriben a terme. Altres vegades, són infants prematurs que a dia d'avui tiren endavant amb greus complicacions i també lesions neurològiques que es produeixen durant els tres anys de vida del nadó perquè el cervell s'està acabant de formar. (...) Aquest tipus d'etiologia fa que la complexitat d'aquesta població en termes sanitaris sigui molt més complexa que anys enrere" (T_5).

Aquest **envelliment** —que és transversal a tots els tipus de servei d'atenció diürna— té **implicacions importants en el funcionament d'aquests**. La primera implicació es deriva del fet que les persones usuàries *"conforme es fan grans busquen la tranquil·litat; volen anar*

baixant el ritme.” (T_5). Tanmateix, una part important de la població usuària de l’atenció diürna continua sent gent jove i gent adulta que, independentment del grau de discapacitat o nivell de suport que necessitin, tenen molta més energia i ganes de fer coses. En conseqüència, **les entitats han d’adaptar l’oferta d’activitats per a que tothom s’hi senti còmode i realitzat.**

“Per aquesta variabilitat d’edats que ara tenim, els nois més joves tenen ganes de fer activitats més *canyeres* i els més veterans tenen un altre ritme. Llavors hem de mirar de tenir diversitat d’activitats més o menys intenses, perquè els més veterans a vegades necessiten posar altres tipus d’activitats i mirem que tot això es pugui conciliar” (T_5).

“Dintre del nostre SOI hi ha persones que són molt joves i que venen de l’escola i que han de madurar i que segurament acabaran fent sobretot formació, inserció. Però després també hi ha els que venen del Centre Especial de Treball, que ja han tingut un contracte, que estan cansats, que són grans i que estan fent el procés de baixada. És feina nostra trobar que tots s’hi trobin bé, que tinguin espais diferents ” (GD_P).

Com que això és difícil de fer —especialment amb els recursos disponibles i les restriccions que imposa la normativa— **moltes entitats han optat per distribuir la seva població usuària en centres (optant per un model territorialment descentralitzat) en funció de les necessitats de suport però també del moment vital.** D’aquesta manera, aquelles entitats que han aconseguit disposar de les condicions per fer-ho (en termes d’espai, logística, etc.) han creat centres ocupacionals pràcticament específics per gent gran: grups més reduïts, en espais molt tranquils on tot funciona a un ritme més lent. Quan això no és possible, n’hi ha que s’organitzen per unitats de treball, dins d’un mateix centre, seguint aquesta mateixa lògica de creació de grups en funció de les necessitats de suport i el ritme desitjat.

“Nosaltres tenim dos equipaments molt propers a la llar-residència, que tenim registrats com a centres ocupacionals, per tots els perfils de baixa intensitat a nivell de ritme” (T_1).

“Llavors, com que els engloben en tres categories (SOI, STO, STOA), el que fem (...) és fer unitats diferenciades per nivells de suport.
(...) Nosaltres tenim un grup d’autogestors jubilats, tampoc fan pròpiament l’ocupació terapèutica. Per tant, hem anat dissenyant dins del centre diferents unitats amb diferents històries.” (GD_E2).

Tanmateix, **aquesta re-distribució de la població usuària per poder adaptar-se a les seves necessitats i ritmes, no sempre es correspon amb la distribució oficial de places.** Aquesta situació explica tant el desajust entre població diana i usuària d’alguns serveis (per exemple del SOI, inicialment adreçat a població jove que s’ha fet gran dins el servei), com la

hibridació entre perfil i tipus de servei, atès que la població usuària s'acaba agrupant per edat i necessitats de suport, en lloc de tenir en compte la valoració oficial que li assigna un tipus de servei específic. Al seu torn, per a les entitats això suposa haver de realitzar maniobres constants en termes de gestió i desdibuixa la informació de la que disposa el Departament de Drets Socials i Inclusió respecte la distribució de les persones usuàries a nivell territorial i per serveis.

En segon lloc, **l'envelliment de la població usuària dels serveis d'atenció diürna comporta haver de cobrir més necessitats de suport, tant bàsiques** (suport per a la realització de tasques quotidianes com desplaçar-se, anar al lavabo, menjar, etc.) **com especialitzades**: les persones grans tenen major necessitat de serveis de fisioteràpia, d'infermeria, de logopèdia, major necessitat d'anar al metge i per tant de coordinació amb els serveis sanitaris. Així no obstant, les ràtios d'atenció es mantenen constants —a no ser que es demanin re-valoracions de les persones usuàries, per anar cap a serveis amb majors necessitats de suport, i per tant, amb ràtios d'atenció més baixes.

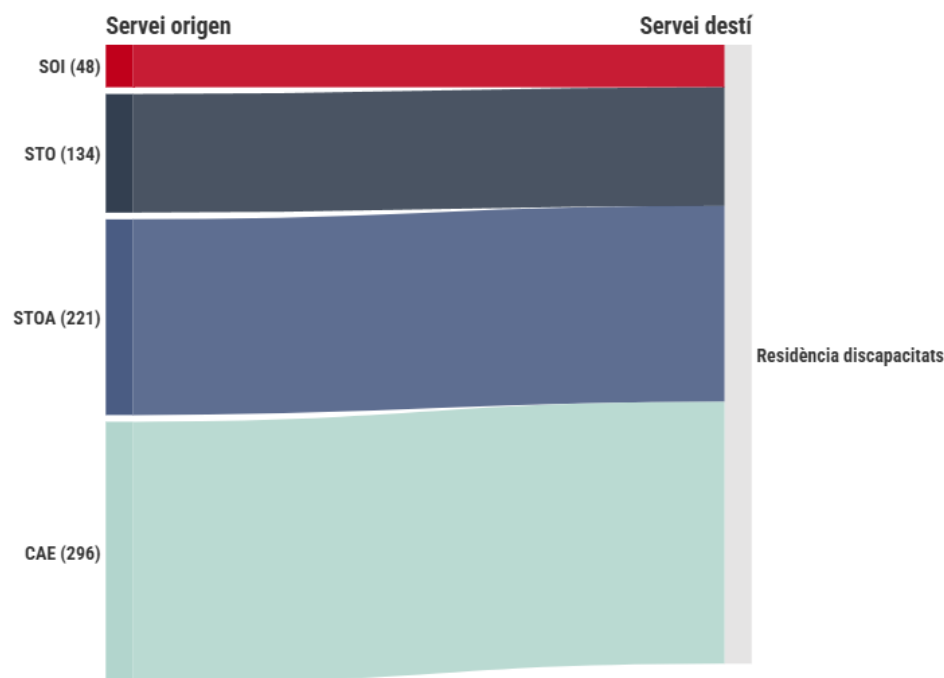
Tot i així, **no és realista homogeneïtzar les necessitats, els interessos, ni els ritmes de totes les persones grans**. Si bé la demanda general és de tranquil·litat i cura, cal tenir en compte que els seus ritmes durant l'adulthood han estat molt variats, i que a l'atenció diürna també hi arriben persones que venen de treballar durant dècades (en un CET generalment) —els anomenats SOI de retorn— o inclús persones que no han estat mai abans vinculades a un servei. Per tant, tampoc no seria convenient assumir que conforme es fan grans totes les persones usuàries demanaran activitats més tranquil·les i pausades.

Per aquestes persones a qui se'ls fa difícil seguir el ritme de l'atenció diürna —ja sigui perquè els horaris són massa extensos o perquè han deixat de tenir interès en les activitats— **es plantegen com opcions les transicions, bé a una residència per a persones grans, bé a una residència especialitzada per a persones amb discapacitat**, en els casos de majors necessitats de suport.

“Hem tingut casos que ho han demanat [parlant d'anar a una residència de gent gran], de dir, és que jo vull tranquil·litat i a mi m'agradaria anar-hi. Ho han demanat explícitament. Recordo tres o quatre darrerament i que llavors els companys els van a visitar allà on estan i estan la mar de bé” (T_1).

A partir de les dades de transicions dels darrers 15 anys, es constata que un nombre significatiu de persones ha passat dels serveis d'atenció diürna a residències especialitzades per a persones amb discapacitat. Tal com mostra la Figura 9, la major part de transicions corresponen a persones usuàries dels serveis CAE i STOA, seguits per l'STO i, en menor mesura, per persones valorades de SOI. Aquest patró sembla indicar que les persones amb necessitats de suport més extenses són les que finalment acaben accedint a aquest tipus de recurs residencial.

Figura 9. Transicions a residències de discapacitat els últims 15 anys



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025).

Cal destacar, que, per manca de dades, no s'han pogut analitzar en profunditat altres sortides possibles, com ara les transicions a residències de gent gran, ni tampoc el possible retorn al domicili per aprofundir en l'anàlisi de les transicions de sortida de l'atenció diürna en edats més avançades. Sí que s'han pogut analitzar, però, les defuncions produïdes en el marc dels serveis d'atenció diürna; és a dir, mentre les persones encara en eren usuàries dels serveis. D'acord amb la Taula 7 en els darrers 15 anys s'han registrat 378 morts, principalment entre persones usuàries de STO i STOA, seguides dels serveis CAE i, en menor mesura, dels SOI (si bé per entendre aquestes dades cal recordar que el 73% de la població usuària de l'atenció diürna actual està valorada de STO-STOA, el 7% de CAE i el 20% de SOI). L'edat mitjana en el moment de la mort varia segons el servei: al voltant dels 32 anys en el cas dels CAE, i entre 44 i 48 anys en els SOI i STO/STOA. Unes xifres que constaten, d'una banda, menor esperança de vida de les persones amb discapacitat, especialment d'aquelles amb necessitats de suport més extenses, i de l'altra, el fet que bona part de les persones usuàries passen pràcticament tota la seva adultesa en aquests serveis.

Taula 7. Nombre de defuncions per tipologia de servei

Servei	Nº morts	Edat mitjana de la mort	Edat mediana mort
SOI	130	48.5	52
STO	121	45.2	47

Servei	Nº morts	Edat mitjana de la mort	Edat mediana mort
STOA	99	32.8	27
CAE	28	44.4	47

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025).

En tot cas, el més important és que **aquesta transició pugui ser sempre una decisió de la persona, reflexionada i acompanyada**, perquè les residències són serveis de 24 hores, totalment incompatibles amb qualsevol altre servei de Cartera. En aquest sentit, a les entitats prestadores els preocupen algunes situacions:

- Aquelles persones que vivien a casa seva i que de manera a vegades brusca o forçada fan aquest pas a la residència *“per claudicació familiar, (...) perquè la família no pot més” (T_4)*. *“Perquè els pares es fan més grans que ells” (GD_E1)* i a vegades aquestes situacions es donen d'un dia per l'altre i la persona no té dret a decidir. *“I llavors perden l'activitat i perden tot el que han aconseguit” (GD_E1)*.
- El fet que moltes persones que s'estan jubilant dels CET, en funció de l'edat que tinguin estan sent directament redirigides a serveis residencials, és a dir a residències de gent gran. Concretament, comenten que han de demanar la revaloració de SOI o d'STO *“abans [que aquestes persones] no arribin als 65 anys, perquè sinó ja no ens les deixen” (T_3)*. Aquesta política (que algunes informants identifiquen com a nova) preocupa algunes entitats, doncs consideren que *“les residències de gent gran tenen unes característiques diferents” (T_3)*, que no s'adaptin a les necessitats d'acompanyament de les persones que tota la vida han estat vinculades a una entitat de referència, i sens dubte, afirmen que no són adequades per a les persones amb discapacitats especialment complexes.

En aquest sentit, hi ha consens entre les persones informants sobre el fet que —si bé poden tenir necessitats de suport i interessos molt diferents— de manera general totes les persones usuàries de l'atenció diürna **continuen necessitant un acompanyament quan es fan grans**. Inclús les persones que *“s'estan jubilant [dels Centres Especials de Treball] (...) han estat acompanyades a l'etapa d'educació, han estat acompanyades durant l'etapa laboral” (T_3)* i, per tant, també en aquest període de jubilació necessiten un mínim acompanyament, un espai de referència; raó per la qual defensen que puguin ser revalorades de SOI o d'STO en lloc de redirigir-les directament a un servei de residència.

En aquesta direcció, és important recordar que l'article 19 de la CDPD planteja el dret de les persones amb discapacitat a viure de manera independent i de ser incloses en la comunitat, la qual cosa implica que els Governos han de vetllar per evitar sigui com sigui el seu aïllament i han de prioritzar que puguin aconseguir una plena inclusió en la comunitat. Per tant, és important que la transició a una residència sigui sempre un canvi desitjat i decidit per la persona usuària. D'altra manera, els serveis haurien de poder proporcionar les condicions per a que les persones usuàries, **portin “una jubilació [el] més normalitzada**

[possible], participant en els recursos comunitaris de gent gran" (GD_P). Aquesta és la principal demanda de les entitats prestadores pel que fa a les persones, que tot i fer-se grans volen continuar portant una vida activa. Persones que en molts casos s'han jubilat després de tota la vida treballant en un CET i que no volen haver de llevar-se a les 7h del matí per entrar al servei a les 9h i estar-hi vuit hores. Per donar resposta a aquesta demanda la Fundació Maresme ha posat en marxa un servei experimental d'envelliment actiu, adreçat a les persones usuàries de centres ocupacional amb major nivell d'autonomia.

Servei experimental d'envelliment actiu comunitari de la Fundació Maresme

En un moment determinat la Fundació Maresme va començar a rebre persones usuàries en edat de jubilació, moltes d'elles provinents de CETs (tot i que un 20% no havia estat mai abans en cap entitat), que les re-valoraven de SOI o d'STO per a que tinguessin accés a un servei d'acompanyament durant el dia. Tanmateix, es tracta de persones amb força autonomia, que només necessiten un suport intermitent per poder realitzar activitats en la comunitat. Conseqüentment, malgrat van realitzar molts intents per adaptar les activitats i els grups, no se sentien còmodes als centres ocupacionals.

Per aquesta raó van decidir posar en marxa un servei experimental específic per acompanyar aquesta etapa d'envelliment actiu, en el qual actualment participen 27 persones (12 homes i 15 dones), amb una mitjana d'edat de 56 anys. Aquestes *"persones fan tota una sèrie d'activitats a la comunitat, de voluntariat, d'anar a fer activitats en centres cívics"* (GD_P).

El servei funciona amb una mirada de Planificació Centrada en la Persona. Des del centre, s'ofereix un acompanyament per fer una transició a la jubilació: en un primer pas els hi fan un acompanyament a descobrir què els agrada i en un segon pas els ajuden a fer el calendari d'activitats, cada persona te el seu propi calendar (alguns més plens i altres menys). S'ofereixen les activitats en funció del què vol la persona, no són serveis fixes i no hi ha un horari definit.

Tenen tres tipus d'activitats:

- Activitats a la comunitat:
 - Inclusive: els usuaris es dirigeixen individualment a casals o centres externs per assistir-hi a les activitats pròpies. Tenen 33 activitats a 10 casals comunitaris. Les professionals de l'atenció diürna seguiment d'assistència.
 - Comunitàries: activitats inclusives organitzades pel servei d'envelliment, que es realitzen en equipaments comunitaris. Tenen 10 activitats en 5 equipaments.
- Activitats al servei d'envelliment:
 - Pròpies de l'entitat: activitats organitzades pel servei d'envelliment que es realitzen al propi centre i que són dinamitzades per voluntaris.

Raó 2: Valoracions considerades incorrectes

El segon element darrera la hibridació entre perfil i tipus de servei són les valoracions que es realitzen des dels Centres d'atenció a persones amb discapacitat (CAD). D'acord amb la

percepció de les entitats informants —i hi ha absolut consens sobre aquesta qüestió— **les valoracions no s'estan realitzant correctament**. Respecte a aquesta qüestió afloren arguments de diferent tipus:

- a. **Les metodologies** que empren els CAD per realitzar les valoracions es perceben com **antiquades i poc adequades** per considerar la complexitat de les persones i les seves situacions.

“Els criteris de valoració que fan per saber si una persona ha de rebre un servei o no són els mateixos des de fa 30 anys. Vull dir, són unes proves que realment no donen una orientació bona” (GD_E2).

- b. El fet que les **valoracions vagin lligades a uns mòduls econòmics** diferenciats genera dinàmiques perverses. D'una banda, les entitats tenen la percepció que l'administració tendeix a fer més valoracions de SOI perquè són més econòmiques.

“[El SOI] és un servei que queda com una bossa per no passar la gent a valoració d'ocupacional, que és un mòdul molt més car d'atenció social” (T_1).

D'altra banda, la necessitat de moltes entitats de demanar re-valoracions per persones que consideren que tenen més necessitats de suport de les que se'ls han reconegut ha portat en alguns casos a demanar revaloracions de manera sistemàtica:

“Mira, nosaltres som una entitat que mai vam voler SOIs. (...) El que fèiem era que els tornessin a valorar i normalment estaven dins l'STO perquè hi havia moltes més ràtios i això” (T_3).

- c. Hi ha casos en què —d'acord amb el relat de les entitats— **una característica de perfil (per exemple, el fet de ser jove) eclipsa la resta i per tant no es valora la complexitat real de les necessitats de suport**.

“Un dia ens ho deien: no, és que mira, és que és jove, li donarem un SOI perquè és jove. (...) I quan són persones amb una alta complexitat a nivell emocional, a vegades amb conducta greu, (...) requereixen molt suport i te'ls paguen 1-14” (GD_E2).

- d. D'acord amb el relat de les entitats, el fet que siguin **les famílies** qui acompanyin les persones usuàries en el moment de la valoració —perquè són sens dubte qui millor les coneix— en alguns casos genera que **no proporcionin la informació més adient o útil per a una valoració adequada i realista**.

Com a conseqüència de tot plegat, les entitats relaten que **cada vegada tenen menys en compte les valoracions formals amb les que arriben les persones usuàries** —si bé determinen l'import que cobren per aquella plaça i les condicions en què suposadament han de prestar el servei. Així, del treball de camp se'n desprèn que **les entitats prestadores de serveis d'atenció diürna han anat desenvolupant les seves pròpies estratègies per segmentar la seva població usuària**: algunes ho fan en funció de les necessitats de suport —com ja s'ha comentat al parlar de l'envelliment—, d'altres han creat itineraris o dinàmiques amb *“diferents graus d'exigència”* (GD_P), n'hi ha que permeten que siguin les usuàries qui triïn què volen fer...

“Al final el perfil és segons les necessitats i interessos de les persones. Per nosaltres no ens influeix que estigui valorat d'una forma o d'una altra” (GD_E1).

“Del munt de persones que tenim valorades de SOI (...) distingim les que nosaltres creiem que són SOI de les que la Generalitat valora com a SOI. És a dir, nosaltres tenim persones amb valoració SOI que els estem donant atenció d'STO. Per tant, les considerem STO. (...) És a dir, tenim uns criteris propis i en funció d'això atenem” (GD_E2).

“Hem apostat per un model de suport, o sigui, no tenim tant present la valoració sinó la necessitat de suport que aquella persona té. Llavors, hem creat diferents models d'atenció en funció de les necessitats de suport, de l'edat, de si hi ha o no hi ha trastorn de conducta... Per tant, ara estan coexistint aquests perfils en el mateix centre ocupacional” (GD_P).

En qualsevol cas, **aquesta flexibilitat de facto es tradueix en una realitat ben heterogènia a nivell territorial**; cada entitat prestadora funciona i s'organitza segons el seu propi criteri. Òbviament la normativa defineix unes bases de funcionament comunes, però cada entitat sembla haver desenvolupat les seves pròpies estratègies per adaptar-se a una realitat en què la normativa i l'actual tipologia de serveis ja no resulten útils ni adequades per atendre les necessitats de les persones usuàries.

Raó 3: Necessitats canviants però valoracions estàtiques

Les necessitats que tenim totes les persones, i per tant també les usuàries de l'atenció diürna, no són estàtiques al llarg de la vida, varien. A l'apartat sobre envelliment s'ha comentat que sovint augmenten amb l'edat, però aquest no és l'únic motiu de variació. Com tothom, les persones amb discapacitat poden viure moments al llarg de la vida durant els quals —per múltiples raons— necessitin un suport més intensiu, i això no té perquè significar que aquesta necessitat de major intensitat es mantindrà per sempre. En altres paraules, les necessitats no sempre va en augment ni ho fan de manera lineal.

“Potser hi ha persones que passen 40 anys allà. Vull dir que és evident que s'han de fer moltes coses, perquè si és un servei per tota la vida pràcticament, no pot ser una cosa estanca i estàtica, perquè les persones necessiten moltes coses diferents al llarg de la vida” (GD_P).

“[S’haurien de poder fer] passos endavant i endarrere, [la transició] no sempre implica anar cap a més necessitats de suport” (GD_E2).

Tanmateix, les dades il·lustren que ara per ara les valoracions són pràcticament estàtiques, com si les persones poguessin mantenir la mateixa necessitat de suport al llarg de trenta o quaranta anys. Perquè no es pot oblidar que per aquestes persones la valoració determina els recursos als quals tenen dret per cobrir les seves necessitats:

“A partir d’aquí, amb proves absolutament caduques, acaben fent una valoració quasi bé de per vida, perquè etiqueten administrativament a la persona i als recursos que tindrà dret” (T_1).

D’acord amb el sistema actual, aquests canvis en les necessitats de suport s’haurien de traduir en re-valoracions, cap a tipus de serveis que s’ajustin a la nova realitat de les persones. Tanmateix, hi ha consens entre les persones informants que aquests processos de **revaloració** no només són extremadament lents i poc àgils, sinó que en molts casos no prosperen.

“Canviar aquestes valoracions és una feina costosíssima que fan els nostres equips (...), però que vol dir generar encara més col·lapse al sistema. Per tant, per un canvi de valoració, si te l’accepten, poden passar dos, tres, quatre, cinc anys. I si no te l’accepten, torna-hi” (T_1).

“Nosaltres tenim un[a persona valorada de] SOI de 70 anys, o sigui, laboralment no sé on la posarem. I no ens volen canviar la valoració” (T_3).

Per això algunes entitats s’han dotat d’eines pròpies i/o estandarditzades (com per exemple la Classificació Internacional de la Funcionalitat de la Discapacitat i de la Salut¹⁵) per valorar de manera periòdica com canvien les necessitats de suport de les persones usuàries i realitzar les seves pròpies adaptacions (internes) al tipus de suports que reben. A partir d’aquestes valoracions a vegades demanen les re-valoracions, però d’altres no.

¹⁵ La Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF) és una classificació que descriu el funcionament i la discapacitat de les persones, integrant factors de salut i de l’entorn, amb l’objectiu de tenir un llenguatge comú i una visió integral de la salut. Aquesta va ser aprovada per la 54a Assemblea Mundial de Salut de l’OMS, el 22 de maig de 2001 (Resolució WHA 54.21) com a revisió de la Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses (CIDDM) de 1980.

És per aquesta raó que, analitzant les dades de persones usuàries de l'atenció diürna dels darrers 15 anys, es constata que **només 604 persones usuàries¹⁶ s'han mogut d'un servei a un altre**; és a dir, han estat re-valorades o han realitzat una transició dins del sistema. Aquesta xifra, tenint en compte el període analitzat, és notablement baixa i evidencia una forta tendència a l'immobilisme dins del sistema.

Les Figures 10 i 11 recullen gràficament aquestes transicions, diferenciant els moviments cap a serveis amb majors intensitats de suport i cap a serveis amb menors intensitats. L'anàlisi mostra que **la gran majoria de les transicions es produeixen cap a serveis amb un nivell de suport més extens**, i sovint cap al recurs immediatament superior dins l'escala de suports. Aquest patró revela una lògica de **transició reactiva**, que es posa en marxa principalment davant l'agreujament de les necessitats de la persona i sovint per pressió de les entitats prestadores de serveis, que busquen disposar de més recursos per a l'atenció, més que no pas com a resultat d'un procés d'adaptació a la trajectòria vital de la persona.

A més, les dades mostren que les transicions són molt poc recurrents: de les 614 transicions registrades en els últims 15 anys, només 10 corresponen a persones que han canviat de servei més d'una vegada durant aquest període. Això implica que el 95% de les persones que transiten ho fan només una única vegada, reforçant així la idea **d'una valoració (l'EVO laboral) per a tota la vida**.

En conjunt, aquestes dades donen suport a l'argument expressat per les entitats segons el qual, **malgrat les necessitats de suport evolucionen al llarg de la vida** —i no només ho fan de manera creixent—, **el sistema de valoracions i el model de serveis que se'n deriva no afavoreixen itineraris flexibles ni ajustaments proactius a les necessitats de la població usuària**. Aquesta rigidesa suposa un repte important per a la personalització i qualitat dels suports, així com per a un enfocament de vida independent i centrat en la persona.

¹⁶ Amb les dades disponibles no es possible calcular la proporció que representen respecte al total d'usuàries que han atès l'atenció diürna els últims 15 anys.

Figura 10. Transició de serveis amb menor intensitat de suports serveis majors intensitats de suport

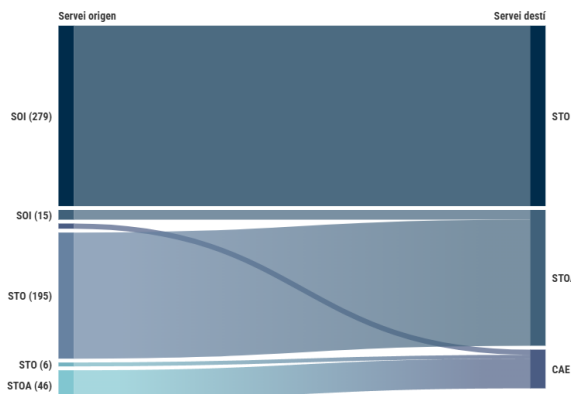
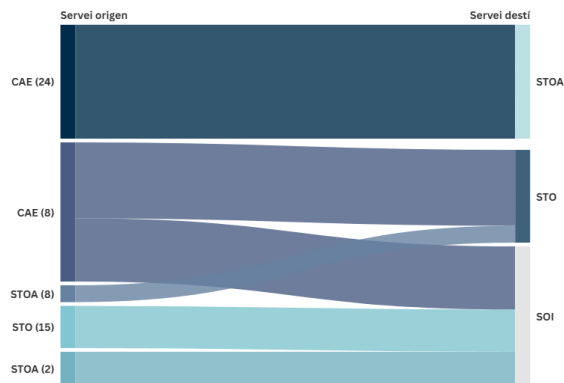


Figura 11. Transició de serveis amb major intensitat de suports serveis amb menors intensitats de suport



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025).

Ara bé, **encara que no es tradueixin en canvis de servei, les transicions en la vida d'aquestes persones —de qualsevol persona— es produeixen igualment.** I quan això succeeix, les persones usuàries **necessiten ser acompanyades** —com ho necessitem totes les persones i segurament una mica més. Perquè *“les transicions són flexibilitat i caos. I un ha d'esperar, i ha de donar temps, i ha de poder sostenir, perquè si la persona ha d'acabar de decidir una cosa que no coneix, que està anant, que li està canviant, que li suposa perdre coses, que li suposa dependre's d'altres, que li suposa coses noves...”* (GD_E1) els serveis (i per tant els seus equips de professionals) han d'estar capacitats i han de poder oferir les condicions per acompanyar aquests moments vitals. I en aquest sentit és important remarcar que —d'acord amb el relat de les professionals— els serveis haurien de **ser prou flexibles** per donar marge a l'equivocació: *“desmuntar per tornar a muntar i potser equivocar-nos bastant i tornar a provar-ho i poder-nos permetre això”* (GD_E1).

Com s'abordarà més endavant, aquest dret a equivocar-se —que d'alguna manera tenim totes les persones i que és fonamental a l'hora de fer front a canvis vitals— està molt **relacionat amb les compatibilitats (o més aviat les actuals incompatibilitats) entre serveis**. Si bé aquesta qüestió supera l'abast d'aquesta avaluació, no es pot deixar de considerar que en el temps que la gran majoria de persones usuàries passen a l'atenció diürna han de fer front, com a mínim, a decisions laborals (que haurien de poder ser múltiples, com les de totes les persones que ens permetem canviar de feina, o inclús prendre'ns un temps per descansar o per reflexionar si el que fem ens agrada), a decisions personals com marxar de casa o fer front a dols i a decisions de caràcter més social, relacionades amb els vincles, la xarxa i els espais de participació.

Raó 4: Facilitar l'organització i el funcionament dels serveis

Aquesta quarta raó darrera la hibridació dels perfils associats a cada tipus de servei és d'alguna manera conseqüència de totes les anteriors. Ja s'ha anat explicant que donar una millor resposta a les necessitats individuals de cada persona usuària les entitats prestadores han anat fent canvis en l'organització dels serveis. El fet és que **el funcionament quotidià de les entitats es facilita de manera substancial si presten activitats de manera conjunta**. De fet, una part de les entitats entrevistades que presten SOI i STO ho fan de manera conjunta, com únic servei de cara la població usuària. I també n'hi ha que presten conjuntament STO i CAE perquè tenen poques persones valorades de CAE i prefereixen integrar-les en la resta del grup, i no pas deixar-les aïllades en un espai separat com proposa la normativa.

“Vam apostar per fer una fusió entre el que era el SOI i l'STO aquí a l'entitat. Per una sèrie de situacions i circumstàncies vam valorar que estàvem fent un funcionament molt paral·lel amb els SOIs que teníem i els ocupacionals d'aquell moment, amb els STOs, i vam fer una fusió” (GD_P).

“Les persones de STO i SOI que estaven a [nom del municipi] ara estan allà, però es barregen, no hi ha el títol de STO o SOI” (T_3).

Adicionalment, del relat d'algunes professionals se'n desprèn que sovint també es barregen grups (relatius a serveis diferents) per **optimitzar i transversalitzar recursos (sobretot humans)**, com identifica la cita següent:

“Els SOIs, les ràtios i l'equiparació que té a nivell de tècniques, per exemple, no té pedagogs. Llavors vam dir, doncs potser si sumem els dos serveis, l'equip tècnic podrà tenir més capacitat amb el suport dels pedagogs” (GD_P).

Taula 8. Resum dels motius de desajust entre serveis

	Població diana	Població usuària	Motiu desajust
SOI	Joves que necessiten un recurs de transició per entrar al mercat laboral.	1. Joves que accedeixen al servei després d'un llarg i frustrant recorregut per programes d'inserció laboral. 2. Persones de totes les edats que treballen competències laborals, però no aspiren a tenir feina. 3. Persones que retornen a l'atenció diürna després de treballar durant anys en un CET.	- No es concep com un recurs de transició sinó com un servei permanent. - Acull persones que volen treballar (o millorar les seves habilitats ocupacionals) i d'altres que no. - És incompatible amb la realització de pràctiques i amb la possibilitat de treballar.
STO	Persones que no tenen capacitat productiva però poden treballar habilitats ocupacionals.	Persones de totes les edats, amb diferents graus d'interès per la dimensió laboral i nivells de necessitat de suport molt diversos.	- No es considera ètic diferenciar les persones (i sobretot, determinar a quins serveis tenen accés) en funció de la seva capacitat productiva. - Hi ha persones valorades de STO que estan treballant en el marc de programes experimentals (treball amb suport i/o en la comunitat).
STOA	Persones amb valoració de STO però més necessitats de suport.	Persones amb moltes necessitats de suport, que tenen dificultats per desenvolupar habilitats ocupacionals.	- La manca de centres CAE al territori genera que el gruix d'aquestes persones tinguin doble valoració STO-CAE. - Durant un període llarg, la tarificació de les valoracions de STOA era millor que les de CAE.
CAE	Persones que necessiten atenció especialitzada	Persones amb moltes necessitats de suport que necessiten una atenció força medicalitzada.	- La manca de centres CAE al territori genera que el gruix d'aquestes persones tinguin doble valoració STO-CAE. Per tant moltes persones amb valoració de CAE són ateses en centres STO.

5.2. Resultats esperats dels serveis: de la inserció laboral a l'autodeterminació de les persones usuàries

La Figura 5 de l'apartat 5 il·lustra la doble classificació sobre la qual es fonamenta la tipologia de serveis d'atenció diürna: d'una banda, les necessitats de suport que presenten les persones usuàries, i de l'altra, la seva vinculació amb la dimensió laboral. Aquesta doble lògica evidència com les tipologies de servei –SOI, STO, STOA i CAE– responen a una gradació que va de menor a major necessitat de suport. Alhora, la normativa estableix una distinció entre les persones que, d'acord amb la valoració administrativa, es considera que tenen capacitat productiva, potencialment inseribles al mercat de treball protegit (ja que les definicions de població diana fan referència als CET), i aquelles que en la seva valoració administrativa es considera que no tenen suficient capacitat productiva per treballar al mercat de treball protegit.

En l'apartat anterior s'ha evidenciat, primer, una hibridació dels perfils de població usuària dels diferents tipus de servei (com a mínim entre SOI i STO, i entre STOA i CAE), però també les limitacions d'intentar fer encaixar les persones en capsetes, especialment quan aquestes capsetes són úniques i per tota la vida. En aquest apartat es posa el focus en l'altre eix definitori de la tipologia de serveis d'atenció diürna: la dimensió laboral. Així, en

els apartats següents s'analitza la pertinència d'organitzar els serveis amb base a la capacitat productiva de les persones usuàries i la possibilitat de treballar capacitats laborals, i la coherència d'aquest plantejament amb la CDPD, amb l'horitzó de millorar la qualitat de vida de les persones.

Figura 12. Tipologia de serveis segons com es treballa la dimensió laboral

	Centres ocupacionals			
	Servei Ocupacional d'Inserció (SOI)	Servei de Teràpia Ocupacional (STO)	Servei de Teràpia Ocupacional amb Auxiliar (STOA)	Centre d'Atenció Especialitzada (CAE)
"Capacitat productiva"	✓	✗	✗	✗
Treball de capacitats laborals	✓	✓	✓	✗

Font: Elaboració pròpia.

5.2.1. De la capacitat productiva al dret a treballar

Aquest model classificatori —segons el qual la diferència entre els centres ocupacionals i l'atenció especialitzada rau en la intensitat de les necessitats de suport de la població diana i es deriva en el treball o no de competències laborals, i la distinció entre SOI i STO es basa en la valoració de la capacitat productiva de la població diana—, és objecte de crítiques no només per la seva rigidesa —derivada de les valoracions estàtiques comentades en l'apartat anterior— sinó també per les seves implicacions ètiques. Diverses entitats informants expressen una crítica de fons envers el model classificatori vigent, alertant que **vincular l'accés als serveis a la capacitat productiva és una pràctica èticament problemàtica**. Tal com expressa una professional: *"actualment [...] no és vàlida la idea que hi ha persones productives i no productives. És que això és indigne. O sigui, èticament no és suportable ja"* (T_4).

En aquest sentit, és important tenir en compte que l'article 27 de la CDPD diu textualment que "les persones amb discapacitat tenen dret a treballar i a escollir lliurement la seva feina". Aquest reconeixement entra en contradicció directa amb l'actual classificació de les persones usuàries entre els serveis de SOI i STO en funció de si tenen "capacitat

productiva adequada per integrar-se en un CET” o no. D’acord amb l’esperit de la CDPD, amb els suports necessaris totes les persones poden treballar.

“Per què una persona amb una discapacitat no pot entrar dintre del món laboral? El seu dret a decidir i la seva llibertat de dir, doncs jo vull anar a una empresa ordinària a treballar. És com trencar una mica amb aquest esquema que sempre s’ha tingut” (T_2).

De fet, aquest és el posicionament que defensen aquelles entitats que utilitzen la metodologia de “**treball amb suport**”. Aquest model parteix del reconeixement del dret al treball i aposta per generar itineraris d’inserció dins del mercat laboral ordinari. La seva viabilitat es basa en la provisió de suports específics —com l’acompanyament continuat, les pràctiques adaptades o el suport al lloc de treball— que fan possible que les persones amb discapacitat puguin desenvolupar tasques laborals de manera autònoma i satisfactòria. Una professional ho expressa així: *“el que fem és adaptar en tot moment la feina (...); jo no els hi faig la feina, sinó que els hi facilito els passos perquè ells, de manera autònoma, puguin desenvolupar aquestes tasques ocupacionals”* (GD_P). Per tant, l’acompanyament és doble: a les empreses per a que puguin adaptar el lloc treball a la persona concreta que s’incorporarà a l’equip —i això inclou tant adaptacions físiques com organitzatives del lloc de treball— i a la persona usuària, per a que pugui assumir les seves tasques inicialment de manera acompanyada i progressiva, fins que el suport es converteix en un seguiment esporàdic.

Algunes experiències de treball amb suport posen de manifest que, amb els suports adients, persones amb valoració de STO, que per tant el sistema havia considerat que no tenien la capacitat productiva per incorporar-se ja no a l’empresa ordinària, sinó a un CET, poden treballar en entorns laborals ordinaris, i ho estan fent. En aquest sentit, les entitats que treballen amb aquest model, subratllen que en cap cas la valoració d’STO hauria de suposar una barrera; la clau és que es puguin **construir itineraris laborals flexibles (que permetin adaptar-se als ritmes, interessos i capacitats de cada persona) i comptar amb suports estables**.

“Amb una bona formació des d’aquí, (...) des de STO, amb un bon acompanyament, amb un bon seguiment, trobant una feina adequada, aquesta persona pot anar a treballar (...). Les persones que han anat a treballar estan funcionant súper, súper bé, fent una tasca com qualsevol altra” (T_2).

Aquesta inclusió laboral al mercat ordinari comporta tota una sèrie d’impactes positius per la persona usuària de l’atenció diürna, en termes d’autoestima, d’empoderament i de realització personal, però també per l’empresa en la qual s’incorpora, que es beneficia d’un entorn de treball més divers, inclusiu i compromès socialment. La incorporació de persones amb discapacitat pot afavorir la cohesió dels equips, millorar el clima laboral i

potenciar valors com la cooperació, l'empatia i la responsabilitat. A més, permet a les empreses avançar en els seus compromisos de responsabilitat social corporativa, millorar la seva imatge i reputació, i complir amb les normatives legals en matèria d'inclusió. Addicionalment, aquesta inclusió laboral comporta un benefici social en termes de reconeixement de les persones amb discapacitat —i per tant d'eliminació de prejudicis i estigmes—, ja que es posa de manifest la seva participació i contribució a l'empresa, en igualtat de condicions amb els seus homòlegs.

Ara bé, el reconeixement del dret al treball no s'esgota amb l'accés al mercat laboral ordinari, ni tan sols al mercat laboral protegit. En paral·lel, diverses entitats promouen formes de participació social i implicació comunitària que poden generar valor social i personal, com és el cas del que anomenen **treballs en la comunitat**: activitats desenvolupades en l'entorn comunitari que afavoreixen el vincle social, la utilitat percebuda i la inclusió. Aquest plantejament amplia la noció de contribució a la societat més enllà de la seva dimensió estrictament remunerada i contractual, i reconeix com a valuoses altres formes de participació activa i significativa en la comunitat. Així, activitats com el voluntariat, els projectes artístics o les iniciatives de suport mutu són considerades formes legítimes i valuoses de contribució social, amb un impacte positiu tant per a la persona com per a l'entorn. El model (que defensa una altra de les entitats entrevistades) parteix de la idea que no totes les persones volen o poden accedir al mercat laboral, però això no implica que no puguin desenvolupar una vida plena ni aportar valor a la societat. Al contrari, el treball en la comunitat pot afavorir la inclusió, el sentiment d'utilitat, el reconeixement i els vincles socials, des d'una mirada que integra múltiples dimensions de la vida quotidiana més enllà de l'ocupació formal.

Aquest enfocament obre la porta a una nova concepció **d'ocupació amb sentit**, entesa no com a sinònim de treball, sinó com una ocupació que promou activitats útils i socialment reconegudes per la comunitat, que puguin donar resposta a necessitats socials no cobertes pel mercat, com per exemple el suport a persones grans, tasques ambientals o activitats culturals locals (com ara l'obertura al públic i activitat de guia d'espais culturals que d'altra manera estarien tancats, com fa la fundació Amadip Esment a les Illes Balears). Altres entitats opten per arribar a acords amb empreses, administracions o entitats del territori per desenvolupar activitats com la distribució de materials informatius —com en el cas del servei “bústia a bústia”— o el seguiment telefònic a persones grans que viuen soles. Aquestes accions, tot i no tenir una rendibilitat econòmica directa, generen un valor social rellevant i contribueixen a la visibilitat i inclusió social i laboral de les persones amb discapacitat.

Amb una lògica similar també hi ha diverses entitats que promouen el **voluntariat** (de les persones usuàries de l'atenció diürna) com una via de participació reconeguda i significativa. Aquest tipus de col·laboració no només té un impacte positiu en la comunitat, sinó que és especialment valorada per les persones usuàries pel sentiment d'utilitat, de

reconeixement i de vincle social que genera. Així, s'amplia el concepte de treball més enllà de la dimensió remunerada, reconeixent com a legítimes i valuoses altres formes de contribució a la societat. Al seu torn, aquestes reverteixen en un canvi en la concepció que es té socialment de les persones amb discapacitat.

Aquest conjunt d'experiències reflecteix l'existència d'un debat viu dins del sector, en què diverses entitats exploren formes legítimes d'ampliar les vies de participació i inclusió, **sense contraposar-les al dret al treball**, sinó entenent-les com a drets complementaris que contribueixen al desenvolupament d'una vida plena i a la millora de la qualitat de vida.

Per tot plegat, vincular l'accés als serveis a la capacitat productiva ja no només resulta èticament qüestionable, sinó que tampoc reflecteix la diversitat de trajectòries ni les pràctiques que avui ja s'estan desenvolupant. Al llarg d'aquest apartat s'han recollit experiències que demostren que, amb els suports adequats, persones valorades com a no productives poden accedir al mercat laboral ordinari i exercir el seu dret al treball. També s'han documentat formes de participació comunitària amb valor reconegut, que desafien la rigidesa del model actual i mostren altres maneres de contribuir a la societat. Tot plegat posa en qüestió la vigència d'una classificació basada en valoracions estàtiques, que no només limita els drets de les persones, sinó que també invisibilitza les seves capacitats, desitjos i aportacions i compromet la seva qualitat de vida.

5.2.2. Dels suports laborals als suports integrals per a la vida

El que s'ha exposat en l'apartat anterior no invalida que, per a aquelles persones que expressen interès en treballar, sigui important disposar d'un espai on desenvolupar hàbits i competències laborals. De fet, aquesta és una de les funcions dels centres ocupacionals. Tanmateix, aquest treball de competències laborals ha de fer possible que la persona, amb els suports adequats, pugui accedir a alguna forma d'ocupació —ja sigui en un entorn protegit, ordinari o bé participar en activitats socialment reconegudes dins la comunitat, en el marc d'una ocupació amb sentit o de la participació comunitària. És aquí on pren rellevància poder comptar amb experiències laborals progressives que facilitin la participació en alguna forma de treball.

En aquest context, resulta fonamental analitzar com **les condicions establertes per la normativa** que regula actualment els centres d'atenció diürna i que determina de quina manera es treballen les competències laborals, **difficulta enormement que les persones usuàries puguin realitzar una transició progressiva i acompanyada al mercat laboral**. Les principals raons són les següents:

- Actualment, els serveis d'atenció diürna són **incompatibles amb la realització de pràctiques laborals**. Tot i que una part significativa de les persones usuàries expressa el desig de treballar, el sistema actual no permet desenvolupar itineraris de formació i

adquisició de competències laborals prou flexibles ni adaptats a l'evolució de cada cas. És poc realista pensar que les persones usuàries es podran incorporar directament a una empresa sense haver disposat abans de diverses experiències pràctiques, que els permetin adquirir les habilitats laborals necessàries per facilitar que la incorporació posterior sigui exitosa. Si bé alguns d'aquests entorns es poden intentar reproduir en el marc d'activitats prelaborals (que és el que fan actualment els serveis ocupacionals), tot el que succeeixi dins el centre ocupacional es produeix en un entorn protegit, que no necessàriament deixa anticipar el que succeirà en l'entorn laboral. Tal com ho expressa una professional:

“Si té la capacitat de treballar intentem que vagin al Servei de Formació i Inserció perquè poden fer pràctiques... En els serveis concertats (...) com hem de promoure la inserció laboral sense fer pràctiques?” (T_3).

- A més a més, els serveis d'atenció diürna són —d'acord amb la normativa actual— totalment incompatibles amb treballar. És a dir, **si les persones usuàries troben feina han de sortir de l'atenció diürna i perden la plaça**. Aquesta incompatibilitat respon, en gran part, a una concepció implícita del treball com una activitat exercida a jornada completa, que invisibilitza altres formes de participació laboral més parcials, intermitents o adaptades. Aquest enfocament rígid contradiu allò que s'ha exposat anteriorment sobre la variabilitat de les necessitats i interessos al llarg del cicle vital i la importància de poder transitar entre etapes i situacions diverses. Impedir que una persona pugui compatibilitzar una feina —encara que sigui parcial o en període de prova— amb el manteniment temporal de la seva plaça d'atenció diürna limita la possibilitat de construir itineraris vitals flexibles, que incloguin experiències formatives pròpies de la vida adulta. És fonamental que les persones amb discapacitat puguin explorar opcions, prendre decisions, reformular-les, si cal, i fer marxa enrere, sense perdre el suport que necessiten. Alhora, aquest funcionament genera inseguretat i por al fracàs, tant per a les persones usuàries i les seves famílies, com per a les entitats i les empreses, ja que qualsevol pas endavant pot comportar la pèrdua irreversible d'un recurs essencial si l'itinerari laboral no es consolida.

“Venien moltes famílies, de dir, no, no, és que m'han dit que si el meu fill marxa del SOI no podrà tornar mai més, perquè perdo la plaça. I llavors, si no li funciona l'altre, què passarà amb el meu fill?” (GD_E1).

Tal com evidencia la cita anterior, **aquesta incompatibilitat representa un gran desincentiu a treballar**. Si a més, tenim en compte que les persones usuàries no han pogut en molts casos desenvolupar prèviament períodes de pràctiques, és fàcil pensar que acceptar una feina sigui massa arriscat, tant per les persones usuàries com per les seves famílies, ja que si l'experiència laboral no és exitosa hauran de gestionar l'espera mentre no tornin a aconseguir una plaça a l'atenció diürna. I ja s'ha comentat anteriorment que els processos

de valoració i revaloració són extremadament llargs; per tant, una experiència laboral que no funcioni bé pot derivar en que aquella persona estigui anys sense poder accedir de nou a un servei.

En aquest sentit hi ha força consens entre les entitats —i no només entre aquelles que segueixen la metodologia de treball amb suport— que **treballar la dimensió laboral amb les persones usuàries de l'atenció diürna requereix un marc de compatibilitats més flexible, que permeti que la persona usuària treballi algunes hores a la setmana** (que poden anar variant segons les necessitats i interessos vitals) —sigui amb un contracte laboral o en règim de pràctiques— **sense perdre la plaça a l'atenció diürna**. Així ho està fent actualment una entitat que de manera experimental està posant en pràctica la metodologia de treball amb suport des d'un centre amb RESES d'STO, on les persones usuàries realitzen una jornada laboral de màxim 20 hores i mantenen la seva plaça a l'atenció diürna i per tant la seva relació amb l'entitat. Al final, l'entrada al mercat laboral és una transició més a la vida, i és important que sigui acompanyada.

“Però és una entrada a l'empresa ordinària amb un acompanyament. Els primers quinze dies la persona [la insertora laboral] s'estava allà amb ella, veia com ho feia. Llavors, els van donant més autonomia, van anant sola i, per tot i així, no els abandonen mai, perquè també costa molt entrar una persona com, per exemple, els nostres, en un entorn normal i ordinari. Però, clar, hi ha sempre el contacte d'ella i la persona seva [referent de l'entitat]” (GD_P).

D'altra banda, és important tenir present que l'etapa laboral en la vida d'una persona pot ser molt llarga o molt curta, molt estable o molt canviant, transcórrer en un període únic o de manera interrompuda. No es pot assumir que els itineraris laborals de totes les persones amb discapacitat seran iguals. Per això és fonamental avançar cap a models més flexibles i per això les persones informants insisteixen en què, en aquests casos en què hi ha un interès clar per desenvolupar aquesta dimensió laboral **és clau no perdre la vinculació amb l'entitat**, perquè permet que la persona conservi un referent professional.

“Tothom ha de poder tornar a tenir un equip (...) que no sigui anem a fer un examen aviam cap on has d'anar, sinó tu ves venint aquí i anirem donant opcions. I potser tornaràs a treballar a l'empresa ordinària uns mesos, o potser faràs formació, però no hi ha la possibilitat de classificar la gent i això és el que s'ha d'eliminar” (GD_P).

Tot plegat explica que **la dimensió laboral hagi anat perdent centralitat en l'organització dels serveis d'atenció diürna**. Com a conseqüència, els serveis d'atenció diürna s'han anat obrint a treballar habilitats, competències i processos vinculats a altres àmbits de la vida de les persones usuàries, i per tant en certa manera ampliant les seves funcions amb l'objectiu d'afavorir la seva qualitat de vida en totes les dimensions.

“Fem aquesta atenció biopsicosocial especialitzada, per tant introduïm tots els equips, tant d'atenció ambulatoria, salut mental, neurorehabilitació, per poder tenir aquesta visió global des de la visió més orgànica i física, com de la part cognitiva intel·lectual. Treballem aquesta atenció comunitària i sociocultural, (...), però prèviament, per fer-ho possible, treballem activitats terapèutiques i ocupacionals que van molt adreçades en aquesta participació activa de la persona per poder empoderar-lo a l'hora que treballem després aquesta actuació més comunitària i integradora.

I per suposat fem aquesta atenció familiar i entorn proper, no només des d'una vessant més d'atenció en l'entorn, sinó també aquest acompanyament de les famílies” (T_5)

5.2.3. Sense prestacions que complementin: l'atenció diürna com a recurs central

Els serveis d'atenció diürna han anat assumint funcions cada cop més àmplies, fins a esdevenir el recurs central que estructura la vida quotidiana de moltes persones i famílies. Aquest desplaçament no només té a veure amb **l'ampliació dels objectius de l'atenció diürna vers la promoció de l'autonomia i l'autodeterminació de les persones usuàries en totes les dimensions de la seva vida**, sinó també amb la **manca de serveis complementaris** que permetin compartir aquesta funció.

Primer, és important tenir en compte que aquests serveis estan concebuts com a recursos de llarg recorregut, on les persones usuàries poden passar pràcticament tota la seva vida adulta, des que finalitzen l'etapa escolar fins a l'envelliment.

“Una cosa que em va impactar és saber que es jubilen i han de continuar en un servei de 9h a 17h” (T_3).

“S'hi estan tota la vida. Als 65 anys no fem fora a ningú” (T_1).

Aquesta continuïtat implica que han de donar resposta a una gran diversitat de necessitats i interessos al llarg de l'etapa adulta. I aquí és on entra en joc un segon factor rellevant: tal com mostra la Taula 10 a continuació, a dia d'avui **la complementarietat de l'atenció diürna amb els serveis vinculats a la dependència és extremadament baixa**, la qual cosa significa que la cobertura de la totalitat de les necessitats i interessos de les persones usuàries recau en els serveis d'atenció diürna i en les seves famílies.

Pel que fa als recursos residencials, crida l'atenció que, d'entre les persones usuàries amb una dependència reconeguda¹⁷, **només vora el 30% visquin en una llar-residència**. Una proporció que es manté similar per a les persones usuàries de SOI, STO i STOA però que es redueix dràsticament fins a un **0,7% en el cas dels CAE**, probablement per l'extensió dels suports que necessiten aquestes persones. Fins al punt que les dades semblen apuntar una incompatibilitat *de facto* amb aquest recurs residencial.

Podria ser que aquesta proporció fos força major entre les persones usuàries de SOI i d'STO sense una dependència reconeguda. Alhora, un altre factor que podria explicar que només un 30% visqui en llar-residència és la possibilitat que les persones estiguin incloses al programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar, o bé continuïn vivint a la llar familiar. Si analitzem les dades d'entrades i transicions els últims 15 anys a la llar residència (Taula 9), podríem interpretar que el perfil SOI és l'únic que sembla utilitzar aquest recurs com a via d'emancipació protegida i de transició cap a una vida més independent, ja que hi accedeixen amb una edat mitjana de 33 anys, pròpia d'aquesta etapa vital. En canvi, els perfils STO, STOA i CAE hi accedeixen molt més tard, amb una mitjana al voltant dels 44 anys. Aquesta diferència fa pensar que, tant per a les persones usuàries com per a les seves famílies, el pas a una vida més independent resulta més difícil quan les necessitats de suport són més intenses. Probablement, això està vinculat al fet que els recursos i l'acompanyament no estan prou adaptats a aquest perfils, generant majors "pors" o reticència a fer la transició. A més, cal tenir en compte l'existència de llistes d'espera molt llargues i la prioritització de casos amb urgències socials, que poden dificultar encara més l'accés a les residències.

Tanmateix, el fet que hi pugui haver una proporció més gran de persones sense reconeixement del grau de dependència en aquest recurs no pot ser l'única raó darrera una xifra tan baixa com un 30% (atès que parlem només de persones adultes). Dels relats de les famílies entrevistades se'n poden inferir, com a mínim, dues més:

1. **Preferència de les famílies per mantenir les persones usuàries a casa**, factor motivat tant per una voluntat de seguir cuidant com per la incertesa que genera el sistema, que no garanteix que les places residencials sempre siguin assignades prop de l'entorn familiar i de residència de la persona; cosa que, lògicament, espanta molt a les famílies. Com a conseqüència, sovint només es plantegen alternatives residencials quan la situació familiar esdevé insostenible o davant la incertesa de qui podrà oferir cures en el futur.

"Tens les dues sensacions de que sí [que marxi a una llar residència], serà un ui que bé, però, ostres, estaré preparada per estar sense ell a casa, que ara és dedicació, quasi, quasi, bueno, les 24 hores del dia" (GD_F1)

¹⁷ No es disposa de les dades per a les persones usuàries amb una valoració de la dependència de "no grau".

“Aquest noi potser fa 15 anys o així, que se li va morir la mare, era un noi de l'esplai, que el veies cada dissabte i tal, i ens va sobtar molt, no? Que se n'hagués d'anar a viure, va haver de deixar el taller, va haver de... Sí, tot, perquè sí, es va quedar sense mare, i la Generalitat el va dur al primer forat que va trobar, que era una residència de Terrassa. I això sempre ens va... (...) I sempre dèiem, és que no voldríem que passés” (GD_F1)

2. **Limitada disponibilitat de places de llar-residència**, especialment en determinats territoris, cosa que genera llistes d'espera i dificulta l'accés al recurs.

Taula 9. Entrades i transicions a llar residència els últims 15 anys

Servei	Nombre de persones		Edat mitjana		Edat mediana	
	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona
SOI	324	261	34	33.3	30.5	29
STO	634	513	44	43.7	47	46
STOA	340	216	43.5	45.1	44.5	46
CAE	16	4	35.9	44.8	40.5	45.5
Altres¹⁸	939	683	42.9	43.9	45	45

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025).

Pel que fa a la complementarietat entre l'atenció diürna i altres serveis vinculats a la dependència, la Taula 10 mostra que la **combinació més freqüent és amb la prestació econòmica per cuidador no professional** —cosa que té tot el sentit atès que la majoria de persones usuàries viuen a casa, amb les seves famílies—, i que aquesta augmenta proporcionalment amb l'extensió de les necessitats de suport. En canvi, **la resta de serveis** (com el Servei d'Ajuda a Domicili o l'assistència personal), tot i ser formalment compatibles amb l'atenció diürna, **presenten taxes d'ús molt baixes entre la població usuària**, entre l'1% i el 5% segons el servei. Aquesta situació pot explicar-se per diversos factors:

1. **Major autonomia en la gestió dels suports amb la prestació econòmica per cuidador no professional.** Aquesta prestació ofereix a les famílies una capacitat més gran per organitzar els suports segons les seves necessitats i dinàmiques quotidianes. En contraposició, serveis com el Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) presenten rigidesa horària i limitacions temporals (per exemple, intervencions d'una hora en franges concretes i no sempre diàries), fet que dificulta la conciliació amb altres serveis, com l'atenció diürna, i resta flexibilitat a les famílies.

¹⁸ Les persones que no han transicionat durant els últims 15 anys entre serveis d'atenció diürna, al no tenir registre històric, no ha sigut possible classificar-les en els diferents serveis i s'han categoritzat en “Altres”.

2. **Restriccions administratives per accedir a determinades prestacions.** Per exemple, tot i que moltes famílies opten per assumir el rol de cuidador/a no professional, cal distingir aquest fet de la possibilitat real de percebre la corresponent prestació econòmica. Per accedir-hi, s'han de complir requisits específics, com ara no treballar a temps complet ni percebre altres prestacions (atur, jubilació...). A més, per poder rebre aquesta ajuda cal estar inscrit en el conveni especial de cuidadors no professionals, fet que exclou una part important de les persones potencialment cuidadores per incompatibilitat laboral o administrativa.
3. **Desigualtats en l'accés a la informació** sobre compatibilitats entre serveis. L'ús combinat de recursos sovint depèn del coneixement i la proactivitat del/de la treballador/a social assignat/da. Aquesta variabilitat en l'orientació i acompanyament genera desigualtats entre famílies amb situacions similars però amb accés diferent a la informació o interpretacions diverses sobre la normativa vigent.
4. **Persistència d'un model centrat en la prestació única.** Els Plans d'Atenció Individualitzada (PAI) continuen orientant-se, en molts casos, cap a l'assignació d'un únic recurs, quan sovint seria més adequats articular un conjunt combinat de serveis que permeti oferir respostes més ajustades i flexibles a les necessitats de cada persona. Per avançar en aquesta direcció, no només és rellevant reforçar l'acompanyament i la informació a les famílies – tal com ja s'ha comentat –, sinó també revisar com es defineix i es gestiona el procés d'assignació de recursos.
5. **Implementació limitada d'alguns serveis emergents.** Alguns recursos com l'assistència personal encara es troben en una fase incipient de desplegament, amb una aplicació puntual i desigual segons el tipus de discapacitat i el territori, cosa que en dificulta l'accés i la consolidació com a recurs complementari efectiu.

Taula 10. Complementarietat de serveis amb l'atenció diürna

"Trajectòries"	SERVEIS RESIDENCIALS			SERVEIS DE DEPENDÈNCIA						SERVEI ATENCIÓ DIÛRNA				% respecte al total de persones usuàries en funció del servei d'at.diürna	Valor absolut
	Residència Gent Gran	Residència Discapacitats	Llar - residència	Prestació econòmica cuidador no professional	Prestació econòmica per assistent personal	Suport a l'autonomia a la pròpia llar	Servei d'Ajuda a Domicili (SAD)	Prestació econòmica vinculada al SAD	Teleassistència	SOI	STO	STOA	CAE		
TRACK 1. (1)														0,00%	4
TRACK 2. (1)														0,00%	55
TRACK 3. (2)														24,30%	524
														31,90%	1.629
														30,30%	864
														0,70%	5
TRACK 4.														20,00%	432
														41,8%	2.131
														54,00%	1.539
														73,70%	543
TRACK 5.														-	-
														0,00%	1
														0,10%	4
														0,10%	1
TRACK 6.														1,00%	21
														0,40%	19
														0,00%	1
														0,10%	1
TRACK 7.														0,90%	20
														1,90%	97
														4,70%	134
														7,70%	57
TRACK 8.														0,00%	1
														0,10%	3
														0,00%	1
														0,10%	1
TRACK 9.														0,00%	1
														0,10%	3
														-	-
														0,30%	2
TRACK 10.														0,10%	3
														0,40%	21
														1,40%	39
														4,50%	33
TRACK 11.														0,00%	1
														0,40%	18
														0,50%	15
														0,70%	5
TRACK 12.														0,00%	1
														0,10%	5
														0,40%	10
														0,7%	5

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSI (2025).

El fet que l'atenció diürna cobreixi pràcticament totes les necessitats de suport —en part perquè és incompatible amb molts altres serveis i en part perquè la complementarietat entre serveis compatibles és molt baixa— **converteix aquest recurs en l'eix central de la vida quotidiana de moltes persones i famílies**. Aquesta centralitat, però, té una cara menys visible: **la manca de suports complementaris genera una sobrecàrrega estructural sobre el nucli familiar**. En aquest sentit és important tenir en compte que a dia d'avui només un **0,4% de les persones usuàries de l'atenció diürna rep alguna prestació vinculada a l'atenció en el domicili**. I aquelles famílies que reben algun tipus de suport manifesten que aquest resulta totalment insuficient per cobrir les necessitats quotidianes de les persones usuàries. Les famílies expressen que les hores que els proporcionen *“per un noi que té un 82% de discapacitat, que no camina, llei de dependència màxima, [no donen] ni per venir-lo a dutxar cada dia”* (GD_F1). Davant d'aquest context, resulta especialment greu que els suports destinats a cobrir les necessitats de cura quan la família no hi pot arribar —per manca de temps, recursos o disponibilitat— siguin extremadament escassos, de caràcter molt puntual, oferts per les entitats i no de provisió pública, i amb un cost elevat. La manca d'opcions accessibles i finançades públicament accentua les desigualtats i sobrecarrega especialment aquelles famílies amb menys recursos, compromentent el dret a una vida digna i a una atenció de qualitat per part de totes les persones.

Aquesta manca de recursos, siguin estructurals o puntuals, fa recaure sobre les famílies totes aquelles tasques de cura que no es cobreixen des de l'atenció diürna. Per això les professionals expressen que *“la família no ho pot més”* (T_4) i això explica que, de vegades, la transició a recursos residencials no respongui a processos d'autonomia personal, sinó a una *“claudicació familiar”* (T_4).

També és important tenir en compte que aquesta càrrega de cures recau, de forma molt majoritària, sobre les mares, que relaten com l'organització de la vida familiar i laboral s'articula al voltant de les necessitats de cura, sovint sense cap altra alternativa viable. *“Abans de marxar ho he de deixar tot lligat. Perquè és que sinó, quan torno dic però què ha passat aquí?”* (GD_F1), explica una d'elles. En absència d'una corresponsabilitat real —tant a nivell institucional com dins de les pròpies famílies—, el relat d'aquestes dones evidencia una desigualtat de gènere persistent, essent elles qui acaben assumint de manera sistemàtica les cures i tot el que aquestes impliquen, condicionant trajectòries professionals, socials i emocionals. *“Veig que avui aquí tots som mares.” “No hi ha cap pare.” “Vaig a les reunions, vaig cap aquí, sempre som les mares.” “Som les dones”* (GD_F1), expressen diverses participants, visibilitzant un patró sostingut de **feminització de la responsabilitat de cuidar**. Així, el sistema no només presenta limitacions d'accés i de cobertura, sinó que en la seva configuració actual consolida una transferència de responsabilitats a les famílies —i dins d'aquestes, a les dones—, generant una sobrecàrrega estructural que, més que alleugerir-se amb el temps, tendeix a cronificar-se.

5.2.4. De la inclusió social a l'autodeterminació i la qualitat de vida

Els serveis d'atenció diürna cobreixen actualment tota l'etapa adulta en la vida de les persones usuàries, i això implica atendre una gran diversitat de necessitats, interessos i moments vitals. Aquest ampli abast i la pèrdua de centralitat de la dimensió laboral fan que —segons es desprèn del treball de camp— sembli difícil concretar quins són els resultats esperats de l'atenció diürna. Es tracta de serveis que cobreixen diversos àmbits de la vida de les persones; serveis que —davant la no revisió dels seus objectius— **s'han orientat de manera genèrica a la promoció de la inclusió social de les persones amb discapacitat, deixant que cada entitat la interpreti amb els seus propis matisos.**

En aquest context, la promoció de la inclusió social s'entén sovint de manera àmplia, com un principi que obre les possibilitats de participació de les persones amb discapacitat en diferents espais de la vida quotidiana, i que n'afavoreix el reconeixement com a ciutadanes amb capacitat d'aportar, decidir i formar part. Tanmateix, més enllà de la inclusió social o laboral, els serveis haurien de garantir la qualitat de vida de les persones usuàries, entesa en totes les seves dimensions, física, emocional, social i vital.

Tanmateix, la CDPD expressa de manera força clara que **al centre de qualsevol servei o suport sempre hi ha d'haver la capacitat de decisió de les persones usuàries.** En altres paraules, que l'objectiu explícit o implícit de qualsevol suport sempre ha de ser la seva auto-determinació: la construcció d'una vida alineada amb els seus propis interessos.

Aquest enfocament es tradueix en una transformació progressiva de les pràctiques i l'organització d'algunes entitats, que busquen garantir que les persones puguin exercir el dret a decidir sobre tots els àmbits de la seva vida. Això explica que de manera general les entitats entrevistades parlin de promoure l'autonomia de les persones usuàries, de posar-les al centre, de preguntar-los i escoltar-les. El treball de camp evidencia que aquest canvi de mirada ja s'està produint, que les entitats estan repensant la seva pròpia manera d'intervenir i d'organitzar-se per trobar la manera de fer efectiva aquesta "centralitat" de les persones usuàries. Però també posa de manifest que **les entitats i els serveis es troben actualment en un moment de transició** (com s'aprofundirà a l'apartat 6.1.1).

Dels discursos de les persones informants i l'observació participant sembla poder-se inferir que moltes pràctiques actuals es troben en una fase intermèdia entre la promoció de l'autonomia i el reconeixement de l'autodeterminació. Les entitats avancen poc a poc en aquesta direcció, però es tracta d'un canvi profund que sovint entra en tensió amb el que exigeix la normativa (basada en un model assistencialista). En aquest context, **la personalització dels suports i l'atenció centrada en la persona** esdevenen claus per avançar cap a un model realment transformador —però aquesta qüestió s'abordarà amb major profunditat més endavant. En qualsevol cas, no es tracta només d'adaptar activitats o d'introduir metodologies noves, **sinó de reconèixer el dret de totes les persones a decidir sobre la seva vida, amb els suports necessaris per fer-ho de manera efectiva.**

Això comporta repensar l'enfocament actual, que segmenta les persones segons el seu grau de "capacitat productiva", i avançar cap a un model que parteixi de les necessitats i drets de cada persona, oferint els suports necessaris per garantir la seva plena participació social en igualtat de condicions. **Aquesta transformació en curs implica repensar íntegrament el rol dels serveis: deixar d'entendre'ls com a espais de permanència o ocupació, per concebre'ls com a "campaments base" (GD_P)**, que ofereixen seguretat, però també oportunitats per explorar, decidir i participar.

"L'atenció diürna ha de ser com un campament base, ha de ser el punt de seguretat de totes les persones (...) aquest servei que els dona unes oportunitats per treballar l'autonomia, per treballar el benestar emocional, per treballar la inclusió a la societat, que tingui relació entre iguals, però sobretot relació amb l'exterior. Llavors, considerem que un centre d'atenció diürna el que dona és tot aquest suport com un dret." (GD_P).

En definitiva, **el repte és que els serveis d'atenció diürna deixin de funcionar com a espais que organitzen la vida de les persones i es converteixin en suports per a l'exercici ple dels seus drets**. Que el seu èxit no es mesuri per objectius prefixats com la inserció laboral, sinó per la capacitat de contribuir a que cada persona pugui triar, canviar, participar i construir la seva vida amb dignitat i qualitat de vida.

5.3. Reflexió final: institucions o suports?

Aquest apartat ha posat de manifest com els serveis d'atenció diürna han ampliat progressivament les seves funcions, esdevenint en la pràctica l'eix vertebrador de la vida adulta de moltes persones amb discapacitat. Aquesta ampliació, motivada tant per la manca de serveis complementaris com per la voluntat de donar resposta a una diversitat creixent de perfils, ha conduït a una redefinició implícita del seu rol. En el relat de les entitats comença a perfilar-se una nova manera d'entendre l'atenció diürna, com un campament base, des d'on les persones puguin rebre suports diversos al llarg del seu cicle vital, de manera personalitzada i flexible.

Aquesta concepció apunta cap a una **transició des de l'actual model de centres tancats** — definits normativament i organitzativament a partir d'una classificació basada en les necessitats de suport i capacitat productiva— **cap a un model de centres proveïdors de suports**. Tal com afirmava una informant: *"És un centre de suports, no? [...] perquè un centre remet a edifici, remet a cosa tancada [...]. En canvi, si tu parlessis de suports, tothom acceptaria un suport al llarg de la vida, d'itineraris del que sigui, i que això va canviant"* (GD_E2). Aquesta idea situa el centre no com un lloc d'estada, sinó com una estructura oberta, que articula suports dins i fora del servei, en relació amb la comunitat i l'entorn habitual de la persona.

De fet, la idea “d’itineraris” sembla apuntar inclús a una **comprensió de l’atenció diürna com un programa**, com un acompanyament per a la construcció d’un pla individualitzat i revisable d’objectius i activitats. Això no treu que puguin seguir existint uns espais de referència per a les persones usuàries, des dels quals realitzar aquests acompanyaments i oferir alguns dels suports, però entenent que, quan les persones usuàries compten *“amb els suports necessaris, no cal tenir estructures de centres que facin aquesta funció” (T_4).*

Ara bé, la transició cap aquest model no és ni lineal ni explícita. **Les entitats avancen cap aquí de manera intuïtiva i desigual, sense pautes clares ni un horitzó necessàriament compartit.** Discursivament moltes s’alineen amb els principis de la CDPD, com evidencia la cita a continuació, en què es critica la fragmentació actual dels serveis segons perfils:

“Jo [sistema o entitat] tinc aquestes capsetes i tu, persona, t’has d’adequar a alguna d’aquestes. I llavors hi ha tot aquest entramat tan difícil, perquè si encaixes per aquí no encaixes per allà.” (GD_E1).

Però aquests discursos conviuen amb un **reclam constant i generalitzat de nous serveis específics per a col·lectius concrets**: un servei per a joves que arriben de l’escola ordinària o un servei d’envelliment actiu són els més demandats. D’aquesta manera, s’evidencia una certa **inèrcia** a continuar concebant els serveis amb la lògica actual (de fragmentar cada vegada més els grups de persones usuàries en funció del perfils, abocant el sistema sembla a tenir una capseta per persona).

Aquesta paradoxa es pot explicar per diversos factors. D’una banda, per la **manca d’orientacions clares sobre com implementar aquest canvi de model**, cosa que genera incertesa i manca de referents. De l’altra, per una **resistència implícita dins les pròpies entitats**, motivada per la por a perdre el seu model d’atenció i, fins i tot, la seva raó de ser. A tot això s’hi suma una **gestió condicionada per la normativa vigent**, que manté classificacions rígides, ràtios limitades i lògiques de concertació que penalitzen la flexibilitat, i que per tant incentiva que es continuï funcionant amb base al model tradicional. Així, les entitats es troben sovint atrapades entre la voluntat de transformació i les barreres estructurals del sistema. Com apunta una informant:

“S’ha pensat que des del CAD i des d’un despatx poden decidir quin serà el futur d’una persona, i això és impossible. Una persona no és compartimentada. (...) No són classificables les persones perquè les discapacitats canvien; canvien en funció dels suports” (GD_P).

A tot plegat cal afegir-hi la **manca d’una cultura de complementarietat entre serveis**, que s’evidencia en el fet que les famílies no demanen combinacions de suports, en bona mesura perquè l’administració no les promou activament. Això aboca les entitats a intentar cobrir totes les necessitats de suport de les persones usuàries des d’un únic recurs, ampliant els seus objectius fins a esdevenir serveis totals. Aquest excés de funcions

genera una pressió estructural que dificulta poder aplicar la flexibilitat necessària per adaptar els suports a les necessitats reals de la persona.

En definitiva, **el sector es troba immers en una transició desordenada i ambivalent**, on es detecten moviments cap a una atenció més centrada en la persona i orientada als suports, però sense un rumb clar ni unes condicions que permetin consolidar aquest canvi. Per això, en el següent apartat es posa el focus en com s'està realitzant l'atenció a les persones usuàries, per identificar quines pràctiques, metodologies i enfocaments estan emergint, i analitzar si aquests permeten avançar cap a un model més centrat en els drets i en la qualitat de vida de les persones usuàries.

6. Anàlisi del funcionament dels serveis d'atenció diürna

Si bé els apartats anteriors evidencien que el perfil de persones usuàries dels serveis d'atenció diürna és extremadament divers, tant pel que fa a necessitats de suport com a interessos, moments vitals i ritmes de vida, la normativa que acompanya a dia d'avui la Cartera de Serveis Socials condiona que, un cop dins dels serveis, les persones usuàries hagin d'acabar realitzant pràcticament les mateixes activitats, sense tenir en compte les seves preferències ni particularitats. Més concretament, la Cartera actual estableix que les entitats han d'oferir —dins de les seves pròpies instal·lacions— dues tipologies principals d'activitats, amb una dedicació aproximada del 50% per cadascuna. D'una banda, les activitats ocupacionals, que varien segons el servei (*prelaborals* al Servei Ocupacional d'Inserció i *manipulatives* al Servei de Teràpia Ocupacional); i de l'altra, les activitats d'ajustament personal i social, que inclouen activitats lúdiques, físiques, de rehabilitació i de cura personal, totes elles desenvolupades dins l'entitat. Aquesta limitació de l'oferta redueix les possibilitats d'elecció i d'adaptació a la diversitat d'interessos i ritmes personals.

Tot apunta que aquest enfocament entra en contradicció amb els principis recollits a la CDPD (ONU, 2006), que estableix que **els serveis han de ser personalitzats, basat en l'escolta activa, la participació real i la presa de decisions per part de la pròpia persona**. De fet, el mateix Departament de Drets Socials i Inclusió, a través de la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat apunta que les entitats han de treballar d'acord amb els principis de la CDPD en el recent aprovat Pacte Nacional Pels Drets de les Persones amb Discapacitat (DGAPID, 2025). Una orientació que fa temps que guia el treball de les entitats prestadores de serveis per a persones amb discapacitat, a pesar de les limitacions que imposa la normativa vigent.

De manera similar, la CDPD també recull en el seu article 19 el **dret de les persones amb discapacitat a viure i participar en entorns comunitaris, en condicions d'igualtat i sense segregació**. Això implica reconèixer la comunitat com a un espai clau per al desenvolupament personal i social. D'una banda, perquè una oferta tancada dins dels centres no pot, per si sola, donar resposta a la diversitat de necessitats i interessos de totes les persones usuàries, i de l'altra, perquè cal trencar amb la lògica de la segregació i avançar cap a la construcció d'itineraris vitals inclusius, personalitzats i arrelats a la comunitat. Tanmateix, la normativa actual dels serveis d'atenció diürna exigeix que les activitats es prestin de 9h a 17h, dins el servei.

Partint d'aquesta tensió (o contradicció), en aquest apartat s'analitza com estan operant les entitats a la pràctica; és a dir, com es mouen entre aquests dos marcs de referència (d'una banda la normativa, basada en un paradigma assistencialista, i de l'altra el model de suports que planteja la CDPD), amb especial atenció a les **estratègies que estan desplegant les entitats per apropar-se a l'esperit de la CDPD**. En aquest sentit, s'explora en

quin punt del procés de transformació es troben les entitats: en quina mesura continuen presents característiques pròpies d'un model assistencialista, i de quines maneres estan aconseguint orientar-se cap a un model basat en suports i en el reconeixement de l'autonomia i la participació de les persones amb discapacitat.

Figura 13. Canvi de model d'intervenció (a partir de la CDPD)



Font: Elaboració pròpia.

L'anàlisi s'organitza en 3 apartats, un per cada una de les tres dimensions de la transició del model assistencial al model de suports (Figura 13). El primer bloc apartat posa el focus en la planificació i l'atenció centrades en la persona, el segon bloc, en l'adaptació de l'oferta d'activitats i finalment en la vinculació amb la comunitat. Per últim, es posa en relació aquest funcionament amb diferents aspectes de la normativa actual que el determinen (ràtios, perfils professionals reconeguts, sistema de gestió de places i finançament). Tot plegat porta a una reflexió final sobre el moment actual del sistema i les transformacions necessàries per garantir el ple exercici dels drets de les persones amb discapacitat.

6.1.1. Planificació i atenció centrades en la persona

Un dels aspectes que caracteritza el model tradicional o assistencialista d'atenció és el fet que la capacitat per decidir què convé a la persona usuària en cada moment recau en l'equip de professionals del servei. És aquest equip qui —seguint una normativa que estableix el marc d'actuació possible— defineix què fa en el seu dia a dia la persona usuària; és a dir, en què inverteix el seu temps.

Tal i com s'ha explicat anteriorment, la CDPD planteja deixar enrere aquest model per posar al centre la capacitat de les persones amb discapacitat de decidir. I, per tant, planteja que els serveis adreçats a aquestes persones també s'han d'adaptar a aquest canvi. Això

implica **canviar la manera de treballar i adoptar metodologies de treball “centrades en la persona”**. En funció del context i inclús de l’entitat, es parla bé d’atenció centrada en la persona (ACP), bé de planificació centrada en la persona (PCP). Les dues expressions es refereixen a un conjunt d’accions que es basen en posar la persona al centre, reconeixent la seva capacitat de decisió i participació activa, i busquen adaptar els suports a les necessitats, interessos i preferències individuals, promovent així la seva autonomia i qualitat de vida. D’aquesta manera, a continuació s’analitzen els models d’atenció que s’estan emprant a dia d’avui per tal d’entendre en quin estat d’aquest procés de transició es troben els serveis d’atenció diürna. O en altres paraules, per identificar en quina mesura les persones usuàries tenen capacitat per decidir com inverteixen aquest temps que, ara per ara, passen al servei d’atenció diürna.

Figura 14. Transició del model d’atenció



Font: Elaboració pròpia.

Per concretar aquesta metodologia d’atenció centrada en la persona a la pràctica, les entitats impulsen diverses accions que s’emmarquen dins el **Pla d’Atenció Individualitzada (PAI)**. Aquest instrument recull els objectius personals de cada persona en diversos àmbits de la seva vida: laboral, salut física i emocional, lleure, comunitat, entre d’altres. Algunes entitats subratllen la importància d’aplicar una atenció integral, que tingui en compte tots aquests àmbits d’intervenció per garantir que **el suport traspassi les parets del centre i s’integri plenament en el projecte de vida de la persona** amb l’objectiu d’avançar cap una màxima autonomia i benestar.

“Aquí tots els professionals de les diferents especialitats, siguin socials, sanitàries o educatives, treballen conjuntament, interdisciplinàriament, i creen el pla de treball individualitzat de cada persona d’acord amb els seus objectius (...) En el cas dels serveis d’atenció diürna, no només quedem i ens centrem en l’activitat ocupacional i terapèutica del centre, sinó que vetllem per com està aquesta persona en el seu dia a dia en l’entorn natural. (...) També afavorim l’adaptació de la llar (...) per fomentar aquesta autonomia personal. (...) Sinó, el que ens podem trobar és que la persona pot empitjorar quan marxa els caps de setmana, quan sopa a casa, quan se’n va de vacances, i per tant és important fer aquest treball comunitari” (T_5).

En aquest sentit crida l’atenció que, en la definició d’aquests objectius per cadascuna de les dimensions de la vida les entitats tenen dificultats importants per aplicar la **perspectiva de gènere i interseccional**. És a dir, del treball de camp se’n desprèn que no estan treballant

amb aquesta mirada. Tot i que el PAI parteix d'un enfocament personalitzat i centrat en la persona, sovint tendeix a situar la discapacitat com l'únic eix rellevant a considerar a l'hora de definir els objectius individuals, deixant de banda altres dimensions com el gènere, l'origen, la classe social o l'orientació sexual, que també poden influir en l'experiència vital d'aquestes persones i poden generar desigualtats invisibilitzades, que seria interessant poder reflexionar i posar sobre la taula. Aquesta perspectiva parcial assumeix que l'atenció individualitzada és suficient per garantir una resposta adequada a les necessitats de tothom, quan en realitat cal incorporar una mirada més àmplia per assegurar que cada persona rep els suports que realment necessita per assolir els seus objectius vitals.

El focus, per tant, està posat en **assegurar que la persona usuària sigui el centre del procés d'elaboració** del PAI, que es construeix **amb la participació activa del seu entorn més proper —famílies i professionals de l'entitat—**, que aporten coneixement i expertesa sobre la pròpia persona i els recursos disponibles. Així, les entitats treballen perquè els objectius establerts siguin significatius, realistes i alineats amb les capacitats i desitjos individuals.

“Nosaltres a nivell de centre, jo crec que el que és més positiu i que a més ens diferencia és que tenim especialistes per fer seguiment amb els usuaris i que treballem molt la PCP. També fem moltes assemblees per incloure'ls en tot i el tema del projecte individual que ells puguin decidir què volen treballar o a què volen dedicar una estona aquí i també fora del centre (...). A nivell general és una mica el canvi d'aquest paradigma(...), que siguin ells ara els protagonistes i que no vinguin aquí només a rebre i a fer el que nosaltres ens hem inventat que poden fer. I aquest canvi de paradigma és un punt bo” (GD_P).

Ara bé, **la capacitat de decisió efectiva de la persona usuària** en l'elaboració d'aquest pla **pot variar substancialment**: mentre que algunes entitats tenen uns mecanismes sòlids d'escolta activa i flexibilització del PAI, més propers a un model centrat en l'autodeterminació de les persones usuàries, d'altres parlen d'ACP o PCP però la persona defineix els seus objectius dins uns marges delimitats i la seva capacitat d'influència és més limitada, la qual cosa evidencia un model que segueix atorgant la capacitat de decisió efectiva a les professionals.

“Nosaltres com a professionals sí que diem quins són els objectius que ens marquem, però la persona té molt a veure i té molt a dir en aquests objectius, però la família també. En aquest sentit vull dir que si nosaltres ens marquem uns objectius i la família diu, ostres, doncs prefereixo que aquest objectiu el treballeu d'una altra manera, doncs ho tenim en compte i queda recollit” (T_2).

Un altre aspecte fonamental sobre el qual s'identifiquen pràctiques diverses és el **seguiment del PAI, amb la seva conseqüent revisió**, ja que les necessitats, aspiracions i

interessos de les persones poden evolucionar i canviar al llarg d'un any. Això implica ajustar i actualitzar de manera continua les activitats diàries per mantenir la coherència amb el projecte de vida de la persona i amb la seva evolució personal. Així, mentre algunes entitats mencionen revisar el PAI mínim una vegada l'any, d'altres ho fan trimestral o semestralment. A més, algunes entitats, tot i que no en facin la revisió de manera formal, realitzen assembles o altres processos d'escolta activa per fer un seguiment dels interessos i inquietuds de les persones usuàries en el dia a dia.

Un complement a la revisió periòdica del PAI, que han incorporat algunes entitats, és oferir **condicions de prestació del servei més flexibles**, amb l'objectiu d'adaptar-se millor a les necessitats canviants de les persones i al seu dia a dia. Aquesta flexibilitat permet, en certa manera que les persones puguin decidir segons el seu estat d'ànim, interessos o necessitats del moment. Es concreta, per exemple, en:

- **Horaris d'entrada i sortida flexibles**, pactats segons les necessitats, ritmes i interessos de les persones.

“Abans els obligàvem a venir les 40 hores. Ara nosaltres donem sempre el servei 40 hores, però la persona decideix l'horari, la freqüència, les activitats, les pot canviar les vegades que vol” (GD_2).

- **Espais de descans**, com ara la possibilitat de fer migdiada o realitzar activitats més tranquil·les durant la tarda.
- **Capacitat de decisió sobre i durant les activitats**, oferint opció de modificar la seva participació segons l'estat d'ànim o el moment vital. Una persona usuària ho expressa així:

“Quan estem dins l'activitat, em diuen: “vols fer això? (...) o si no et ve de gust, fas una altra cosa”. (...) No t'obliguen a fer coses que no et vinguin de gust, perquè a vegades tens ganes o no tens ganes (...). Et donen a escollir” (E_U2).

Aquesta flexibilitat té per objectiu facilitar un acompanyament més respectuós amb els ritmes personals i evitar que la rigidesa del sistema i les limitacions de temps de seguiment impedeixin a les persones usuàries exercir l'autodeterminació. No obstant això, perquè l'atenció centrada en la persona sigui realment efectiva, calen certes **condicions estructurals**, sovint difícils de garantir als serveis actuals. Les principals condicions són les següents:

- **Capacitat d'escolta** per poder adaptar-se a les diferents realitats de les persones, la qual cosa implica disposar de:
 1. **Sistemes alternatius de comunicació**, per assegurar que totes les persones, incloses aquelles que no disposen de comunicació verbal, puguin expressar les seves preferències i necessitats.

“Em va sorprendre molt que em diguin que li han preguntat a [nom persona usuària] què vol fer l'any que ve... i jo pensava que el meu fill no era capaç de decidir què volia fer, no? (...) Han sabut treure-l'hi, digues, amb pictos [pictogrames], digues, amb no sé què, a vegades l'entenen millor ells, no? (...) Tot i que [nom persona usuària] parla, però que té moltes dificultats i tal, hi ha una llibreta de comunicació, que són com una Bíblia, aquestes llibretes” (GD_F1).

2. **Perfils professionals especialitzats**, preparats per abordar la diversitat de realitats i la complexitat que comporta l'atenció personalitzada. En d'altres paraules, personal format en aquestes metodologies.

“Ara estem intentant treballar molt amb el model ACP, i és intentar especialitzar-nos, a escoltar a la persona i anar afavorint aquests itineraris flexibles per millorar la qualitat de vida i la màxima inclusió social a les persones, que realment puguin anar a la comunitat i que també, bueno, a algunes els és més fàcil, i en altres perfils hi ha moltes més dificultats” (GD_P).

→ **Temps dedicat específicament a l'escolta**, per poder fer efectiu el seguiment i adaptació constants a les preferències i necessitats de les persones usuàries. Això significa disposar de:

1. **Recursos addicionals** per tal que l'equip de professionals pugui assumir fer “*fer moltes més tutories, individualitzacions*” (GD_2) sense deixar desatesa la resta del grup.
2. **Estructures de coordinació (amb l'equip intern i també amb agents externs)**, per garantir una atenció integral que tingui en compte tots els àmbits de la vida d'una persona, incloent-hi la comunitat. Coordinar-se requereix temps i capacitat organitzativa, i ara per ara a la majoria de professionals se'ls paga per fer només atenció directa, de manera que aquest temps de coordinació i gestió no està contemplat ni finançat pel concert.

→ **Ampliació de l'oferta d'activitats** ja que per a que les persones puguin triar han de disposar d'opcions. Aquesta qüestió s'aborda en profunditat a l'apartat següent (6.1.2. Adaptar l'oferta d'activitats als interessos individuals).

En definitiva, aquest esforç constant que fan les entitats per adaptar-se als projectes de vida de cada persona es produeix en un marc institucional que no facilita aquesta transició. La manca de recursos, la rigidesa normativa i l'absència de directrius clares fan que **l'atenció personalitzada depengui, en gran mesura, de la voluntat i capacitat d'adaptació de cada servei**, per tant segons l'entitat l'atenció es troba més a prop del model tradicional

o assistencialista o d'un model de suports. Com expressa una professional, els centres es mouen dins els límits del que permet el sistema, però donar resposta a realitats tan diverses exigeix una tasca complexa i creativa: *"la normativa és com molt rígida, quan en realitat els serveis són moltíssimes persones. (...) Buscar respostes heterogènies requereix d'una feina important de creativitat i imaginació"* (GD_2).

Davant d'aquesta situació, es fa imprescindible que l'administració no només promogui la centralitat de la persona en termes discursius, sinó que també generi les condicions reals —flexibilitat normativa, recursos (formació, hores de coordinació, ràtios, professionals especialitzades en sistemes de comunicació alternatius) i orientacions clares— per a que aquesta personalització sigui viable i equitativa arreu del territori.

6.1.2. Adaptar l'oferta d'activitats als interessos individuals

Tal com es menciona a l'apartat anterior, una de les condicions necessàries per poder dur a terme una atenció centrada en la persona és la personalització de l'oferta d'activitats que les entitats posen a disposició de les persones usuàries. Com ja s'ha mencionat a la introducció d'aquest apartat, la Cartera de serveis actual només contempla dues tipologies d'activitats, i totes elles s'han de desenvolupar dins dels centres. A més, la normativa estableix que les persones han de participar-hi agrupades segons el servei al qual estan vinculades (SOI, STO, STOA), fet que suposa un plantejament homogeneïtzador d'activitats (a les quals hi dediquen 8 hores del seu dia).

Aquesta oferta limitada d'activitats i la rigidesa estructural de la cartera dificulten l'adaptació de les activitats a les preferències i necessitats de cada persona: *"aquell estàndard de fer un 50% ocupació terapèutica s'ha quedat curt, perquè hi ha persones que volen treballar el 75% i hi ha persones que no volen"* (T_3), i no només tenen dret a decidir que sigui d'aquesta manera, sinó que les entitats han de poder fer efectiu aquest dret.

Així doncs, en aquest apartat s'analitza el punt en què es troben les entitats en el procés de transició d'un model més assistencialista, en què l'oferta d'activitats és limitada i homogènia per a tothom, cap a un model basat en els suports, en què l'oferta d'activitats es personalitza segons les necessitats de cada persona.

Figura 15. Transició del model d'atenció



Font: Elaboració pròpia.

Per poder avançar cap a un model de suports, **les entitats prestadores de serveis d'atenció diürna han diversificat la seva oferta d'activitats per ampliar el ventall d'opcions a les que poden optar les persones usuàries i apropar-se d'aquesta manera a la personalització.** A dia d'avui, la majoria de serveis d'atenció diürna (amb intensitats de suport força variades) ofereixen els següents quatre tipus d'activitats:

1. **Activitats dins dels centres**, que són les que encaixen amb el que preveu la normativa. Inclouen tallers de caire *manipulatiu* (com manualitats, cuina, informàtica, entre d'altres), amb l'objectiu de fomentar algunes habilitats laborals però sobretot l'autonomia, el benestar i l'autoestima, donant valor a les produccions, que sovint es vinculen a iniciatives concretes com la venda a fires o botigues. També s'inclouen activitats de caràcter rehabilitador i enfocades a l'ajustament personal.
2. **Activitats comunitàries**, que es desenvolupen fora dels centres i no estan explícitament previstes a la Cartera. Tenen lloc en espais com escoles, casals d'avis, centre cívics, gimnasos o empreses, sovint en grups reduïts i amb acompanyament de professionals de suport. Aquestes activitats busquen, d'una banda, aprofitar els recursos i activitats ja existents a la comunitat (per poder ampliar l'oferta d'activitats disponibles) i de l'altra, promoure la inclusió, el vincle amb la comunitat i el desenvolupament d'un projecte de vida significatiu.

"Tenim quatre o cinc escoles en què fem varietat d'activitats, des de suport a la consergeria, suport a dins les aules, portem la cantina d'un institut d'escola, fem el reciclatge, animem els patis, fem com moltes activitats relacionades dins el món escolar i també, per exemple, de menjador. (...) També amb els casals d'avis" (GD_P).

"Els dilluns no faig res, els dimarts ajudo a *volei*, a recollir pilotes, (...) i bàsquet, sobretot el bàsquet. Dimecres vaig a piscina [a un curset fora de l'entitat] (...) Dijous vaig a dansa, vaig a una escola d'aquí a [nom de la ciutat]" (U_5).

3. **Activitats complementàries o no ordinàries**: S'ofereixen dins l'horari habitual dels serveis d'atenció diürna i inclouen, per exemple, piscina, dansa inclusiva, teràpies assistides amb animals, ciclisme, bàsquet o altres esports. La seva implementació depèn sovint de finançament addicional, ja sigui a través de subvencions específiques, projectes puntuals o copagaments assumits per part de les famílies. Tot i estar fora del catàleg oficial, aquestes activitats són molt valorades tant per les persones usuàries com pels seus entorns familiars, ja que es perceben com elements clau pel desenvolupament integral i el benestar emocional. Tanmateix, la seva oferta limitada i el cost associat, poden esdevenir una barrera d'accés, generant desigualtats en la possibilitat de participar-hi.

“Les activitats més sensorials són activitats que tenen un cos més alt, per exemple, l'activitat aquàtica, piscina, activitats de música, teràpia amb gossos, perquè són activitats que (...) no entren a la cartera de serveis. Estaria molt bé que pogués entrar, perquè justament amb el perfil de persones més afectades són les activitats que més s'adeqüen a aquestes persones”(T_5).

4. **Activitats fora de l'horari del servei:** Algunes entitats també assumeixen la tasca d'organitzar activitats fora de l'horari habitual, o com a mínim, de facilitar-ne l'accés mitjançant la creació de xarxes comunitàries i col·laboracions externes, atès que la cartera de serveis socials no contempla específicament l'àmbit del lleure per a les persones amb discapacitat. Aquesta manca de reconeixement formal dificulta la integració plena d'aquestes activitats en el marc de l'atenció diürna. A més, les famílies assenyalen que fer efectiu el dret al lleure de les persones usuàries representa un repte afegit per a elles, davant del qual se senten molt poc acompanyades per l'administració:

“Tota la vida els has d'acompanyar. (...) El meu, per exemple, fa piscina els dissabtes pel matí, també, amb un casal, i han d'anar amb monitors. Sinó, quan jo abans hi anava, que el portava jo, havia d'estar jo allà, ajudar-lo a que es vestís bé, que es dutxés... Vull dir que no tens vida. I llavors trobo que amb això l'administració tampoc no té consideració amb nosaltres” (GD_F1).

Aquesta ampliació de l'oferta d'activitats més enllà del que exigeix i contempla la Cartera suposa un esforç extra per part de les entitats, tant econòmic com organitzatiu. Tal com s'ha anat anticipant, fer realment accessible aquesta oferta requereix, com a mínim, més recursos materials (per oferir noves activitats), més recursos humans (per poder personalitzar l'oferta i poder sortir a la comunitat en grups petits sense deixar ningú per fora, perquè va en cadira de rodes, per exemple), personal especialitzat (per oferir activitats especialitzades i ajustades a les diverses necessitats de les persones usuàries) i horaris flexibles (per a que cadascú planifiqui la seva setmana com consideri). És evident que **totes aquestes exigències xoquen —de nou— amb el marc normatiu establert.**

Una altre aspecte en el qual el xoc entre normativa i CDPD és frontal és **l'espai físic on es desenvolupen les activitats que constitueixen l'atenció diürna.** La normativa actual estableix que les activitats s'han de dur a terme dins del centre (del servei d'atenció diürna, entès com un espai físic), la qual cosa implica un enfocament segregador, en el qual hi ha espais propis i aïllats per a la població amb discapacitat. L'esperit de la CDPD és oposat: les persones amb discapacitat tenen dret a viure de manera independent i a ser incloses en la comunitat (art. 19); raó per la qual moltes entitats estan fent esforços explícits per apropar-se i obrir-se a la comunitat i afavorir entorns inclusius (com s'explicarà amb més detall en l'apartat següent: *6.1.3 Atenció basada en la comunitat*).

“És un centre que si tu hi vas gairebé sempre està mig buit o quasi buit hi ha moltes de les activitats que es fan fora, per exemple, al centre cívic fem una activitat de psicomotricitat, a l'altre centre cívic fem boccia¹⁹, al poliesportiu fem els esports, a un altre al centre cívic, que està per allà a la vora fem el taller de dibuix. Per què? Perquè la persona sàpiga que tot no és venir al centre i quedar-te al centre, sinó que tens recursos i com a ciutadà de dret doncs tens dret a fer servir els recursos públics i potser no tan públics però vaja, que els pots fer servir” (T_4).

Aquesta confrontació entre les condicions necessàries per poder personalitzar realment l'oferta d'activitats a la que accedeixen les persones usuàries i el que els permet el marc normatiu i de finançament actual té dues implicacions importants:

1. **Oferta heterogènia d'activitats entre entitats:** En absència d'unes directius clares, sumat al sobreesforç que han d'assumir les entitats, la capacitat d'ampliació de l'oferta depèn de factors com la dimensió de les entitats, o els recursos disponibles a nivell comunitari (la qual cosa genera una diferència important entre els serveis ubicats en entorns més urbans o més rurals). Això es tradueix en diferències significatives no només en l'amplitud i la variabilitat sinó també en el grau de flexibilitat de l'oferta d'activitats i la mesura en què la seva oferta és més segregadora o comunitària: mentre algunes entitats poden innovar i personalitzar més les activitats, o tenen capacitat per teixir aliances amb agents del territori per tal que les persones usuàries puguin fer ús dels recursos i serveis comunitaris, d'altres es mantenen més properes al model fixat per la Cartera. Aquesta disparitat genera situacions d'inequitat entre les persones usuàries, segons l'entitat que les atén i al territori on estan situades.
2. **Dificultats d'accés (que es tradueixen en inequitat) per a les persones amb majors necessitats de suport:** Les persones amb necessitats de suport més intenses requereixen més suports per participar en segons quines activitats, fet que implica un esforç addicional per part de les entitats. Tanmateix, les limitacions de recursos i la dificultat per adaptar-se a aquests requeriments fan que, en molts casos, aquestes persones continuïn vinculades a models d'activitats més tradicionals, amb poca participació en entorns comunitaris i mantenint-se principalment dins dels centres.

Aquest últim punt és fonamental perquè, d'acord amb l'esperit de la CDPD, la capacitat de decidir sobre l'oferta d'activitats i de participar-hi no pot quedar limitada a determinats perfils, sinó que ha de ser una opció real per a totes les persones usuàries de l'atenció

¹⁹ Definició de boccia: joc de precisió i estratègia, similar a la petanca, que possibilita la participació de jugadors amb alts nivells de discapacitat física.

diürna, incloses aquelles amb necessitats de suport més elevades. D'altra manera, s'estan generant desigualtats a l'hora de fer efectius els seus drets.

Aquesta realitat fa evident la importància d'incorporar figures com l'**assistent personal**, que fan possible una atenció més individualitzada. Això és especialment rellevant per aquestes persones amb necessitats de suport extens, ja que poden disposar, en moments determinats, d'una ràtio d'1 a 1, garantint una participació efectiva i significativa a les activitats. Algunes entitats ja han començat a implementar aquesta figura, tot i que de moment es troba en fase de prova pilot, amb un ús molt puntual, i es finança mitjançant convocatòria de serveis extraordinaris. Tot i que les entitats valoren molt positivament aquesta figura, s'hi pot identificar una certa contradicció: no s'està aplicant la figura d'assistent personal tal com ha estat concebuda a la convenció (per a la vida independent sota el control de la persona), sinó que es tracta de suports gestionats per l'entitat. Aquesta adaptació respon tant a les limitacions normatives com a la manca de recursos, que empeny les entitats a aprofitar totes les convocatòries disponibles per garantir l'atenció de les persones usuàries

"Ara nosaltres ens estem posant en l'assistent personal, perquè creiem que al final és la persona que ens ajudarà, que donarà suport a la persona individualment" (T_3).

Figura de l'assistent personal

La Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD) (ONU, 2006), ratificada per Espanya el 2008, reconeix el dret de totes les persones amb discapacitat a viure de manera independent i a ser incloses en la comunitat (Art. 19). El punt b) indica que els Estats han d'assegurar que totes les persones amb discapacitat puguin accedir, entre altres, a l'assistència personal (AP) com a via que permeti incloure-les a la comunitat.

L'assistència personal consisteix en oferir suport humà dirigit i controlat per la pròpia persona que el rep, perquè pugui fer tot allò que vol però no pot fer per ella mateixa. És la persona que rep el suport qui pren decisions sobre la persona que li proporciona el suport: el suport que rep i com i quan el rep. Es tracta d'una eina clau perquè les persones amb discapacitat intel·lectual puguin exercir el seu dret a una vida independent (Vasey, 2004), atès que aquest està vinculat directament amb el control sobre el suport desitjat.

Existeixen algunes recerques que aporten dades sobre l'impacte de l'assistència personal. A nivell nacional, Prieto et al. (2019) analitzen una de les poques experiències desenvolupades a l'Estat espanyol d'implementació de l'AP amb persones amb discapacitat intel·lectual i/o trastorn mental greu, concretament a Castella i Lleó, utilitzant una metodologia qualitativa. Els resultats mostren un increment del benestar de les persones i de les seves famílies, un augment del reconeixement i l'acceptació social, i evidencien que l'assistència personal és un recurs clau per proporcionar suport en les activitats quotidianes, així com per promoure la inclusió i l'acceptació en l'entorn comunitari. A nivell internacional, Riobóo-Lois et al (2024) realitzen una revisió sistemàtica de literatura que posa de relleu que l'AP contribueix de forma decisiva a la millora de la inclusió, l'autodeterminació i la vida independent de les persones amb discapacitat, facilitant el

Figura de l'assistent personal

seu empoderament, participació i inclusió laboral, així com la millora de la seva qualitat de vida, de la de les seves famílies i de l'entorn més proper. Al mateix estudi s'indica que molts governs no mostren un compromís ferm amb l'assistència personal, i es denuncia el fet que els drets humans de les persones amb discapacitat no poden dependre del finançament disponible ni del lloc on viuen.

A l'Estat espanyol, malgrat que la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència reconeix la figura de l'assistent personal, establint el dret a rebre una prestació econòmica per contractar l'assistència personal, aquesta ha tingut fins ara una aplicació molt limitada en la majoria de les comunitats autònomes. A Catalunya, segons el Segon Informe de la situació de les persones amb discapacitat intel·lectual a Catalunya (Álvarez et al., 2024), la xifra de persones beneficiàries de l'assistència personal el 2024 era de només 98, amb un màxim de 80 hores al mes.

6.1.3. Atenció basada en la comunitat

En aquest apartat s'analitza el moment en què es troben les entitats en la transició cap a models comunitaris, on les activitats s'ofereixen en l'entorn comunitari, en contraposició al model més assistencialista, en què aquestes es duen a terme dins dels mateixos centres dels serveis.

Figura 16. Transició del model d'atenció



Font: Elaboració pròpia.

La CDPD estableix el dret de totes les persones a viure de manera independent i a ser incloses dins la comunitat, amb els suports necessaris per fer-ho possible, per evitar l'aïllament i la separació de les altres persones. En aquest sentit, la transformació que ha d'experimentar l'atenció diürna *"no és incloure a les persones [a la comunitat] sinó fer la comunitat, (...) fer conjuntament unes comunitats més accessibles, més tolerants, més respectuoses i amb més valors cap a la diversitat per a què al mateix temps que aquesta comunitat pugui ser acollidora i inclusiva"* (GD_E2). **L'obertura dels serveis a la comunitat, per tant, no és unidireccional sinó bidireccional:** es transformen els serveis i amb ells les oportunitats i vivències de les persones usuàries, i alhora la seva participació transforma la societat.

D'aquesta manera, **l'ampliació de l'oferta d'activitats que comporta la planificació centrada en la persona (PCP) i l'atenció basada en la comunitat esdevenen dues cares de la**

mateixa moneda. Construir comunitat amb les persones usuàries de l'atenció diürna requereix escoltar-les, identificar els seus interessos, connectar-les amb els recursos del territori i facilitar-ne la participació activa, reconeixent també tot el que poden aportar. Alhora, és precisament la vinculació amb la comunitat el que permet enriquir la PCP: l'obertura al territori desperta motivacions i desitjos que difícilment emergirien dins l'entorn tancat del centre. En aquest sentit, hi ha força consens entre les persones informants que a la comunitat *"es donen unes interaccions que dins el centre no passen"* (T_4) i que deriven en major **autoestima** de les persones usuàries. Addicionalment, la participació en activitats diverses del seu interès, la creació de vincles i l'ampliació de recursos resulten clau per potenciar la seva **autonomia**.

Tanmateix, ja s'ha anticipat que en la pràctica les entitats es troben amb barreres de diferent naturalesa per promoure aquesta inclusió comunitària. Per a algunes d'aquestes han trobat solucions efectives, i per a d'altres caldria canviar les condicions estructurals en què es presten els serveis. A continuació es detallen les principals dificultats identificades per basar l'atenció diürna en la comunitat, amb les respectives estratègies per fer-hi front.

Barrera 1: Manca d'oferta d'activitats adaptades en la comunitat. Malauradament, a dia d'avui, només una petita part de les activitats comunitàries que s'ofereixen arreu del territori estan preparades per atendre persones amb necessitats de suport específiques. L'oferta és molt limitada (en uns territoris més que en d'altres) i per tant és fonamental treballar per ampliar-la. Davant d'aquesta situació, més enllà de reclamar que l'oferta pública d'activitats sigui realment accessible, les entitats han optat per:

- ✓ **Estratègia 1.1: Crear aliances al territori per identificar oportunitats de contribució a la comunitat.** De manera general, les entitats realitzen esforços importants per crear xarxa al territori i buscar agents o espais on, les persones usuàries no només participen en activitats comunitàries, sinó que també les puguin liderar. Concretament, les entitats busquen:

- Establir convenis amb ajuntaments, consells comarcals, empreses, escoles, casals d'avis per identificar les seves necessitats i connectar-les amb els interessos i objectius de vida de les persones usuàries.
- Una vegada realitzada aquesta connexió, les persones usuàries poden assumir tasques i/o prestar serveis concrets en aquests espais (escoles, casals de gent gran, empreses, centres cívics) i d'aquesta manera potenciar i fer visible la seva contribució a la comunitat.
- Reaprofitar espais infrautilitzats del territori per generar nous espais comunitaris.

"Al final és gràcies als ajuntaments que ens cedeixen espais, (...), que hem anat creixent" (T_3).

- ✓ **Estratègia 1.2: Reorganització interna de les entitats i posada en marxa de nous serveis per donar resposta a necessitats no cobertes.** Si bé aquesta és una transformació que va més enllà de l'atenció diürna, no es pot deixar d'esmentar que, davant d'aquesta manca d'oferta comunitària i de serveis públics que permetin a les persones amb discapacitat fer efectiu el dret a viure de manera independent i en la comunitat, moltes entitats —de maneres diferents, i en també en diferent mesura— s'han reorganitzat internament (en termes d'organigrama) per oferir un acompanyament més integral a les persones usuàries, en totes les dimensions de la vida. D'aquesta manera, l'atenció diürna deixa de ser concebuda com un servei "aïllat" per complementar-se altres serveis interns com el Servei a la Vida Independent (SASVI), serveis de formació com el Servei de Formació i Inserció (SEFI), entre d'altres.
- ✓ **Estratègia 1.3: Obertura dels centres a la comunitat.** En paral·lel a totes les estratègies anteriors, bona part dels centres d'atenció diürna estan realitzant esforços explícits per obrir-se a la comunitat, no només per mostrar el que fan, sinó per a que tothom pugui realitzar activitats en els centres. Un exemple paradigmàtic i arquitectònicament innovador és El Vapor (a Terrassa) on l'entitat Prodis ha restaurat una antiga fàbrica tèxtil no només per encabir-hi una part de les instal·lacions de la fundació (entre les quals algunes adreçades a població usuària de l'atenció diürna), sinó també per posar alguns espais i serveis a disposició de la ciutadania (un restaurant, un bar, sales de conferències, entre d'altres). Algunes entitats alerten però, que aquesta estratègia s'ha de desplegar amb cura per evitar "ser un aparador" i desviar-se del principal objectiu, que és la sortida cap a l'entorn comunitari.

Barrera 2 – Ràtios insuficients i manca de perfils professionals especialitzats. Ja s'ha anat apuntant en diverses ocasions que per garantir una participació activa i una atenció de qualitat en activitats comunitàries, calen, com a mínim, grups reduïts, si no una atenció realment individualitzada.

"Si volem fer una inclusió real a la comunitat, lo bo seria que hi hagués dues persones, tres, quatre, màxim, no onze amb dos monitors" (T_3).

Aquestes dificultats per disposar de recursos humans necessaris per realitzar acompanyaments en grups reduïts en les sortides a la comunitat, generen efectes col·laterals: d'una banda, les ràtios dins dels centres augmenten, i això redueix la qualitat de l'atenció. D'altra banda, la sortida genera un sobre esforç al personal, que a la llarga desemboca en un desgast important, com il·lustra la cita a continuació:

"Tot això ho estem fent gràcies a un gran sobre esforç que estem fent a nivell d'equip, d'horaris, (...) perquè moltes vegades estem participant en projectes de la comunitat fora dels horaris laborals, i després has de compensar aquestes hores als professionals. (...) Moltes vegades implica que l'equip tècnic ha d'estar fent atenció

directa, perquè sinó ja no hi ha mans. Llavors, també aquest desgast de l'equip tècnic, d'haver d'estar a tot arreu, reordenant tot, reorganitzant cada dia. Llavors, tot això implica un patiment perquè hem de fer un sobreesforç i presentar-nos a moltes subvencions per poder obtenir aquests diners" (GD_E2).

També és important tenir en compte que dissenyar **les estratègies plantejades anteriorment requereix temps, però també unes competències específiques; requereix personal especialitzat**. No és casualitat que les entitats que més han avançat en aquesta obertura a la comunitat siguin aquelles que estan desenvolupant projectes experimentals amb noves figures professionals com ara la de connector comunitari, facilitador comunitari o insertor laboral. Aquests perfils estan especialitzats en la identificació d'oportunitats a partir de la creació de xarxes i aliances, una tasca que, sense aquestes figures (el seu temps i competències) a les entitats els resulta molt difícil de desenvolupar.

"[Disposar d'aquests perfils] ens ha permès trobar lligams i nexes amb la comunitat, amb centres cívics, amb residències de gent gran o amb escoles, que fins ara no havíem tingut l'oportunitat. Ho fèiem amb grup gran i ara ens hem pogut dedicar a fer-ho de forma més individual" (GD_P).

Davant d'aquesta situació, les entitats intenten:

- ✓ **Estratègia 2.1: Recórrer a finançament addicional**, per disposar d'aquests perfils especialitzats en el millor dels casos, i sinó com a mínim de mans que permetin alliberar temps per a que algú realitzi aquestes tasques. La majoria d'entitats cerquen subvencions per finançar l'impuls d'aquestes estratègies amb recursos addicionals al concert d'atenció diürna, quelcom que els suposa un esforç important en termes de gestió. Cal tenir en compte, a més, que el fet que perfils professionals concrets depenguin de convocatòries de subvenció suposa que la seva feina es pot veure discontinuada en qualsevol moment, una situació per a la qual les entitats sempre han d'estar preparades.
- ✓ **Estratègia 2.2: Recórrer a persones voluntàries** per cobrir les necessitats de suport que no pot cobrir el personal assignat al servei. De fet, hi ha força consens entre les entitats que sense el voluntariat l'atenció basada en la comunitat seria pràcticament inviable.

"El projecte s'aguanta, moltes vegades ho diem i amb pena, gràcies a la gent voluntària que ens donen cop de mà, gràcies a les persones de pràctiques que en tenim moltes (...), perquè hi ha moltes coses que no arribaríem a fer el que estem fent si no fossin pels voluntaris que tenim i les persones de pràctiques. És greu, perquè no arribem i hem d'arribar d'aquesta manera" (GD_P).

Barrera 3 – Ubicació d'alguns centres fora del nucli comunitari. Una part important dels centres on es presten serveis d'atenció diürna es troben a les afores dels nuclis urbans o en

zones mal connectades, fet que dificulta l'accés natural i quotidià als espais comunitaris. Aquest obstacle és encara més accentuat en entorns rurals on hi ha majors dificultats de transport.

"Tenim un entorn idíl·lic, estem al mig del bosc (...), tenim un jardí enorme (...) però també és el *handicap* aquest de dir, no estem dintre la comunitat, no puc anar a fer la compra setmanal o quan hi ha una festa, ens resulta un *engorro*. Agafem furgoneta, desplaçem-nos, no podem fer-ho amb normalitat de dir, ei, dues persones, anem a la botiga" (T_2).

- ✓ **Estratègia 3.1: Descentralització.** Moltes entitats estan tendint cap a models més descentralitzats, amb centres més petits i més pròxims a la comunitat i a les zones de residència de les persones usuàries. No obstant, això implica dificultats logístiques, econòmiques i d'adaptació.

"Vam veure que si volíem fer un model comunitari, el més adient era poder portar aquestes persones a la comunitat i que estiguin a prop de la seva pròpia residència, de casa seva. Vam desinstitucionalitzar tot el centre que teníem. (...) El que vam fer va ser distribuir totes les nostres persones per tota la ciutat i poder estar en els barris i a prop d'on vivien" (GD_E2).

- ✓ **Estratègia 3.2: Oferir servei de transport.** El servei de transport per a persones amb discapacitat continua sent una qüestió no resolta adequadament, especialment tenint en compte la ubicació dels centres. Les entitats intenten establir convenis amb les administracions locals o comarcals, que tenen competència en aquesta matèria, per facilitar les rutes de transport. Alternativament, algunes entitats ofereixen serveis de transport propis, finançats parcialment mitjançant subvencions o copagaments per part de les famílies.

Tot i aquests esforços, hi ha consens a què **el transport és un obstacle important a l'hora de personalitzar els serveis i oferir una atenció basada en la comunitat.**

D'una banda, quan el servei és gestionat per empreses del territori, sovint presenta mancances com falta de personal especialitzat o rutes molt llargues i insuficients, fet que repercuteix directament en la qualitat de vida de les persones usuàries. De l'altra, quan són les entitats qui assumeixen la prestació del servei, els suposa una càrrega de gestió i un cost econòmic sovint difícil d'assumir.

"El transport, que quedi ben clar, és un servei que no està ben treballat a nivell dels serveis d'atenció diürna. És molt deficitari, tenim molts problemes amb les rutes de transport, amb els ajuntaments, consells comarcals, no hi ha una actuació adequada. Després els dispositius propis del transport adaptat són antics, no funcionen les rampes, tenim incidències, moltes incidències de les rutes de transport" (T_5).

És evident que tal i com està dissenyat ara el model d'atenció basat en la Cartera de Drets Socials, **l'atenció basada en la comunitat implica més recursos que l'atenció dins del centre**. Ara bé, això no permet determinar quins serien els costos en un altre model d'atenció. El desplegament de totes aquestes estratègies, que no deixen de ser a iniciativa individual de cada entitat i fonamentalment amb recursos propis els suposa un sobre esforç que, sostingut en el temps, **genera desgast**. De fet, dels discursos dels diferents perfils de persones participants es desprèn una sensació d'esgotament.

A més a més, ja s'ha anat comentant que la capacitat de desplegar aquestes estratègies depèn de la mida i els recursos propis de cada entitat. Si, a més a més hi sumem les desigualtats territorials en termes d'oferta de recursos i serveis (ja que l'articulació de xarxes és molt més complexa en entorns rurals a causa de la manca d'agents, serveis i infraestructures), deriva en **diferències importants en la mesura i la manera com els serveis d'atenció diürna s'obren a la comunitat**. I per tant, inequitats en el dret de les persones usuàries de portar una vida en la comunitat.

Més enllà dels obstacles relatius a la prestació dels serveis d'atenció diürna, no es poden oblidar tampoc les limitacions que imposa la pròpia comunitat/societat, ja que —d'acord amb el relat de les persones informants— **les estructures físiques, socials i culturals continuen essent excloents, o com a mínim estan molt lluny d'acollir la diversitat**. Per aquesta raó, les persones informants posen de relleu la importància de continuar sensibilitzant, formant i visibilitzant la diversitat. Accions com sortir al carrer o participar en activitats comunitàries contribueixen a trencar estigmes i obrir oportunitats de participació en la comunitat per les persones amb discapacitat. Quan estan presents en els espais de participació social i comunitària es fan visibles, són reconegudes socialment i es reconeix que són part activa de la societat, que esdevé més diversa, inclusiva i cohesionada.

“Sempre s'haurà de seguir treballant en aquesta qüestió [participació a nivell comunitari] perquè per molt bé que es facin les coses, el que ha de quedar clar és que com més visible sigui, com més normal sigui, o sigui, si hi ha gent com [nom persona usuària] incorporats a tot arreu, es normalitzarà veure aquestes persones amb diversitat funcional. És allò de dir, si les posem als centres, clar, no intervenen per res a la societat, ens hem d'obrir, hem de fer que siguin part d'aquesta societat” (GD_F2).

Per últim, no es pot deixar de puntualitzar que la participació comunitària ha de respondre sempre al desig i interès de cada persona. En funció de les preferències i els moments vitals, les persones usuàries de l'atenció diürna han de poder definir en quina mesura i amb quina intensitat volen participar a la comunitat, sense oblidar que poden seguir volent o necessitant altres entorns com els centres per desenvolupar altres esferes o inquietuds.

6.1.4. Transformar la gestió per transformar l'atenció

Els tres apartats anteriors evidencien que, més enllà del canvi de mirada —per part de les entitats i els seus equips professionals— i del canvi en la manera de treballar, que sempre són processos que requereixen temps, **el principal obstacle a una atenció realment personalitzada i prestada en la comunitat —tal com planteja la CDPD— és la normativa vigent**. A dia d'avui aquesta determina:

- La **ràtio** de persones usuàries per professional d'atenció directa que ha de complir cada tipus de servei.
- El **perfil de professionals** que ha de garantir cada servei (amb els recursos del concert).
- El **model de gestió de places**.
- El **finançament** que atorga el Departament de Drets Socials i Inclusió a les entitats prestadores per cobrir el cost de cada plaça.

Cadascun d'aquests elements determina la capacitat de les entitats per flexibilitzar els serveis. Els apartats següents aprofundeixen en els discursos de les entitats prestadores sobre les implicacions de cadascun d'aquests elements en el funcionament dels serveis d'atenció diürna.

Ràtios insuficients

La Cartera de Serveis Socials contempla una designació de ràtios predefinida segons el tipus de servei (SOI/STO/STOA/CAE).

Taula 11. Ràtio actual segons tipus de servei

Tipus de servei	Ràtio
SOI	1:14
STO	1:8
STOA	1:4
CAE	1:6

Font: Elaboració pròpia a partir del Decret 142/2010 de la Cartera de Serveis Socials.

Això explica que, a més necessitats de suport, menor ràtio de professionals que fan atenció directa —malgrat ja s'ha comentat en l'apartat 5 que el desajust entre perfil i tipus de servei fa que aquesta relació no sempre s'acompleixi. Aquesta lògica només es trenca amb els CAE, que tenen una ràtio superior als STOA pel que fa l'atenció directa, però inclouen un equip de professionals especialitzats força més ampli.

En qualsevol cas, **la percepció general és que les ràtios són en tots els casos insuficients**. Especialment si es té en compte:

- Que l'envelliment de la població usuària comporta un augment generalitzat de les seves necessitats de suport.
- Que tant la personalització dels serveis com l'atenció a la comunitat requereixen una atenció més individualitzada.

“A vegades les ràtios no et permeten fer tanta individualització i es fa complicat” (GD_P).

- Que existeix entre les persones informants la percepció que cada vegada hi ha més persones usuàries amb trastorns de conducta, que requereixen una atenció més individualitzada i intensa.

Per tot plegat, hi ha consens en afirmar que *“hi ha un problema de ratis d'atenció” (T_1)* i que aquest és un dels principals condicionants del funcionament dels serveis. Davant d'aquesta situació, les entitats despleguen estratègies diverses, totes elles orientades a disposar de més mans per atendre la població usuària:

1. **Reorganització dels grups de persones usuàries:** ja s'ha comentat que són força les entitats que refan els grups de persones usuàries segons necessitats de suport i característiques personals —i amb independència de la valoració oficial— per distribuir els equips professionals de la manera més estratègica possible.

2. **Increment de ràtios amb recursos propis.**

“Nosaltres anem per sobre ràtio sempre, perquè sinó no tenen hores d'atenció directa els professionals. Això vol dir que sempre s'ha de tindre més professionals dels que paguen” (T_3).

3. **Contractació d'especialistes** que fan atenció directa finançats per altres mitjans com subvencions o serveis experimentals de la cartera.

“Si vols introduir algun tipus més de professional, clar, l'ha de finançar la pròpia entitat. Llavors, ara mateix, estem finançant coses perquè són necessàries, o sigui, ratis de professionals que ens és necessari i clar, potser ho estem fent durant un temps, però sempre no ho podem assolir” (GD_1).

4. **Organització d'activitats fora del centre** (que requereixen més personal) amb grups petits de manera rotatòria.
5. **Comptar amb persones voluntàries** per abaixar ràtios i així podem assumir, per exemple, les activitats comunitàries (que amb les ràtios actuals són molt difícils de gestionar).

Nous perfils professionals

La Cartera de Serveis Socials, a més d'establir la ràtio de professionals d'atenció directa per cada tipus de servei, també determina les ràtios dels diferents perfils d'especialistes, assignats a cada tipus de servei.

Taula 12. Perfils professionals segons tipus de servei

Tipus de servei	Perfils professionals (ràtio professionals per usuaris/es a jornada completa)
SOI	Psicòleg/loga (1:100), treballador/a social (1:100), monitor/a (1:14)
STO	Director/a responsable; monitor/a especialitzat/da, terapeuta ocupacional o educador/a social (1:8); psicòleg/loga o pedagog/a (1:40); treballador/a social i personal especialitzat en realització dels programes individuals de rehabilitació (1:80)
STOA	Director/a responsable; monitor/a, terapeuta ocupacional o educador/a social (1:8); auxiliar de monitor/a (1:8); psicòleg/loga o pedagog/a (1:40); treballador/a social (1:80).
CAE	Director/a responsable (1:64), responsable higienicosanitari (metge/essa, infermer/a (1:128), terapeuta ocupacional (1:128), fisioterapeuta (1:128), psicòleg/òloga (3h/setmana) i monitor/a especialitzat (1:6).

Font: Elaboració pròpia a partir del Decret 142/2010 de la Cartera de Serveis Socials.

Durant el treball de camp no han emergit massa opinions amb relació a les ràtios d'especialistes, sinó més aviat respecte la necessitat de disposar de nous perfils professionals, que a dia d'avui la Cartera no contempla i que les persones informants consideren importants tant per atendre i cobrir les necessitats de suport de les persones usuàries, com per assegurar una atenció personalitzada i orientada a la comunitat. Concretament, les entitats reclamen:

- ✓ **Disposar d'especialistes:** professionals de la pedagogia, la logopèdia, la fisioteràpia i la infermeria són els més reclamats, però també especialistes en comunicació no verbal. En aquest sentit, les persones informants subratllen que en l'etapa educativa bona part de les persones usuàries (aquelles que han a escoles d'educació especial) han comptat amb el suport d'aquests/es especialistes, de manera que no disposar d'aquesta possibilitat en l'etapa adulta es concep com una pèrdua significativa en la qualitat de vida i de l'atenció.

“ Altres serveis sí que tenen, per exemple, logopeda o el que sigui. A l'escola. (...) [i] arriben als nostres serveis i ja no tenim professionals experts. De cop i volta, els professionals de servei ocupacional han de ser experts en tot” (GD_E2).

“Totes aquestes persones, especialment amb TEA, que venen de la comunicació no verbal, llavors ens hem de convertir en experts per poder fer tota la seva part de comunicació perquè es puguin comunicar quan nosaltres, dins dels perfils professionals, no tenim cap expert en temes de comunicació” (GD_2).

Consideren que disposar d'aquests perfils professionals és clau per garantir la personalització i la qualitat de l'atenció. Sovint, aquests perfils o bé no existeixen o bé es troben en ràtios tan baixes que resulten insuficients per poder realitzar l'atenció. Aquest fet, genera situacions de frustració en els equips de professionals, que saben quins suports serien necessaris però no disposen de recursos per oferir-los.

- **Incorporar nous perfils professionals, orientats específicament al treball comunitari.** En aquest sentit, els serveis de caràcter més experimental destaquen la importància de disposar de figures com el connector/a comunitari/a, el/la facilitador/a comunitari/a o l'insertor/a laboral, que es dediquen específicament a la creació d'aliances i xarxes de suport, per promoure la inclusió i la participació activa en la comunitat de les persones usuàries. Sense aquests perfils, bona part de les experiències i estratègies que s'han explicat al llarg d'aquest informe no haguessin estat possibles, ja que les professionals que ja tenen unes altres tasques assignades no disposen del temps ni dels recursos necessaris per construir aquestes aliances.

“Els perfils professionals també estan més que obsolets, és a dir, el decret ocupacional no marca cap perfil professional, però nosaltres veiem en aquest nou model més comunitari que la figura de l'integrador social o algunes figures són molt importants. Educadors socials, integradors socials, és una figura molt important. Logopeda, que no està contemplat a la cartera, (...) potser hi hauria de ser no?” (GD_E2).

- **Que es reconeguin les hores dedicades a la coordinació, l'escolta individual, el seguiment personalitzat i la formació de les professionals.** Totes aquestes tasques imprescindibles per a una atenció personalitzada no estan previstes ni reconegudes a dia d'avui entre les que han de realitzar els equips professionals de l'atenció diürna.

“Crec que són uns professionals molt pensats per tenir-los ocupats, però no tenen temps per pensar. És a dir, m'agradaria que em diguessin que en un institut els professors només tenen les hores lectives pagades. (...) I en canvi, professionals que estan atenent a persones amb unes dificultats enormes resulta que només tenen pagades les hores d'atenció directa” (T_3).

Per fer front a la manca d'aquests perfils professionals, les entitats estan desplegant diferents estratègies, en major o menor mesura segons l'entitat, similars a les que ja s'han mencionat per avançar cap a models més flexibles, centrats en la personalització:

- ✓ **Estratègia 1:** Cerca de finançament addicional per poder contractar nous perfils professionals.

“També hem tingut la mateixa subvenció, ells li diuen Flexi, nosaltres li diem Pilot, però també hem tingut aquests recursos de més a més, de dues persones o tres, (...), que es poden dedicar a passar les escales Inico²⁰, a poder fer mapes, a poder utilitzar tot aquest material d'ACP [Atenció Centrada en la Persona], que potser a un educador en un grup se li limita més per un tema de temps i de poder tenir l'espai per fer tutories” (GD_P).

- ✓ **Estratègia 2:** Contractació d'especialistes que treballen com a servei privat per a les famílies. Per exemple, el servei de fisioteràpia o logopèdia en molts casos s'ofereix des de l'entitat però és de pagament.
- ✓ **Estratègia 3:** Formació interna al personal per a que adquireixin noves eines i habilitats.

“Nosaltres, arrel de l'aspecte deficitari que hi ha en el sector de formació a nivell transversal i global, (...) hem obert la nostra pròpia aula docent. Nosaltres capacitem els nostres professionals (...) en el procés d'acollida, mensualment fem formacions. Per què? Perquè necessiten tenir aquest acompanyament, necessiten adaptar el seu coneixement a la nostra població. Els nostres auxiliars saben de disfàgia, saben de mobilitzacions, de transferències, d'una manera molt determinada, d'espasticitat, de distonia, moltes coses” (T_5).

- ✓ **Estratègia 4:** Mirar de contractar perfils polivalents, que puguin assumir tasques més especialitzades però també centrades en l'atenció directa.

Ara bé, que les entitats cerquin la manera de compensar aquestes mancances no treu que aquestes estratègies estiguin lluny de representar una solució eficaç. Fonamentalment per dues raons:

- **Raó 1: Perquè són solucions extremadament inestables.** En altres paraules, són solucions temporals, la qual cosa no només genera incertesa i dificulta que les entitats puguin integrar realment l'aportació d'aquell/a professional, sinó que a més a més, genera unes expectatives en la població usuària (i les seves famílies) que un

²⁰ Les “escales Inico” fa referència a l'Escala GENCAT, un instrument desenvolupat per l'institut INICO (Instituto Universitario de la Integración en la Comunidad) de la Universitat de Salamanca, que permet l'avaluació objectiva de la qualitat de vida d'usuàries de serveis socials.

temps després es poden convertir en frustració. Addicionalment, aquesta inestabilitat suposa un obstacle important per a la incorporació estructural de pràctiques innovadores.

“Amb la subvenció de l'any passat de la “convo” ” [convocatòria de serveis experimentals] vam aconseguir el finançament per tenir una orientadora laboral (...). Però, clar, això quan s'acabi la subvenció, no sé si ho podrem mantenir. I pensem que és una pèrdua important” (GD_E2)

→ **Raó 2: Perquè comporten molt de temps de coordinació i gestió.** Un temps que, d'altra banda, ja s'ha comentat que no està reconegut com a tal en la distribució de funcions remunerades en el marc del concert.

La conseqüència és un **desgast important dels equips professionals de l'atenció diürna, que deriva en una elevada rotació**: la manca d'estabilitat i les condicions de treball demandants, sumades a la precarietat dels convenis laborals (salaris baixos i condicions poc atractives), provoquen una rotació elevada del personal d'aquests serveis i dificultats de contractació de noves professionals. Al mateix temps, aquesta rotació implica que les entitats perden coneixement acumulat sobre el funcionament dels serveis i les persones usuàries, fet que repercuteix negativament en elles, que també perden les referents amb qui han construït vincles.

“I la part negativa, jo hi veig la part de recursos, la part de falta de mans, d'especialització, la part que els sous no acompanyen, que és un sector complicat i que la gent no hi vol venir a treballar. (...) I quan els tens formats marxen i hi ha molts canvis de personal, molta rotació, i això també fa que les coses no calin perquè tu plantejges coses i quan ja la cosa comença a rodar, aquella persona marxa i això crec que fa que l'atenció a la persona hi perdi, perquè la persona atesa, doncs, a vegades, doncs, això no acaba tenint l'atenció perquè té molta rotació de personal i no ajuda, no?” (GD_P).

És en aquest sentit que tant les entitats com les famílies informants mencionen que **el sistema en bona mesura se sosté gràcies a la vocació i “l'alta motivació, la gran empatia” (GD_E2) de les professionals**. Per això alerten del risc de seguir estirant aquesta predisposició: *“tot aquest model tan bonic que hem construït, potser en el futur, si no garantim tot això, que els professionals se sentin bé, també a nivell de condicions laborals, pot ser que ens canviï”* (GD_E2).

Finançament insuficient

D'acord amb la normativa actual, les entitats reben per cada persona usuària un preu fix mensual, en funció del nombre de places assignades per a cada tipologia de servei. Ara bé, hi ha absolut consens entre les entitats informants que, de manera general, el **finançament**

és insuficient. Aquesta percepció queda avalada per l'estudi de costos recentment publicat pel Departament de Drets Socials i Inclusió (2025) sobre els Serveis d'Atenció Diürna.

L'informe presenta una desagregació detallada de les despeses vinculades al proveïment dels serveis, tant en l'àmbit dels centres de dia com en el dels serveis residencials, i ofereix finalment una estimació del cost total segons la tipologia de servei i el perfil de discapacitat. La comparació d'aquestes dades amb les tarifes establertes a la Cartera de Serveis Socials posa de manifest **l'existència d'un infrafinançament estructural en els serveis d'atenció diürna**. Això no treu que —d'acord amb el treball de camp— hi ha serveis que es consideren més viables econòmicament que d'altres. De fet, diverses entitats han esmentat que **hi ha poca oferta de serveis de SOI i de CAE perquè resulten molt difícils de sostenir econòmicament**.

“El SOI originalment surt en una rati 1-14, un professional per cada 14 persones, amb uns perfils molt similars a una altra població que té una rati de 1- 8 i fins i tot un 1-4” (T_1).

La Figura 4 sobre la Distribució territorial dels centres RESES de CAE (a l'apartat 3.2 de Cobertura dels serveis d'atenció diürna) mostra que aquesta manca d'oferta és especialment greu en el cas dels CAE, la qual cosa explica, d'una banda, que una part important de les persones amb necessitats de suport extenses tingui doble valoració STOA-CAE per poder ser ateses en un centre amb RESES d'STO, i de l'altra, que el mòdul econòmic dels CAE s'hagi augmentat recentment de 739,48€ per persona usuària a 1.141,29€ per persona.

“Jo crec que no ens acabaven de pagar [amb el CAE]. Els números no sortien. Llavors vam dir, doncs que sigui STO” (T_3).

En el cas dels SOI el que acaba succeint —segons relaten les persones informants— és que reben una atenció pròpia d'un STO (com ja s'ha explicat al parlar de la hibridació dels perfils).

“Perquè a vegades ens trobem una persona valorada de SOI que necessita un suport i evidentment les entitats li acabem donant l'STOA. Llavors el mòdul econòmic de SOI, (...) estem a 400 i pico i l'STOA jo crec que estem a 800. Doncs imagina't, si entra una [persona valorada] de SOI, que nosaltres evidentment no desentendrem i li donarem l'atenció que necessita, però el que rebem és la meitat” (T_3).

A aquesta realitat de partida se li afegeix el fet que **la personalització dels serveis sovint requereix ràtios més baixes i accés a professionals especialitzats, mentre que el sistema de finançament continua responent al model** més tradicional de cartera, més institucionalitzat i amb una atenció més estandarditzada. Ara bé, aquesta relació no és lineal. En alguns casos, la participació en activitats comunitàries pot reduir la necessitat d'atenció directa dins del centre, mentre que en d'altres es fa imprescindible intensificar-la.

En tot cas, el que resulta evident és la necessitat d'un replantejament de les funcions professionals i de l'organització dels suports per adaptar-se millor a escenaris de personalització i vinculació comunitària. Tot plegat evidencia la necessitat de repensar tant l'organització dels recursos com les funcions professionals per tal d'adaptar els serveis a escenaris de suport més personalitzat i comunitari.

“Tot el tema de (...) falta de recursos econòmics, personals, és una mica general amb els camins nous que anem obrint. (...) Que bé els camins nous, aquesta nova manera de fer, però què malament que no acompanyin els recursos!” (GD_P).

Com a conseqüència, ja s'ha comentat en diversos apartats, que **les entitats es veuen obligades a buscar constantment fonts de finançament addicionals**, per cobrir despeses que consideren fonamentals per proporcionar un atenció centrada en la persona però que no queden cobertes amb el concert. I per tant a assumir la càrrega de gestió que aquesta cerca de finançament fragmentada comporta; perquè no es pot perdre de vista que cada subvenció (sigui de 3.000€ o de 300.000€) comporta un procediment tant d'aplicació com de seguiment de l'execució i posteriorment de justificació.

“Hi ha la part concertada, que són les places que es paguen. I a partir d'aquí, tot el que tu vulguis: convocatòries o subvencions privades, com Fundació Norte, la Caixa, o a Drets Socials la “convo” [convocatòria de serveis experimentals]. Crec que no n'hi ha d'altres. Però vull dir, tot això que posem un pèl de més, perquè hi ha projectes europeus o és el que hi ha. No tenim capacitat d'estructura. A que ens obliguen a les entitats? Ens hem d'anar transformant per (...) intentar sobreviure per donar resposta al que s'està creant. Un contracte-programa més estable en el temps, més enllà del concert, o pel propi concert, per donar resposta a les necessitats noves que ens surten, per donar resposta quan necessitem fer inversió.” (T_3)

En qualsevol cas, ja s'ha esmentat anteriorment que dependre de subvencions puntuals genera, no només una gran **inestabilitat financera i organitzativa** (que té conseqüències en termes d'estabilitat del personal, de capacitat d'inversió i creixement de les entitats, etc.), sinó també una **discontinuitat de serveis o suports concrets** (finançats amb aquests recursos temporals), de cara a les persones usuàries; com ara suports en l'àmbit de la fisioteràpia, de la comunicació alternativa o de la construcció d'aliances territorials, per citar-ne alguns.

Al mateix temps, aquest escenari genera **desigualtats importants entre entitats**, ja que la **capacitat per fer front a aquesta cerca i gestió de finançament addicional depèn de la seva dimensió i de la seva capacitat financera i organitzativa prèvia**. En conseqüència, les entitats amb menys capital o capacitat d'inversió o de cercar aliances estratègiques tenen més dificultats per innovar i transitar cap a models més flexibles, i això repercuteix directament en la qualitat i l'equitat de l'atenció que reben les persones usuàries. Addicionalment, aquestes desigualtats també acaben revertint en ocasions en les famílies,

ja que en molts casos quan l'entitat no pot assumir per altres vies el finançament de determinats serveis opta, o bé per no proporcionar-lo o bé per proporcionar-lo de manera privada, o en el millor dels casos amb un co-pagament de les famílies, la qual cosa comporta desigualtats i barreres d'accés entre aquelles que poden assumir el cost i aquelles que no.

Per tot plegat, del treball de camp se'n desprèn que el model de finançament actual dels serveis d'atenció diürna no facilita que es proporcioni a les persones usuàries una atenció individualitzada, que no només cobreixi les seves necessitats de suport bàsiques sinó que doni marge per a que cada persona triï quins suports necessita per construir la seva vida. En aquesta direcció, **el model de pressupostos personals emergeix com una alternativa que comença a ressonar entre les entitats**. Aquest model planteja que —en lloc d'enviar els diners per cobrir els suports de les persones usuàries a les entitats prestadores de serveis— en puguin disposar elles directament (cada persona usuària) i, amb un acompanyament (per exemple, la figura del gestor/a de cas), puguin decidir quins suports necessiten o volen rebre, garantint així una atenció més personalitzada i ajustada als seus interessos.

“Els pressupostos individualitzats és l'ideal i és demanar la carta als reis i després suposo que també hem de tocar de peus a terra. (...) I el que les coses puguin ser el màxim de flexibles i pensades per cadascuna de les persones” (GD_E1).

“Si la persona pogués escollir aquelles coses que volen i tingués els diners per fer-les... I un gestor individual. No ho sé, jo penso que seria fantàstic per les persones amb discapacitat” (GD_E2).

Pressupostos personals o suports autodirigits

En què consisteixen?

El sistema de pressupostos personals adreçats a persones amb discapacitat implica transferir-los capacitat financera per tal que elles puguin prendre decisions sobre quins suports necessiten o volen rebre, d'acord als seus interessos i estil de vida desitjat. D'aquesta manera es promou l'autonomia i la presa de decisions, d'acord amb la Convenció dels Drets de les Persones amb Discapacitat (Nacions Unides, 2006).

- Al document *Transformació dels serveis per a les persones amb discapacitat*, informe del Relator Especial sobre els drets de les persones amb discapacitat (Gerard Quinn) (A/HRC/52/32) (2023b) s'indica la necessitat de descentralitzar els pressupostos per tal que les persones puguin adquirir els serveis que necessiten, en comptes de rebre els que altres persones suposen que necessiten. Cita com a exemples estudis pilot realitzat a Austràlia i Irlanda) i es recomana als Estats la revisió dels models de finançament i els marcs jurídics, per tal de permetre que els proveïdors de suport puguin transformar la manera com es distribueixen els suports.
- A l'informe de l'Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides pels Drets Humans sobre *Bones pràctiques dels sistemes de suport per a la inclusió de les persones amb discapacitat a la comunitat* (A/HRC/55/34) (2023a) es recomana als estats que introdueixin pagaments directes i pressupostos personals per empoderar les persones amb discapacitat en relació a l'elecció dels serveis de suport.

Pressupostos personals o suports autodirigits

Funcionament dels Suports Autodirigits

Els suports autodirigits funcionen de manera que hi ha un pagament directe a la persona i aquesta els gestiona directament de tres maneres possibles:

1. L'administració local o una organització externa gestionen els suports i serveis escollits per la persona.
2. L'administració selecciona i gestiona els suports a través d'organitzacions d'acord amb la persona.
3. Una combinació de les dues anteriors.

La recerca sobre pressupostos personals per a persones amb discapacitat intel·lectual, concretament, no és abundant, però sembla indicar millores i beneficis significatius per a les persones pel que fa a la seva qualitat de vida, la vida independent, el treball remunerat, la responsabilitat, la consciència, el benestar, aspectes psicosocials i aspectes quotidians del seu dia a dia, entre d'altres (Micaï et al., 2022; Robinson et al., 2022). Pel que fa als reptes de l'aplicació de pressupostos personals, actualment es vinculen amb la regulació del sistema de seguiment i suport per part de les polítiques públiques (Needham et al., 2023)²¹.

Desenvolupament Internacional i Local

Els suports autodirigits es desenvolupen amb diferents intensitats en diversos països com Finlàndia, Islàndia, Regne Unit, Suècia, Alemanya i Dinamarca. Cada país té un sistema diferent i un desenvolupament a nivell local.

La **Fundació Support Girona** va formar part del projecte europeu UNIC²² (*Towards User-Centred Funding Models for long term care*), que tenia per objectiu contribuir a la transformació de les polítiques per implementar models de finançament centrats en les persones, incloent els pressupostos personals. A Catalunya s'ha citat en alguna ocasió el model de Flandes (Bèlgica) com a bona pràctica, ja que contempla pressupostos personals des de la primera infància fins a l'edat adulta, i es pot utilitzar o bé com a assignació monetària en efectiu, bé mitjançant vals (per adquirir serveis de proveïdors), o bé una combinació d'ambdós.

L'equip de Plena Inclusión (Amalia San Román), amb el suport del SIIS (Joseba Zalacaín), ha dut a terme un **projecte pilot de pressupostos personals a Espanya**. En el marc d'aquest experiment, 21 persones van rebre 900 € mensuals durant sis mesos, amb l'objectiu d'explorar com es pot desplegar aquest tipus de sistema i analitzar-ne l'impacte en la vida de les persones participants. L'avaluació del pilot està disponible a: <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2025/06/Apoyos-autodirigidos-2024-Plena-inclusion.pdf>

El model de pressupostos personals però, comporta un canvi tan gran de model de finançament i de gestió dels serveis que **a les entitats els costa de concretar i materialitzar**. Així, sembla que es percebi més aviat com un horitzó inspirador, que hauria

²¹ Needham et al. (2023) van analitzar els sistemes de pressupostos personals del Regne Unit i d'Austràlia des de la perspectiva de les polítiques, tenint en compte els reptes que suposa la implementació de reformes en sistemes complexos.

²² <https://www.unicproject.eu/> En aquesta web s'accedeix a diversos enllaços sobre els resultats del projecte. Concretament l'apartat 2 de l'informe sobre bones pràctiques descriu diferents models de finançament de diversos països. El model de Flandes (Bèlgica) s'ha citat en diverses ocasions com a bona pràctica.

de permetre continuar avançant en la transició cap a un model de suports, que no pas com una realitat assolible. En bona mesura perquè la percepció és que el finançament dels serveis (el concert) no està en les seves mans.

El pas previ potser seria que les entitats tinguéssim aquest gestor del cas o així, no? Perquè dius, bé, que paguin per les entitats que ens paguin més bé i ja farem aquest pas cap a aquesta gestió individual de cada persona, no? Que confiïn més en les entitats” (GD_E2).

Gestió de places

El concert com a sistema de finançament i gestió de places ha emergit poc en el conjunt del treball de camp. Tot i així, hi ha un consens generalitzat entre les entitats en el fet que els serveis han d'avançar cap a una major flexibilitat, la qual cosa implica directament una transformació del sistema de gestió de places. Concretament, es reclama un model més flexible que permeti a les persones usuàries **compatibilitzar la seva plaça d'atenció diürna amb activitats fora del centre** —tant en la comunitat, com en l'entorn laboral—, de manera que el vincle amb l'entitat es mantingui sempre, amb independència de les decisions que la persona pugui anar prenent al llarg de la seva vida.

Al mateix temps, hi ha consens entre les entitats que l'atenció personalitzada exigeix una flexibilització dels horaris d'atenció. I això no significa només que les entrades i sortides puguin ser flexibles, sinó que **el volum d'hores d'atenció diürna que rep cada persona usuària s'hauria de poder ajustar en funció del seu moment vital, dels seus interessos i necessitats i de la resta de suports que estigui rebent**. En aquest sentit, les propostes més concretes provenen de serveis experimentals que estan pilotant un sistema de gestió de places per terços, seguint l'anomenat **model balear**, impulsat per l'Amadip Esment Fundació a les Illes Balears i institucionalitzat pel Govern Balear. D'acord amb aquest, **cada plaça es divideix en tres terços**, de manera que:

- ✓ Les persones usuàries que tenen plaça assignada **poden definir en cada moment si necessiten un, dos o tres terços de la seva plaça d'atenció diürna (equivalents a 16, 24 i 40 hores d'atenció setmanals)**, cosa que permet ajustar l'atenció a les seves necessitats reals i canviants.
- ✓ El mínim sempre són 16 hores d'atenció, de manera que a totes les **persones usuàries se'ls garanteix sempre un terç de la plaça**. Així, s'assegura un acompanyament continuat al llarg de la vida, sense que aquest vagi en detriment de la construcció del seu projecte vital.
- ✓ El model permet que **els terços no utilitzats per una persona puguin ser assignats a altres persones** que de moment no tenen plaça, ampliant així la cobertura de l'atenció diürna i reduint les actuals llistes d'espera.

- ✓ L'entitat es compromet a registrar totes les entrades, sortides, i modificacions dels terços.

Exemples d'atenció del model balear

Exemples de perfils que segueixen el model balear:

- **Perfil 1:** persona usuària que treballa mitja jornada al CET (24 hores setmanals). La resta d'hores (16 hores setmanals) atén el centre per fer sessions d'ajustament personal i altres activitats, cobrint així només 1/3 de la plaça.
- **Perfil 2:** persona usuària en edat d'inserció laboral que combina formació (10 hores setmanals) i pràctiques en una empresa ordinària (15 hores setmanals). Completa la resta d'hores amb activitats al centre, cobrint així 1/3 de la plaça.
- **Perfil 3:** persona d'edat avançada, amb envelliment prematur, provinent del CET o d'una empresa ordinària que necessita orientació i acompanyament per ocupar temps a la comunitat en la nova etapa de vida. Rep 2/3 de les hores d'atenció al centre, complementades amb activitats de recursos comunitaris per anar adaptant-se al nou moment vital.

Si bé aquesta no és l'única opció per flexibilitzar la gestió de les places, és l'única que a dia d'avui s'ha fet un estudi pilot a Catalunya, per part de 4 entitats. De fet, una de les entitats que funciona seguint aquest model ho fa des de fa més de quinze anys, de manera que es disposa de prou experiència acumulada per valorar que, com a mínim a petita escala, està funcionant bé.

Ara bé, la discussió sobre el concert com a sistema de finançament i gestió de places s'emmarca en un debat més ampli sobre la necessitat de transformar el model vigent. En aquest sentit, s'està introduint progressivament la idea dels pressupostos personals com a instrument que pot situar la persona realment al centre i dotar-la de més capacitat de decisió sobre els suports que rep. Sense que això impliqui una solució immediata, sí que obre la porta a futurs pilots i a una reflexió més profunda sobre com articular un sistema de gestió més flexible i personalitzat. Aquest debat es reprèn a les conclusions i recomanacions de l'informe.

6.1.5. Reflexió final: una transició efectiva requereix un lideratge de l'administració

En aquest apartat s'ha posat de manifest que els serveis d'atenció diürna es troben en un procés de transició —com a mínim pel que fa a l'atenció que presten a les persones amb discapacitat; allunyant-se cada vegada més de la seva concepció original de serveis estandarditzats i segregats, per convertir-se poc a poc i amb molts esforços en suports personalitzats, prestats en la mesura del possible en la comunitat. Aquests canvis però, no

s'han produït amb el suport d'una normativa que els facilités, sinó més aviat a pesar d'aquesta. En altres paraules, **si a dia d'avui es pot afirmar que els serveis d'atenció diürna estan deixant enrere el model assistencialista original és gràcies a l'esforç i la voluntat d'innovació de les entitats prestadores**, que han fet mans i mànigues per trobar maneres d'anar flexibilitzant i ampliant l'abast dels serveis, per ajustar-se a les necessitats i interessos de les persones usuàries. En aquest procés —comenten— no s'han sentit massa acompanyades per l'administració pública.

Si bé al llarg d'aquests darrers quinze o vint anys des del Departament de Drets Socials i Inclusió s'han impulsat algunes iniciatives concretes orientades a promoure aquest canvi, del relat de les persones informants se'n desprèn que no han estat consistents ni suficients. Com a conseqüència, **les estratègies de flexibilització recollides al llarg d'aquest informe no responen a una transició promoguda de manera organitzada, ni liderada per l'administració pública**, sinó que es tracta més aviat d'iniciatives de base i individuals, que si tenen una coherència en el seu conjunt és perquè totes les entitats prestadores cerquen fer millor la seva feina, i en el context actual això només pot voler dir alinear-se amb el paradigma de drets de la CDPD.

Ara bé, l'anàlisi posa clarament de manifest que **aquest tipus d'implementació del canvi té limitacions importants i conseqüències negatives, com ara la generació d'inequitats entre la població usuària i el desgast de les entitats prestadores**, pel fet d'haver de tirar del carro i tenir, a més a més, la normativa en contra. I aquest darrer punt és important, perquè malgrat que el discurs del Departament de Drets Socials i Inclusió ha canviat en els darrers anys, alineant-se amb la CDPD en el recent aprovat Pacte Nacional pels Drets de les Persones amb Discapacitat, la Cartera de Serveis no s'ha reformat des de 2010.

Sense el lideratge de l'administració pública la transició cap a un model de suports alineat amb la CDPD continuarà sent parcial i fragmentada. L'anàlisi posa de manifest que la transició suposa un replantejament íntegre dels serveis d'atenció diürna: del que són, del que fan, de com ho fan i de quins mitjans disposen per fer-ho. I només el Departament de Drets Socials i Inclusió pot canviar aquestes condicions de prestació i planificar aquesta transició per a que sigui progressiva i homogènia entre entitats, serveis i territoris, de manera que no depengui de voluntats individuals ni de la capacitat organitzativa de les entitats.

De fet, cal tenir en compte que **replantejar els serveis tindria implicacions molt importants en la manera de funcionar de les entitats prestadores**, fins al punt que segurament caldria repensar també el seu paper. En aquest sentit la reflexió final de l'apartat 5 apuntava a l'emergència d'algunes resistències al que aquest canvi pot comportar, que posen de manifest la importància que aquesta transició sigui acompanyada i compti amb espais conjunts (entre administració i entitats) per a la deliberació i la reflexió, però també que **el lideratge i la presa de decisions recaiguin en l'administració**.

7. Conclusions

L'avaluació presentada respon a la necessitat de revisar en quin punt es troben avui els serveis d'atenció diürna, quin sentit tenen dins el sistema de suport a la vida independent de les persones amb discapacitat i quina capacitat tenen per garantir els seus drets – d'acord amb el que estableix la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD). Aquesta revisió coincideix amb la publicació del Pacte Nacional pels Drets de les Persones amb Discapacitat (2025) i l'Estratègia estatal per a la vida en comunitat (2024), que s'alineen amb aquest enfocament de drets i apunten cap a una transformació profunda d'aquests serveis. La finalitat de l'avaluació és generar coneixement útil per orientar aquesta transformació.

El primer bloc de l'anàlisi es centra en analitzar si l'actual tipologia de serveis d'atenció diürna –fonamentada en una doble lògica de necessitats de suport creixents i capacitat productiva de la població diana– és coherent amb l'esperit de la Convenció Internacional dels Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD). D'una banda, tot i que a nivell agregat s'observa una certa correspondència entre el tipus de servei i el grau de dependència de les persones usuàries, el treball de camp mostra una realitat molt més híbrida. Tant els perfils associats als serveis SOI i STO, per una banda, com als de STOA i CAE, per l'altra, es troben actualment difuminats, amb trajectòries vitals i necessitats de suport que desborden els límits establerts. **Aquesta hibridació evidencia que la tipologia rígida de serveis ja no reflecteix adequadament la diversitat ni l'evolució de les situacions personals.**

D'altra banda, es posa de manifest la necessitat de revisar en profunditat el sistema de classificació de la població usuària. Més enllà de les seves limitacions tècniques, aquest sistema entra en contradicció amb l'esperit de la CDPD, ja que des del model social i de drets, no s'ha de classificar a les persones, sinó oferir els suports personalitzats que necessiten. A més, aquest sistema estableix etiquetes fixes i estanques que acompanyen la persona al llarg de tota la vida adulta, quelcom especialment problemàtic si es té en compte que aquestes classificacions determinen l'accés als suports. El fet que una persona quedi adscrita de forma permanent a una tipologia concreta de servei dificulta que aquests serveis puguin respondre als canvis que es produeixen al llarg del seu itinerari vital. L'envelliment pot explicar part d'aquesta evolució, però no és l'únic factor: els interessos personals, les aspiracions d'autonomia, les oportunitats de vinculació comunitària o laboral, així com els canvis en l'entorn familiar o les condicions de salut, també modifiquen les necessitats de suport i els interessos de les persones usuàries. El model actual, però, no està preparat per donar-hi resposta, ja que es fonamenta en una classificació rígida per tipologies de serveis i en l'adscripció estable de la persona a un recurs concret. Aquesta rigidesa, juntament amb les limitacions normatives pel que fa a ràtios, perfils professionals i compatibilitat entre serveis, impedeix que s'articulin itineraris flexibles o suports ajustats a les transicions vitals. El resultat és que els serveis acaben actuant més com a categories tancades que com a instruments adaptables al projecte de vida de cada persona.

A més, l'avaluació constata que els serveis d'atenció diürna són avui molt més que centres ocupacionals en el sentit clàssic del terme; és a dir, molt més que serveis orientats al desenvolupament de capacitats laborals. Davant la impossibilitat estructural que una part significativa de les persones usuàries accedeixi al mercat laboral ordinari o protegit, **la dimensió laboral ha anat perdent centralitat**. En conseqüència, els serveis han anat eixamplant progressivament les seves funcions, **orientant-se cap a la promoció de l'autonomia** de les persones usuàries en totes les dimensions de la seva vida.

Aquesta ampliació de funcions, però, s'ha produït en un context **de baixa complementarietat amb altres serveis i prestacions**, com els vinculats a la dependència o l'atenció residencial. Tant les dades com els relats de les persones informants apunten que, en molts casos, els serveis d'atenció diürna —juntament amb les famílies, i molt especialment les mares— actuen com els únics o principals pilars de suport a les persones amb discapacitat. Això perpetua un **model centrat en la prestació única**, que concentra en un sol recurs (el centre d'atenció diürna) una càrrega funcional per a la qual no ha estat dissenyat, ni dotat.

L'apartat 6 de l'informe posa el focus en l'atenció que es presta des dels serveis a les persones usuàries, per valorar fins a quin punt el seu funcionament és coherent amb el paradigma de drets que planteja la CDPD. Els relats recollits en el treball de camp mostren que, si bé discursivament totes les entitats manifesten treballar amb models d'atenció i planificació centrats en la persona, **la capacitat real de decisió que tenen les persones usuàries sobre el seu dia a dia varia de manera substancial entre serveis (i entitats)**.

Aquesta variabilitat es tradueix, per exemple, en la freqüència amb què es revisa el Pla d'Atenció Individualitzat (PAI), en les opcions de flexibilització d'horaris o en la possibilitat de decidir sobre la participació en activitats. És a dir, existeix un desajust entre la retòrica i la pràctica que depèn, en gran mesura, de les condicions estructurals i dels recursos disponibles.

En qualsevol cas, les **condicions estructurals de prestació dels serveis fan molt difícil proporcionar les condicions necessàries per una atenció realment individualitzada**. La manca de professionals especialitzats en sistemes de comunicació augmentativa i alternativa, les ràtios ajustades i l'escassa disponibilitat horària per a tasques de coordinació i seguiment (no pagades en el marc del concert) limiten de forma crítica la capacitat d'escolta activa i de resposta a les preferències de les persones. Alhora, individualitzar l'atenció requereix una oferta més àmplia i diversa d'activitats, cosa que avui depèn gairebé exclusivament de la voluntat, la visió i la capacitat de cada entitat. Aquesta realitat genera desigualtats significatives entre persones usuàries, segons el territori on viuen o el servei al qual estan vinculades.

Una figura amb potencial transformador en aquest sentit és la **de l'assistent personal**, entesa com un recurs que pot garantir que les persones comptin amb el suport necessari per exercir el seu dret a decidir. Tot i això, la seva implementació és encara molt limitada i,

en alguns casos, el funcionament ordinari dels centres fa que se li acabin atorgant unes funcions relativament diferents a les previstes. En aquest punt s'evidencia una tensió, mentre que la figura de l'assistent personal està concebuda per a la vida independent sota el control de la persona, en l'àmbit dels serveis d'atenció diürna s'exploren experiències que s'assemblen més a figures de suport individualitzat dins del centre. En qualsevol cas, tant les entitats informants com la literatura, apunten que podria esdevenir una peça clau dins dels serveis d'atenció diürna per reforçar la personalització de suports.

Ara bé, aquesta ampliació de l'oferta i aquesta orientació a la persona només adquireixen ple sentit si es produeixen en la comunitat. Tal com defensa la CDPD, els serveis han de deixar enrere el model de centre tancat i segregat, i transformar-se en **programes oberts i comunitaris**, mantenint l'essència del que algunes entitats han descrit com un "campament base" —un espai de referència— però amb una clara vocació d'obertura, flexibilitat i connexió amb l'entorn. Aquesta obertura, però, requereix aliances sòlides en el territori, condicions geogràfiques que permetin accedir als nuclis urbans o a equipaments comunitaris, una reorganització interna dels serveis i (com a mínim en el marc normatiu actual) més recursos. En aquest sentit, la mateixa Cartera de serveis continua prioritant un enfocament centrat en el treball dins dels centres, de manera que les actuals ràtios, l'enfocament excessivament centrat en l'atenció directa i les limitacions en la diversitat de perfils professionals que estableix la normativa, actuen com a principals frens a aquest procés de transformació.

A tot això s'hi suma un model de gestió i finançament de places que **deixa molt poca flexibilitat i marge d'actuació a les entitats**, les quals sovint es veuen obligades a buscar finançament addicional per poder impulsar qualsevol millora. Això implica una sobrecàrrega administrativa i de gestió que desgasta els equips i les direccions, i que dificulta consolidar canvis estructurals.

Tot plegat evidencia que **els serveis d'atenció diürna estan en procés de transformació**, però que aquesta transformació del rol dels serveis ha estat reactiva i escassament guiada normativament. En absència d'orientacions clares per part de l'administració, cada entitat ha anat redefinint el servei "a la seva manera", en funció dels seus recursos, del seu entorn i del seu projecte institucional. Algunes han apostat pel treball amb suport en entorns laborals, d'altres han deixat de banda la dimensió productiva i han reforçat l'orientació comunitària, apropant-se a equipaments i activitats de l'entorn. N'hi ha que han optat per diversificar serveis per respondre a necessitats específiques, mentre que altres han treballat per consolidar el centre com a espai de seguretat i autonomia personal. Malgrat la dispersió, **la tendència general és la d'atorgar una centralitat creixent a la capacitat de decidir de les persones usuàries**, i per tant, d'aproximar-se a l'enfocament basat en drets que promou la CDPD.

Tot i així, s'identifica una **contradicció en el discurs d'algunes entitats**: si bé comparteixen la visió d'un model basat en suports personalitzats i flexibles, que superi la lògica dels

serveis per perfil, a la pràctica sovint reclamen serveis específics per a col·lectius concrets. Això inclou, per exemple, la demanda de nous serveis per a joves (especialment aquells que provenen de l'escola ordinària amb discapacitat límit, que queden sovint exclosos de l'atenció diürna), o serveis específics per a persones en procés d'envelliment actiu. Aquestes demandes —comprensibles des de la realitat actual— mostren, tanmateix, les dificultats per sortir del marc de pensament basat en “perfils de persones usuàries” i avançar cap a un **model de suports** (únic per a tothom), i evidencien que es tracta d'un sector molt ampli i divers.

En definitiva, el conjunt d'evidències mostra que el sistema es troba immers en una **transició incerta**. Si bé el canvi de paradigma està present —de forma més o menys explícita— en l'horitzó de moltes entitats entrevistades, encara es troba lluny de materialitzar-se plenament. El treball de camp mostra les dificultats de les entitats per actuar de manera coherent amb la CDPD mentre el marc normatiu es manté ancorat en el paradigma tradicional. Més enllà d'aquesta limitació estructural, s'hi afegeixen tres obstacles principals: (1) la **manca de lideratge, orientació i concreció per part de l'administració** sobre com desplegar el nou model, (2) una **resistència implícita de les entitats** a modificar la manera com s'han concebut els serveis, sovint fruit del llarg i costós procés de consolidació d'aquestes estructures; i (3) una **inèrcia de gestió** que impedeix innovar. El pes de la burocràcia, la rigidesa normativa i la càrrega del dia a dia, en un marc pensat per a un model d'atenció ja obsolet, esdevenen frens estructurals per al canvi.

Aquesta situació té dues **conseqüències** rellevants. En primer lloc, no totes les entitats tenen la mateixa capacitat per detectar oportunitats de finançament i gestionar-ne els requeriments. De la mateixa manera que no totes entenen d'igual forma el que implica treballar d'acord amb un enfocament de drets. Això fa que el **procés de transformació sigui desigual** i que es trobi en estadis molt diferents entre les entitats que presten serveis d'atenció diürna. En segon lloc, les entitats estan **esgotades**. El context de manca de directrius clares, juntament amb les exigències del dia a dia i la pressió per respondre a una demanda creixent i més complexa, ha generat una situació de tensió i cansament estructural.

A més, l'avaluació mostra que el procés d'envelliment de les persones amb discapacitat planteja reptes específics que el sistema actual no està preparat per afrontar. La derivació automàtica a residències de gent gran no garanteix una atenció ajustada a les necessitats d'aquestes persones, especialment en casos d'elevades necessitats de suport. En aquest sentit, és imprescindible avançar en **propostes de suport que s'emmarquin en una acció integrada social i sanitària**, que permetin articular respostes més adequades i respectuoses amb els vincles, les trajectòries vitals i els projectes personals de les usuàries.

En aquest sentit, no es pot perdre de vista que **la transformació cap a centres de suport ha de ser un procés progressiu i acompanyat**. Les entitats d'atenció diürna estan prestant un

servei públic essencial, i la transició cap a un model de drets no pot comportar noves desigualtats entre persones ni territoris. Si fins ara el lideratge d'aquesta transformació ha recaigut fonamentalment en les entitats, és important que la seva extensió i consolidació l'encapçali l'administració pública. Només des d'una **aposta institucional decidida** de reforma integral de l'atenció diürna (i per tant de la cartera de serveis), que estableixi orientacions clares, garanteixi unes capacitats homogènies arreu del sector i planifiqui la transició per a que sigui progressiva i compti amb els recursos adequats, es podrà fer realitat un sistema d'atenció amb garanties d'equitat i qualitat, i sobretot, coherent amb els drets de les persones amb discapacitat.

8. Recomanacions

Les conclusions de l'avaluació posen de manifest que **cal revisar la Cartera de serveis socials per redefinir, com a mínim, els serveis d'atenció diürna** per a persones amb discapacitat. D'acord amb el marc normatiu internacional, però també amb el Pacte Nacional pels Drets de les Persones amb Discapacitat recentment aprovat pel Govern de la Generalitat, aquesta redefinició ha d'estar orientada a garantir els drets de les persones usuàries, i per tant —tal com s'ha explicat al llarg de l'anàlisi— a promoure una **atenció realment centrada en la persona i basada en la comunitat, a partir d'un model de suports**.

Ara bé, aquesta transició (del model actualment recollit a la normativa vers un model de suports) no es pot produir d'un dia per l'altre ni pot continuar sent un procés reactiu i desendreçat, dependent de la capacitat executiva d'entitats prestadores concretes. Per tal que la transició sigui efectiva és important:

- ✓ **Liderar-la des de l'administració pública**, de manera que el Departament de Drets Socials i Inclusió assumeixi un paper proactiu d'impuls i coordinació del desplegament. Aquest lideratge és clau per generar un marc normatiu i estratègic comú, que doni cobertura i legitimitat als canvis necessaris i asseguri una condicions mínimes arreu del territori.
- ✓ En paral·lel, caldria impulsar el **desenvolupament d'un marc de criteris i estàndards de qualitat**, combinat amb **indicadors mesurables**, que permetin l'avaluació tant interna com externa dels centres i serveis. Aquest marc hauria de servir com a referència comuna per orientar la transformació del model, garantir la millora contínua i fer possible un seguiment sistemàtic i transparent de l'acompliment.
- ✓ Més enllà del lideratge, és fonamental **planificar estratègicament aquesta transició**. Això implica, com a mínim:
 - **Planificar una estratègia per fases**, que permeti aproximar-se al model de suports de manera progressiva, ordenada i amb capacitat de fer-ne un seguiment i avaluació continuus, per tal d'anar realitzant els ajustos que calguin.
 - **Realitzar estudis pilot de les innovacions més significatives**, com ara la figura de l'assistent personal o els pressupostos personals, així com escalar el pilot del model balear que ja porta anys en funcionament en algunes entitats. L'objectiu hauria de ser no només assegurar que aquests instruments funcionen (ja que hi ha evidència científica disponible en el seu favor), sinó més aviat valorar com es podrien començar a implantar, de manera generalitzada.

- Per tal de poder realitzar aquestes anàlisis seria important **poder calcular la població diana real dels serveis d'atenció diürna**, una xifra que en el marc d'aquesta avaluació només s'ha pogut aproximar per manca de dades.
- **Realitzar una anàlisi econòmica exhaustiva de les implicacions d'aquest canvi de model, que contempli diferents escenaris d'implementació.** Si bé l'avaluació no entra en detall sobre el tema dels costos tot sembla apuntar que una atenció més personalitzada i en la comunitat requeriria més recursos. Tanmateix, aquesta intuïció es basa en el model de funcionament actual i persones expertes apunten que no està clar que un replantejament íntegre de l'atenció envers un model de suport suposés més diners. En qualsevol cas, caldria realitzar estudis de viabilitat econòmica que permetessin informar les decisions estratègiques.
- Independentment del ritme al que s'avanci i de la profunditat dels canvis, és important **proporcionar orientacions específiques a les entitats prestadores en relació al model d'intervenció que es vol promoure des del Departament.** Ara per ara els documents estratègics (com el Pacte Nacional o altres instruments de caràcter polític que han estat rellevants en moments concrets) envien un missatge contrari a la normativa i la Cartera. És important que les orientacions que es proporcionin des del Departament siguin clares i coherents, i estableixin un marc d'intervenció que marqui una direcció alineada amb el model de drets de la convenció i que s'asseguri que totes les entitats prestadores de serveis treballen en aquesta línia.
- ✓ Un canvi d'aquest tipus només es pot fer en constant **diàleg i fomentant la participació activa** de les **entitats prestadores**. Aquest hauria de partir del reconeixement, no només de l'esforç realitzat per iniciar aquesta transició i de manera general vetllar pels drets de les persones amb discapacitat, sinó sobretot del seu coneixement de la discapacitat. Al cap i a la fi, qui haurà d'implementar els canvis són elles, de manera que és fonamental identificar i discutir, de manera contínua, el que està suposant el desplegament d'aquest canvi de model per corregir a temps els errors i assegurar que no es queden entitats (ni persones) enrere.

Tot plegat requereix primer substantivar aquesta transició: entendre en què consisteix exactament i, sobretot, concretar què impliquen en el dia a dia dels serveis les orientacions de la CDPD (flexibilització, personalització, atenció basada en la comunitat i centrada en la persona, capacitat d'elecció, etc.). Per aquesta raó a continuació es proporcionen algunes orientacions per aterrar aquests conceptes.

Recomanacions per flexibilitzar els serveis d'atenció diürna

D'acord amb l'anàlisi realitzada, la clau és deixar de concebre els serveis d'atenció diürna com a centres físics i tancats, amb activitats concretes i horaris rígids i establerts, per

passar a entendre'ls com a punts de trobada, organització i seguiment; com el recurs que organitza o distribueix el conjunt de suports que reben les persones usuàries. Així, la flexibilitat es concreta, per exemple, en els aspectes següents:

- ✓ **Horaris d'atenció flexibles** i adaptables a les necessitats i interessos de les persones usuàries (que són canviants al llarg de la vida).
- ✓ **Volum d'hores d'atenció flexible** i adaptables a les necessitats i interessos de les persones usuàries (que són canviants al llarg de la vida). No es pot encaixar una atenció personalitzada en un horari fix de 8 hores diàries, ja que hi haurà persones que treballaran i d'altres que no, persones que faran més o menys vida a la comunitat, persones que necessitaran més i menys hores de suport. En aquest sentit els resultats posen de manifest que és important:
 - Permetre provar els suports o entrar i sortir dels serveis o recursos sense que això perjudiqui la trajectòria vital de les persones.
 - Garantir que les persones usuàries tinguin sempre un centre, entitat o persona de referència que els proporcioni suport per reajustar el seu pla d'atenció individualitzada quan ho requereixin.

Una possible manera de fer efectius aquests canvis seria **escalar el model balear de gestió de places per terços**, que de moment estan pilotant tres entitats prestadores i que fa anys que funciona a les Illes Balears amb bons resultats.

- ✓ **Reconèixer en el concert** (mentre l'atenció segueixi funcionant amb aquest sistema) **les hores de coordinació de casos i de seguiment del PAI**, per tal que les condicions estructurals de prestació dels serveis permetin una atenció centrada en la persona.
- ✓ **Repensar la importància de la dimensió ocupacional dins els serveis d'atenció diürna**, entenent que es tracta d'una dimensió en la vida de les persones usuàries com poden haver-n'hi d'altres (la salut, el desenvolupament personal, la xarxa social, etc.). Això no treu que la CDPD reconeix el dret al treball de les persones amb discapacitat i per tant és necessari reforçar l'existència de suports específicament adreçats a garantir aquest dret. En aquest sentit es recomana:
 - **Compatibilitzar l'atenció diürna amb suports específicament orientats al treball.**
 - **Compatibilitzar l'atenció diürna amb la possibilitat de tenir un feina remunerada**, si no a jornada completa, com a mínim fins a una jornada del 66% (per poder mantenir un terç de la plaça i d'aquesta manera assegurar la continuïtat del suport).
 - Col·laborar amb el Departament d'Empresa i Treball per: (1) revisar el conjunt de suports disponibles per a persones amb discapacitat per a inserir-se laboralment, tant en el mercat ordinari com en el mercat protegit;

(2) impulsar el **treball amb suport**; (3) definir itineraris laborals específics per persones joves amb discapacitat límit que volen treballar.

Recomanacions per una atenció en la comunitat

La CDPD és molt clara a l'hora d'afirmar que l'atenció a les persones amb discapacitat s'ha de produir sempre en la comunitat, i per tant en cap cas en espais segregats. Això significa com s'apuntava abans deixar d'atendre les persones usuàries de l'atenció diürna en centres, però també assegurar que les activitats fora del centre es realitzen en entorns comunitaris on la seva participació és significativa i equitativa. Per a això cal:

- ✓ Que el concert (o el sistema que es plantegi en un futur) reconegui la necessitat de comptar amb **perfils professionals** específicament adreçats a la **creació d'aliances estratègiques en cada territori**. Ara per ara té sentit que aquestes figures depenguin de cada entitat prestadora, però es podria plantejar a mig-llarg termini quina seria la millor manera de construir aquestes **xarxes comunitàries en cada territori**, facilitant l'encaix entre l'oferta d'activitats comunitària i les necessitats i interessos de les persones usuàries.
- ✓ Vetllar per una **oferta àmplia d'activitats culturals i de lleure inclusives** arreu del territori. L'oferta actual de suports en la comunitat (insuficient, fragmentada i heterogènia territorialment) dificulta molt una atenció basada en la comunitat.
- ✓ Promoure un **apropament físic dels serveis d'atenció diürna als respectius territoris**, ja sigui a partir d'estratègies de descentralització o facilitant d'altres maneres la mobilitat de les persones usuàries d'un suport a l'altre.
- ✓ **Abordar el problema competencial associat al transport adaptat**, doncs si bé es tracta d'un suport clau per garantir l'autonomia de les persones usuàries a dia d'avui no sempre està garantit, i en molts casos suposa un cost important per a elles i les seves famílies.
- ✓ Promoure que **els centres s'obrin a la comunitat**, facilitant que s'hi puguin prestar activitats adreçades a la ciutadania en general, que disposin d'espais o serveis oberts al públic i que membres de la comunitat hi puguin participar.
- ✓ **Continuar sensibilitzant la ciutadania** en relació a la discapacitat i promovent una cultura de la igualtat de tracte efectiva i la no-discriminació, per exemple a través de campanyes de sensibilització, accions de visibilitat i mesures d'acció afirmativa.

Recomanacions per centrar l'atenció en la persona

Centrar l'atenció en la persona té a veure amb facilitar que pugui prendre decisions en tots els àmbits de la vida, incloent-hi la gestió dels seus recursos econòmics i del suports que

necessiten. En aquest sentit, per tal d'implementar de manera efectiva la metodologia de l'Atenció Centrada en la Persona (ACP) es recomana:

- ✓ **Incorporar**, per part de l'administració, **a les persones amb discapacitat en el procés de presa de decisions sobre les polítiques que les afecten**, tal com diu la Convenció, i assegurar que aquestes són escoltades per part de les entitats que distribueixen suports.
- ✓ **Deixar de crear serveis adreçats a perfils específics de població usuària per avançar progressivament cap a un model únic de suports**, prou ampli i flexible per donar resposta a les necessitats de suport i els interessos de cada una de les persones usuàries, independentment també del tipus de discapacitat que tinguin. Qualsevol tipologia de serveis cerca en el fons proporcionar una atenció estandarditzada o homogènia per a un determinat grup de persones, i per tant, és contrària a l'esperit de personalització. Per avançar cap a una atenció realment individualitzada cal:
 - **Repensar el sistema de valoracions** per tal que serveixi per estudiar la intensitat de les necessitats de suport de cada persona usuària i valorar la millor combinació possible de suports per donar-hi resposta. Aquesta valoració però, hauria d'establir només el punt de partida per a l'elaboració del Pla Individualitzat d'Atenció, i en cap cas condicionar de per vida els suports que podrà rebre la persona.
 - Garantir que totes les persones usuàries disposen d'un **Pla d'Atenció Individual**, permanentment revisable i modificable, que contempli els diferents àmbits de la vida.
 - Entendre el Pla Individual d'Atenció com un **paquet de suports personalitzats i promoure la complementarietat de serveis i recursos**. El servei d'atenció diürna no pot cobrir totes les necessitats de suport i els interessos de cada persones usuària.
 - **Revisar el règim de compatibilitats i incompatibilitats** actual, que incentiva una "cultura de la prestació única", contrària a la personalització.
 - Promoure que els Plans Individuals d'Atenció es realitzin amb **perspectiva interseccional** i per tant tinguin en compte la interacció dels diferents sistemes d'opressió que travessen les persones usuàries.
 - **Abaixar les ràtios d'atenció directa** contemplades per al desplegament dels serveis, per tal que sigui factible oferir una atenció més personalitzada a les persones usuàries.

- Potenciar **la figura de l'assistent personal** com un recurs transversal i clau per una atenció centrada en la persona, assegurant que respongui a la seva finalitat de promoure la vida independent sota el control de la persona.
- ✓ Proporcionar **formació contínua als equips professionals** que treballen en els serveis d'atenció diürna, per tal que incorporin l'enfocament de drets (p.ex. formació en sistemes de comunicació alternatius, tècniques d'escolta activa, estratègies de gestió i acompanyaments de nous casos...)
- ✓ Assegurar que les persones usuàries **tinguin accés a professionals especialitzats**, en funció de les seves necessitats de suport. Per fer efectiu aquest dret existeixen diferents possibilitats, entre les quals:
 - Integrar aquests perfils professionals (logopèdia, fisioteràpia, infermeria, entre d'altres) directament als centres com a part de l'equip d'atenció pagat pel concert.
 - Establir ràtios per regió sanitària, de manera que les persones professionals puguin desplaçar-se als diferents centres d'un mateix territori per atendre les persones usuàries.
 - Oferir aquests serveis des dels Centres d'Atenció Primària o altres espais de manera que les persones usuàries que tinguin reconegudes determinades hores de suport al mes s'hi puguin desplaçar.
 - Oferir prestacions econòmiques complementàries perquè les persones usuàries puguin accedir a aquests/es professionals de manera privada dins la comunitat.
- ✓ **Millorar la coordinació entre Departaments** (en especial el Departament d'Educació i Formació Professional, el Departament de Dret Socials i Inclusió, el Departament d'Empresa i Treball i el Departament de Salut) per tal de: (1) facilitar l'accés de les persones usuàries de l'atenció diürna a tots els serveis o suports; (2) facilitar les transicions de les persones usuàries entre serveis o suports, i (3) assegurar una oferta de suports que cobreixi tots els àmbits de la vida de les persones usuàries.
- ✓ Avançar cap a un **model de finançament que posi les persones al centre, i no pas els serveis**. Una possibilitat concreta per avançar en aquesta direcció és explorar la implementació de **pressupostos personals o suports autodirigits**, adreçats a fer efectiva la capacitat de les persones usuàries de decidir com gestionar els seus recursos desenvolupant les següents accions:
 - Realitzar estudis de viabilitat, tant econòmica com jurídica, dels pressupostos personals per tal d'identificar les eventuais modificacions legislatives i/o normatives que caldria impulsar per posar-los en marxa.

- Estudiar les diferents modalitats existents de pressupostos personals o suports autodirigits, i valorar-ne la viabilitat tècnica.
- Pilotar a petita escala el seu desplegament.
- Obrir un procés de diàleg amb les entitats prestadores per mirar de concretar com es podria dur a terme aquest canvi de model de gestió.

Si bé no té a veure directament amb l'atenció centrada amb la persona ni amb les persones usuàries de l'atenció diürna, no es pot deixar d'esmentar que de l'avaluació també se'n desprèn la necessitat **d'oferir suports específics per a les seves famílies**; concretament es recomana:

- ✓ Reforçar els serveis de suport a les persones cuidadores no remunerades de persones amb discapacitat.
- ✓ Quan es posi en marxa la transició efectiva i planificada envers el model de suports, posar a disposició de les famílies un servei d'informació i acompanyament per explicar-los els suports als quals tenen dret els i les seves familiars, els procediments per sol·licitar-los o accedir-hi, resoldre dubtes, etc. Aquesta informació també s'ha de fer efectiva amb les pròpies persones amb discapacitat.

9. Referències

Álvarez, Mireia; Aumaitre, Ariane; Raga, Jana; Sánchez, María i Taberner, Pere A. (2024). *Segon informe de la situació de les persones amb discapacitat intel·lectual a Catalunya*. <https://www.dincat.cat/docs/2n-InformeDIDCAT.pdf>

Bariffi, Francisco José. (2009). Capacidad jurídica y capacidad de obrar de las personas con discapacidad a la luz de la Convención de la ONU. *Hacia un derecho de la discapacidad: estudios en homenaje al profesor Rafael de Lorenzo, 2009*, ISBN 978-84-9903-278-8, págs. 353-390, 353-390. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3725446>

Callus, Anne Marie. (2013). *Becoming self-advocates: People with intellectual disability seeking a voice* / Request PDF. Peter Lang.

DGAPID. (2025). *Pacte Nacional pels Drets de les Persones amb Discapacitat*. https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/11discapacitat/plans_actuacio/pn-drets-persones-discapacitat.pdf

EPUM. (2023). *Social Rights: Key Challenges*. Generalitat de Catalunya. <https://www.gencat.cat/eapc/epum/N23/index.html>

Fitó, Ariadna i Rovira, Marta. (2022). *Informe de la situació de les persones amb discapacitat intel·lectual a Catalunya*. DINCAT. <https://www.dincat.cat/informe-de-la-situacio-de-les-persones-amb-discapacitat-intellectual-a-catalunya/>

Garcia Iriarte, Edurne; Keenan, Paul i Feely, Michael. (2017). *A Literature Review to Inform the Development of a National Framework for Person-Centred Planning in Disability Services*. <http://hdl.handle.net/2262/90830>

Giné, Climent Giné; Centeno, Delfín Montero; Alonso, Miguel Ángel Verdugo; Quítllet, Pere Rueda i Tapia, Susanna Vert. (2015). Claves de futuro en la atención y apoyo a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. ¿Qué nos dice la ciencia? *Siglo Cero*, 46(1), Article 1. <https://doi.org/10.14201/scero201546181106>

Kozma, Agnes; Mansell, Jim i Beadle-Brown, Julie. (2009). Outcomes in Different Residential Settings for People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 193-222. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-114.3.193>

Lawson, Anna i Beckett, Angharad E. (2021). The social and human rights models of disability: Towards a complementarity thesis. *The International Journal of Human Rights*, 25(2), 348-379. <https://doi.org/10.1080/13642987.2020.1783533>

Llei 39/2006, del 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, Boletín Oficial del Estado núm. 299 (2006).
<https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=555980>

Madrigal, Ana. (2006). Envejecimiento de las Personas con Discapacidad Intelectual. *Boletín sobre el envejecimiento. Imsero*.

Mancebo Vilà, Antoni. (1994). *Crónica de una lucha por la igualdad. Fundació Institut Guttmann, Barcelona*. (Fundació Institut Guttmann).
<https://siidon.guttmann.com/ca/registro/blocs-6cronica-lucha-igualdad>

Micai, Martina; Gila, Letizia; Caruso, Angela; Fulceri, Francesca; Fontecedro, Elisa; Castelpietra, Giulio; Romano, Giovanna; Ferri, Mila i Scattoni, Maria Luisa. (2022). Benefits and challenges of a personal budget for people with mental health conditions or intellectual disability: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 974621.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.974621>

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2024). *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)*. <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/06/Estrategia-para-nuevo-modelo-cuidados-en-la-comunidad.pdf>

Nacions Unides, Oficina de l'Alt Comissionat per als Drets Humans. (2023a). *Buenas prácticas de los sistemas de apoyo para la inclusión de las personas con discapacidad en la comunidad—Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. A/HRC/55/34*. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc5534-good-practices-support-systems-enabling-community-inclusion>

Nacions Unides, Oficina de l'Alt Comissionat per als Drets Humans. (2023b). *Transformación de los servicios para las personas con discapacidad—Informe del Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/HRC/52/32*. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc5232-transformation-services-persons-disabilities>

Needham, Catherine; Foster, Michele; Fisher, Karen R. i Hummell, Eloise. (2023). Tailored and Seamless: Individualised Budgets and the Dual Forces of Personalisation and Collaboration. *Social Policy and Society*, 22(1), 127-138.
<https://doi.org/10.1017/S1474746422000434>

ONU, Organització de les Nacions Unides. (2006). *Convenció sobre Drets de les persones amb Discapacitat*.

Otamendi, Nerea i Navas, Patricia. (2018). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento en entornos de vivienda. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 6(2), 27-47. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.02.02>

Pallisera, Maria; Vilà ,Montserrat; Fullana ,Judit i Valls, Maria-Josep. (2021). Being in control: Choice and control of support received in supported living. A study based on the narratives of people with intellectual disability and support staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 46(2), 164-174. <https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1802812>

Prieto, Juan María Prieto; Gimeno, Pablo De la Rosa i Etulain, José Luis Izquieta. (2019). Asistencia personal y discapacidad intelectual: Un servicio para la inclusión social | Personal assistance and disability: a service for social inclusion. *Revista Española de Discapacidad*, 7(2), Article 2.

Reial Decret Legislatiu 1/2013, del 29 de novembre, pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social., Boletín Oficial del Estado núm. 289 (2013). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>

Reppermund, Simone i Trollor, Julian N. (2016). Successful ageing for people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 149-154. <https://doi.org/DOI:10.1097/YCO.0000000000000228>

Resolució DSO/1456/2022, de 16 de maig, per la qual s'inclouen a l'Ordre TSF/218/2020, de 16 de desembre, per a la provisió dels serveis de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, els annexos que regulen les condicions d'execució i els criteris d'assignació per als serveis de llar residència per a persones amb discapacitat intel·lectual i/o física, de centre de dia d'atenció especialitzada per a persones amb discapacitat intel·lectual i/o física, de llar residència per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental i de llar amb suport per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental, en règim de concert social, DOGC núm. 8670 (2022). <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/8670/1907124.pdf>

Riobóo-Lois, Breogán; Frieiro, Paula; González-Rodríguez, Rubén i Verde-Diego, Carmen. (2024). Personal assistance, independent living, and people with disabilities: An international systematic review (2013–2023). *Disability and Health Journal*, 17(4), 101630. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2024.101630>

Robinson, Marguerite; Blaise, Marie; Weber, Germain i Suhrcke, Marc. (2022). The Effects and Costs of Personalized Budgets for People with Disabilities: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16225. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316225>

Schepens, Hadewych R M M; Van Puyenbroek, Joris i Maes, Bea. (2018). How to improve the quality of life of elderly people with intellectual disability: A systematic literature review of support strategies. *J Appl Res Intellect Disabil*, 32(3), 483-521. <https://doi.org/doi:10.1111/jar.12559>

Simplican, Stacy Clifford; Leader, Geraldine; Kosciulek, John i Leahy, Michael. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.008>

Taula d'Entitats del Tercer Sector i Tandem Social. (2019). *Anàlisi per identificar el paper del Tercer Sector Social com a agent de provisió de la Cartera de Serveis Socials*. https://www.tercersector.cat/sites/default/files/2021-03/estudi_serveis_socials_analisi_tercer_sector_cartera_de_serveis_taula_tercer_sector.pdf

Test, David W.; Mazzotti, Valerie L.; Mustian, April L.; Fowler, Catherine H.; Kortering, Larry i Kohler, Paula. (2009). Evidence-Based Secondary Transition Predictors for Improving Postschool Outcomes for Students With Disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 32(3), 160-181. <https://doi.org/10.1177/0885728809346960>

Torrents, Ramona. (2011). La dimensió privada i la dimensió pública de la societat civil. Les entitats d'iniciativa social d'atenció a la discapacitat. *Pedagogia i Treball Social: revista de ciències socials aplicades*, 76-96.

Trainor, Audrey A. (2008). Using Cultural and Social Capital to Improve Postsecondary Outcomes and Expand Transition Models for Youth With Disabilities. *The Journal of Special Education*, 42(3), 148-162. <https://doi.org/10.1177/0022466907313346>

Vasey, Sian. (2004). Disability culture: The story so far. En *In John Swain; Sally French, Colin Barnes & Carol Thomas (Eds.), Disabling barriers: Enabling environments* (2bd ed, p. 106-110). SAGE Publications.

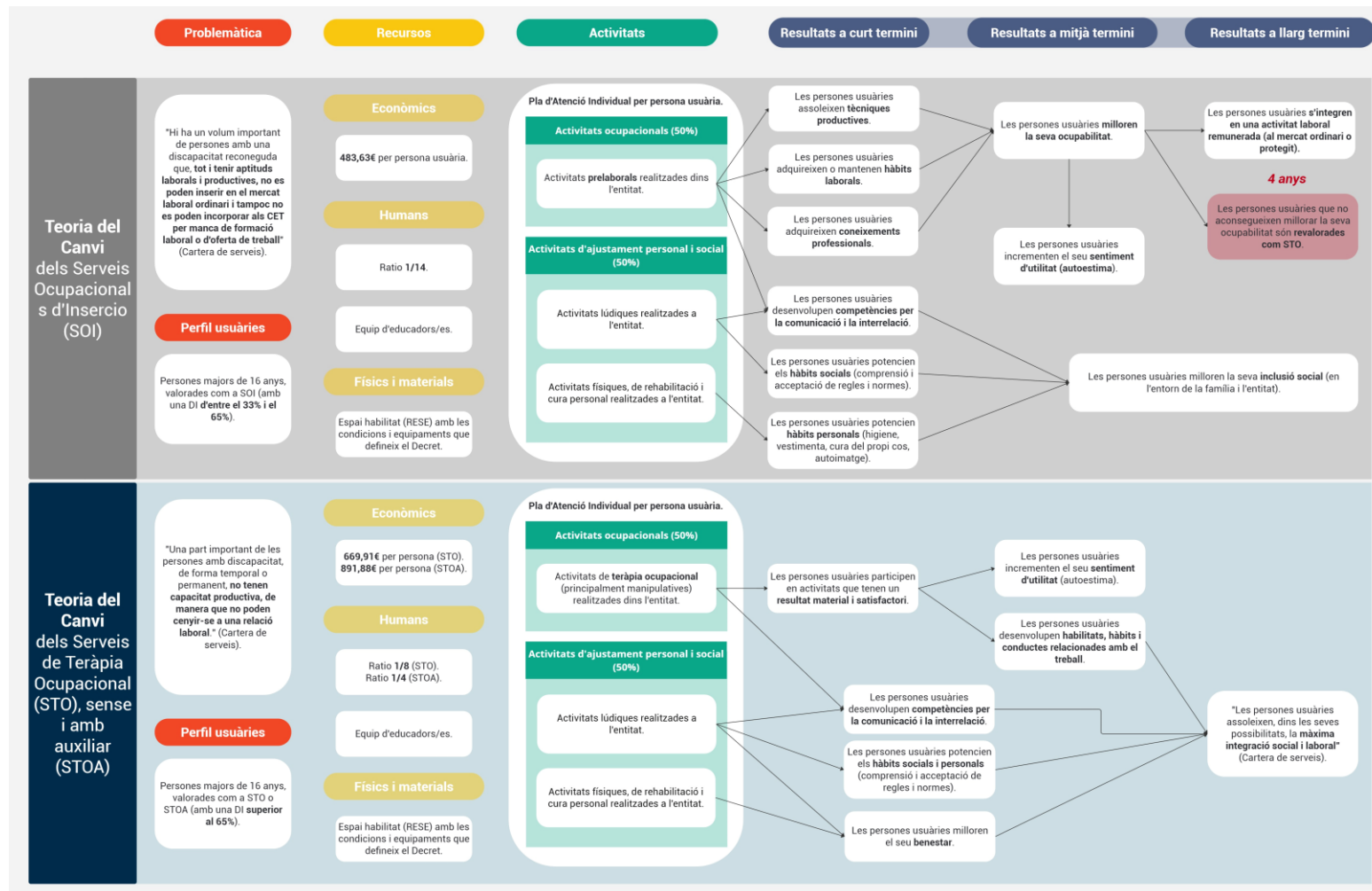
Waddington, Lisa i Priestley, Mark. (2021). A human rights approach to disability assessment. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 37(1), 1-15. <https://doi.org/10.1017/ics.2020.21>

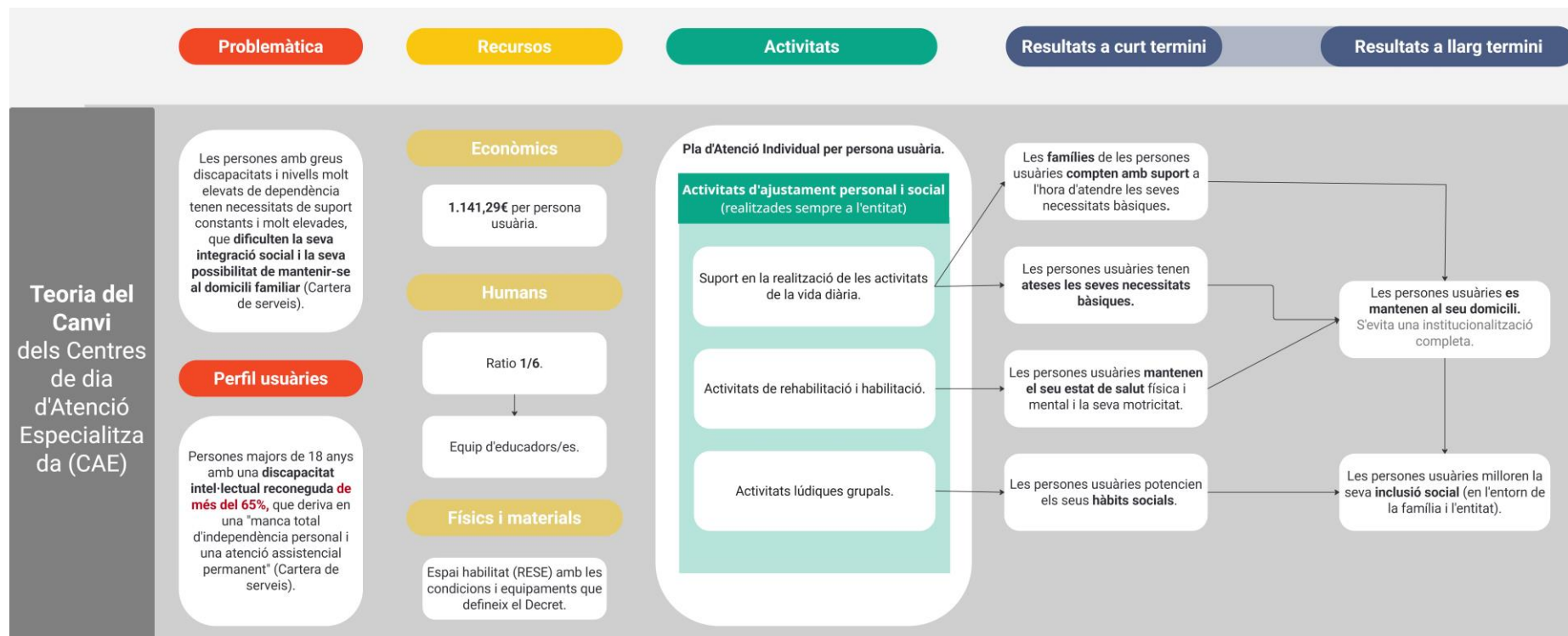
Walsh, Patricia Noonan; Emerson, Eric; Lobb, Carlyne; Hatton, Chris; Bradley, Valerie; Schalock, Robert L. i Moseley, Charles. (2010). Supported Accommodation for People With Intellectual Disabilities and Quality of Life: An Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(2), 137-142. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00256.x>

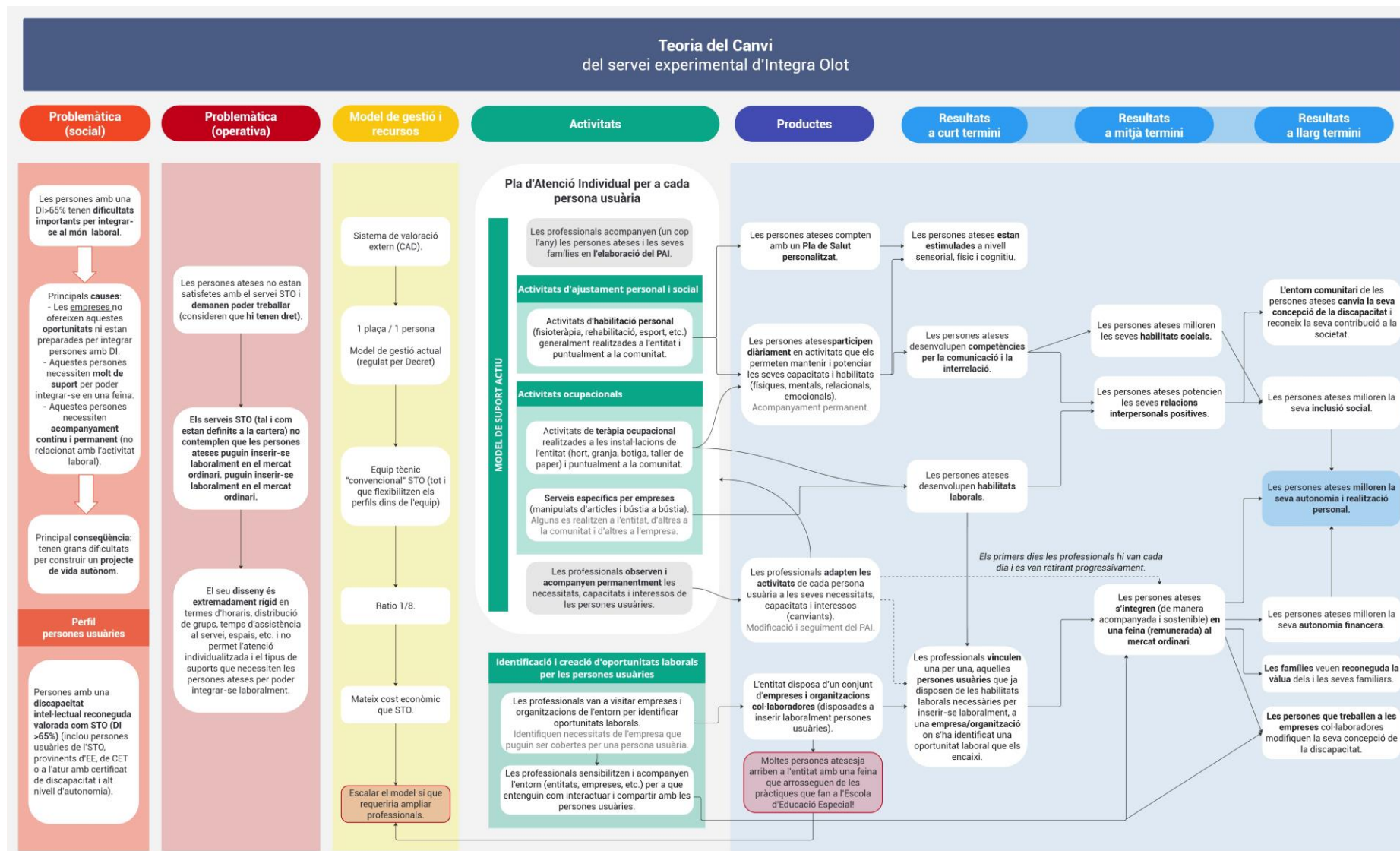
10. Annexos

10.1. Annex 1. Teories del canvi dels serveis d'atenció diürna

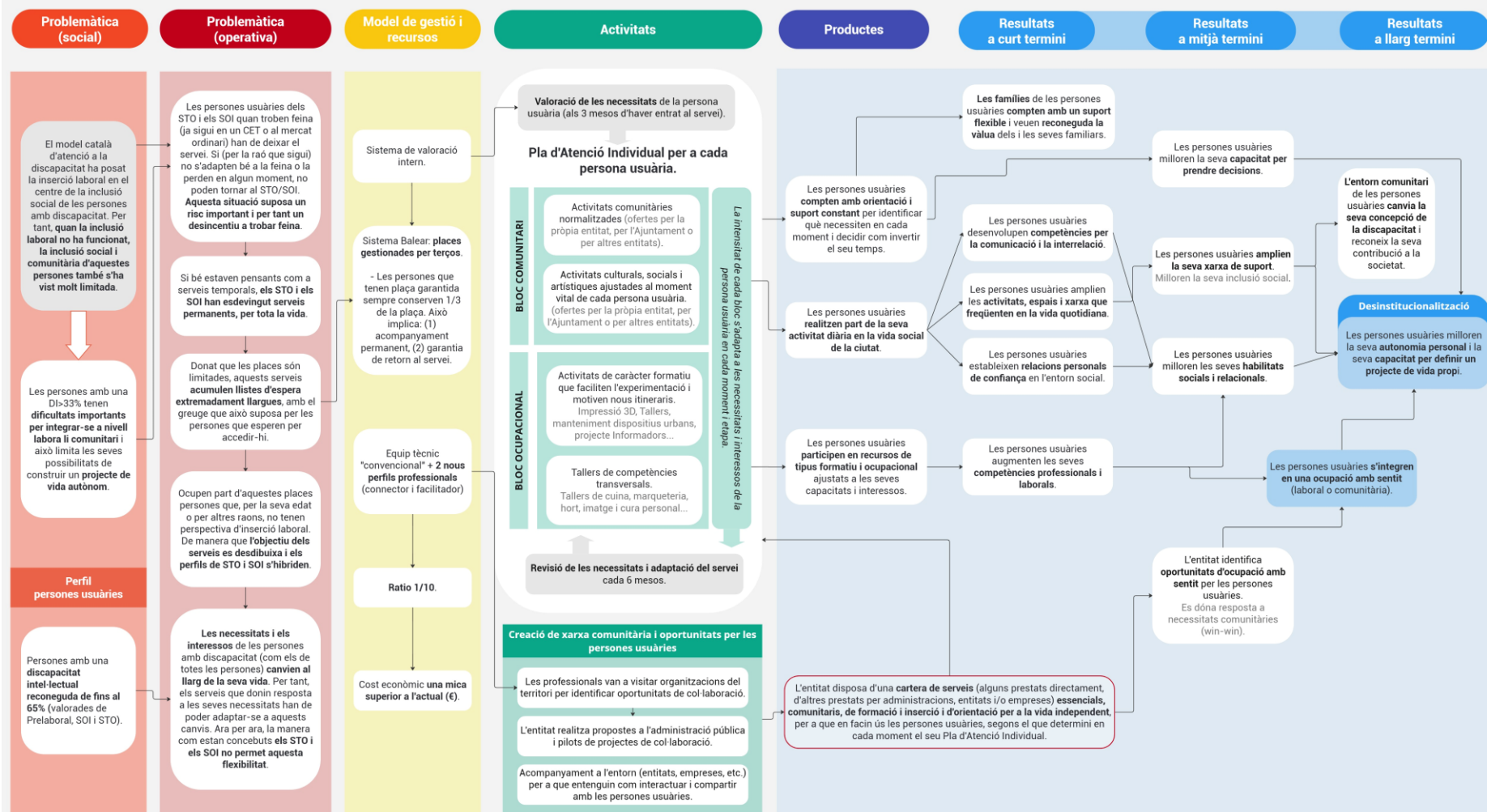
La **teoria del canvi** és una eina de disseny i avaluació de polítiques públiques que permet explicar de quina manera una determinada intervenció pretén resoldre un problema concret. En altres paraules, la teoria del canvi és un diagrama de flux que traça la transformació de les persones usuàries d'un servei concret, des d'un moment inicial en què pateixen una problemàtica concreta fins una situació final desitjada, en què aquesta problemàtica s'hauria d'haver mitigat. D'aquesta manera, permet identificar els resultats a curt, mitjà i llarg termini que les persones usuàries haurien d'assolir, com a conseqüència del seu pas pel servei.



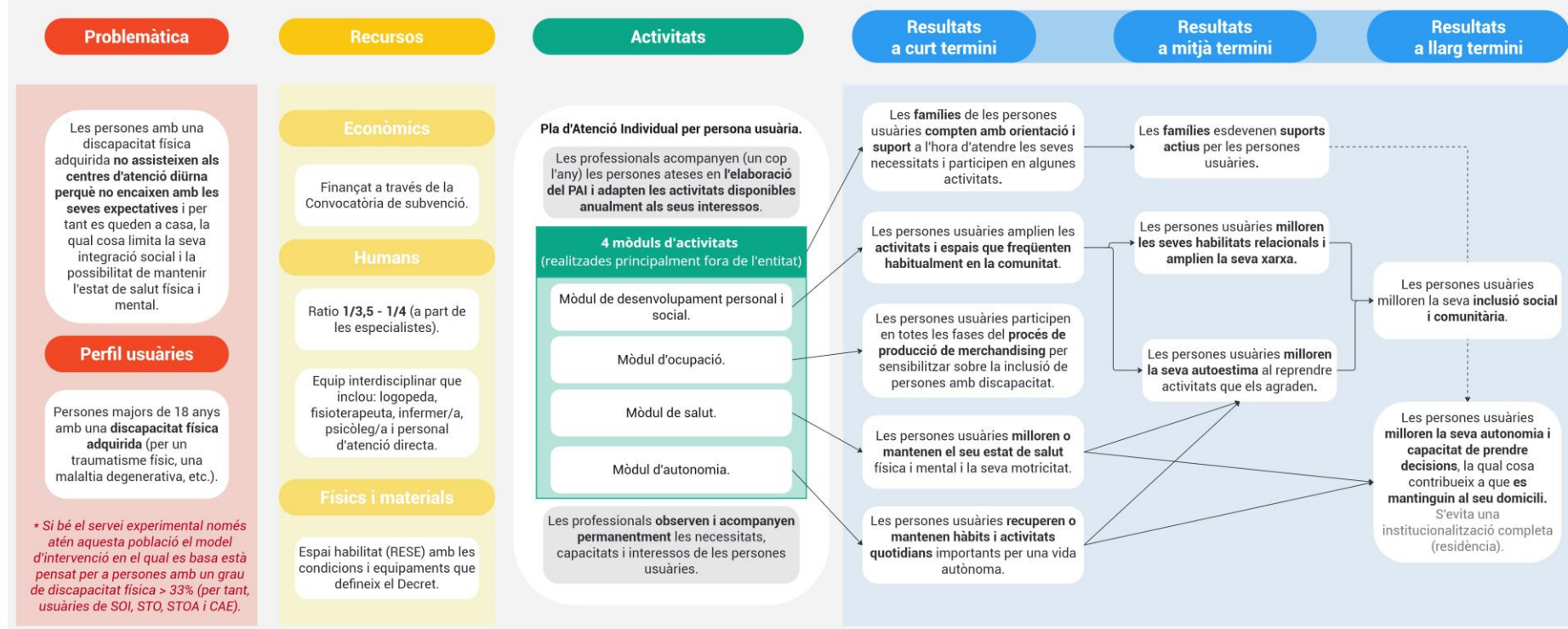




Teoria del Canvi del servei experimental de PRODIS



Teoria del Canvi del servei experimental la Marina (CAE), de la Fundació Pere Mitjans



10.2. Annex 2. Llistat d'entitats participants en l'avaluació

Les entitats que han participat com a informants en l'avaluació han estat les següents:

- Fundació Prodis
- Integra, Associació per la inclusió de col·lectius en risc
- Associació Alba
- Fundació Maresme
- Fundació Santa Teresa
- Fundació Pere Mitjans
- Fundació ASPACE Catalunya
- Fundació La Llar
- Pere Claver Grup
- Fundació Tresc
- Aura Fundació
- Fundació AMPANS
- ACUDAM Associació



Avaluar per millorar

A Ivàlua promovem la cultura de l'avaluació de polítiques públiques a Catalunya.
Avaluem polítiques públiques, difonem evidències, oferim formació i elaborem recursos.

