PROYECTO DE DOS MINIRESIDENCIAS, CENTRO DE DÍA, Y EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA, DE ALICANTE

PRESENTADO A LA:

concejalía acción social

AYUNTAMIENTO DE ALICANTE

INDICE	PAG.
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO DE LAS NECESIDADES DEL COLECTIVO Y RECURSOS	0
CAPÍTULO 2. DEFINICIÓN, OBJETIVOS, PERFIL Y CAPACIDAD DE LOS CENTROS	4
CAPÍTULO 3. CESIÓN DE TERRENO Y FINANCIACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN	11
CAPÍTULO 4. FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD TITULAR DE LOS CENTROS	12
ANEXO 1 - DATOS DE LA ASOCIACIÓN ADIEM	13
ANEXO 2 - CAPACIDAD DE GESTIÓN DE LA ASOCIACIÓN ADIEM	17

adiem
creando oportunidades

Calle de los Transportes, 4
03008. Alicante (Alicante)
Tlf. 966705294 / 635189543
E-Email: adiem@adiem.org
www.adiem.org

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO DE NECESIDADES DEL COLECTIVO Y RECURSOS

Las Miniresidencias, los Centros de Día y los Equipos de Apoyo Social Comunitarios, para personas con enfermedad mental crónica se conciben como recursos de servicios sociales especializados dirigidos a la población con trastornos mentales graves y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial proporcionándoles apoyo comunitario y soporte social que facilite su mantenimiento en la comunidad y eviten procesos de deterioro, aislamiento y marginación. Desde estos Centros se trabajará con las familias ofreciéndoles apoyo, psicoeducación y asesoramiento que necesiten.

1.1. DESCRIPCIÓN Y NECESIDADES DEL COLECTIVO.

Siguiendo el *modelo de funcionamiento de la OMS* y los criterios de clasificaciones internacionales como la DSMï V de la Asociación Americana de Psiquiatría o la ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud, describimos 3 principales grupos de diagnósticos:

- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del Estado del ánimo: Trastorno Bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores.
- Otros trastornos como el grupo de los Trastornos de Personalidad.

Estas personas, diagnosticadas en su mayor parte de esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, psicosis paranoides, etc. Suelen tener un severo déficit en su desempeño social. Pero este déficit no está provocado únicamente como resultado del proceso psicopatológico, sino que también influyen en él las características personales y las del medio en el que vive la persona, los apoyos externos que pueda tener, etc. Es decir, los *déficit en el funcionamiento psicosocial* no se deben en exclusiva a la enfermedad mental, por lo que, unido a un tratamiento psicoterapéutico adecuado, la respuesta social y el apoyo profesional pueden solventar o paliar estas dificultades. Por tanto, el enfoque técnico en rehabilitación debe basarse en minimizar las discapacidades y variar la respuesta social que provoca la minusvalía, bien capacitando al usuario mediante entrenamientos específicos, instauración de hábitos, etc., o bien ofertando directamente el soporte social necesario para lograr un funcionamiento mínimamente aceptable (que supone el tener responsabilidades, el interaccionar con otras personas, el llevar a cabo tareas compartidas, el estructurar el tiempo personal, etc.).

Según recoge la Asociación Española de Neuropsiquiatría (en adelante AEN) en 2003, las necesidades y problemas de las personas con TMG son, por tanto, múltiples y variados. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo. Las necesidades como colectivo podríamos resumirlas: Acceso a los servicios básicos del Estado, tratamiento, técnicas activas de Rehabilitación Psicosocial, apoyo económico, apoyo a la integración y participación social, alojamiento y atención residencial comunitaria, acceso al mundo laboral, defensa de sus derechos y autodeterminación y apoyo a las familias.

1.2. CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN AFECTADA.

Se considera (OMS, 2005) que la importancia de este problema ha sido tradicionalmente subestimada. Según la Sociedad Española de Psiquiatría (Octubre, 2004): las patologías psiquiátricas afectan al 20% de la población. Además cabe destacar los siguientes datos:

- Según los datos de la OMS, la esquizofrenia afecta a 52 millones de personas en todo el mundo. Se estima que afecta al 1% de la población mundial, y que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes.
- Alrededor de 400.000 personas en España sufren las consecuencias de esta enfermedad y padecen las trágicas situaciones ante las carencias y déficits existentes en la red de atención necesaria; la inexistencia de una asistencia integrada y globalizada en los aspectos sanitarios, sociales, laborales, familiares, etc., afectados por la enfermedad; la falta de información, formación y servicios de apoyo y respiro para la familia; la marginación y estigmatización social, etc.
- Se calcula que la cifra se duplicará en los próximos 20 años. La población joven es la más propensa a padecer este tipo de enfermedad, por el aumento del consumo de estupefacientes y drogas sintéticas.
- El 84% de las personas con enfermedad mental del país, vive con sus familiares.
- Estudios recientes de rehabilitación psico-social actuales demuestran que con una adecuada atención especializada es posible la integración social plena de la persona con enfermedad mental. Al menos un tercio de las personas afectadas conseguiría la superación de la enfermedad, alcanzando niveles de salud y bienestar adecuados.
- Ante la falta de atención, la persona con enfermedad mental tiene un 50% de posibilidades de experimentar un nuevo brote en un año, % que se eleva al 80% a los 3 años. Este aspecto, además del coste social y sanitario que genera, contiene elementos sociales de importancia: deterioro personal, social y familiar.

1.3. CUANTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE RECURSOS EN LA COMARCA DE L´ALACANTÍ.

Desde el modelo comunitario, significa que compartirán con los demás ciudadanos los servicios como los servicios generales de educación y formación, servicios sociales generales, los servicios sanitarios (en atención primaria), los de formación y acceso al empleo, los culturales, los deportivos y recreativos, etc. Las necesidades que debería proveer un Modelo de atención suficiente según Asociación Española de Neuropsiquiatría, Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, se trasladan en el siguiente cuadro a la necesidad aproximada y situación actual en la Comarca de L´Alacantí:

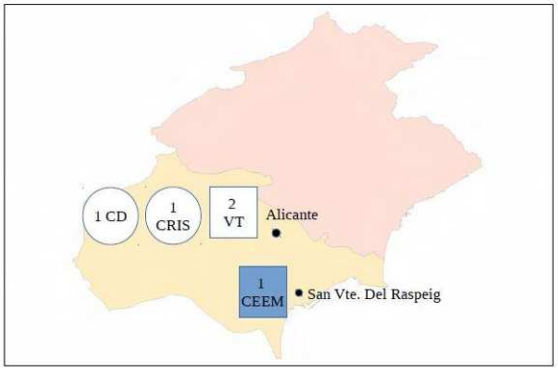
Tipología de Recurso	Plazas a cubrir necesarias cada 100.000 habitantes	Plazas necesarias en L´Alacantí (480.000 habitantes)	Plazas actuales en Alicante
Centro de Rehabilitación e Integración Social CRIS	Entre 30 y 50 personas	240 plazas de CRIS Equivale a 3 Centros	210 plazas 3 Centros
Centro de Día	Entre 15 y 30 personas	144 plazas de CD Equivale a 6 Centros	20 plazas 1 Centro
Residencia/Miniresidencia	Entre 15 y 30 personas	144 plazas de Resid. Equivale a 4 Centros	40 plazas 1 Centro
Equipos de Apoyo Comunitario	Entre 15 y 30 personas	144 plazas de EASC Equivale a 4 Equipos	40 plazas 1 Equipos
Viviendas Supervisadas	Entre 6 y 10 personas	50 plazas de VVSS Equivale a 10 Centros	30 plazas 5 Centros

1.4. MAPIFICACIÓN DE RECURSOS ESPECIALIZADOS EN LA COMARCA L´ALACANTÍ

El borrador del **Plan de Infraestructuras para personas con diversidad funcional por trastorno mental grave de la Comunitat Valenciana**, brinda la oportunidad de dar respuesta a las necesidades efectivas de las personas con diversidad funcional y trastorno mental grave, asegurando una correcta distribución de recursos, cercana a las personas que los demandan y sus familias, aprovechando las sinergias existentes entre los diferentes servicios ofrecidos por las administraciones públicas de esta Comunitat. Asimismo, este Plan complementará iniciativas que en el corto y medio plazo entrarán en funcionamiento, reforzando la red pública de servicios sociales, con especial atención al colectivo de personas con trastorno mental grave por la histórica exclusión que ha venido sufriendo y por el estigma que todavía existe asociado a las enfermedades mentales. Los trastornos mentales están en aumento en la Comunitat Valenciana, en España y en la UE. Actualmente en la UE se calcula que casi 50 millones de personas tienen trastornos mentales. Una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida y, al menos, el 1% de la población sufre algún tipo de TMG. Lo que traducido a la Comunitat Valenciana significa, respectivamente, que hay 1.250.000 personas en riesgo potencial de vulnerabilidad y que unas 50.000 sufren algún tipo de TMG. Desde el citado Plan, se propone la conversión de los recursos actuales de apoyo a la rehabilitación de personas con TMG en un red pública de apoyo social a la recuperación de personas con TMG, así como una serie de nuevos recursos intermedios que eliminen la atención residencial, salvo en casos puntuales, excepcionales y de corta duración temporal y se incide más en nuevos recursos intermedios que ofrecen cotas de inclusión social y laboral mucho mayores y, por ello, consecuentemente, una mejor recuperación del proyecto vital de las personas que, en definitiva es el objetivo principal de toda acción social inclusiva. En cuanto a las Residencias, se hace alusión al nuevo modelo de Miniresidencias, para un máximo de 20 personas, de régimen abierto y respetando plenamente los derechos de ciudadanía para el periodo, siempre temporal por definición, en el que este recurso fuese considerado como el más apropiado para su proceso recuperador. La terminología de CEEM responde a que, a fecha de hoy no ha sido publicada la modificación normativa que ampare la denominación de Miniresidencia en la Comunitat Valenciana, estando prevista para el año 2020.

El Mapa de Recursos y de necesidades, reflejado en borrador del citado Plan, refleja la necesidad de 40 plazas residenciales y 25 plazas de Centro de Día, ya que el CRIS y las 3 Viviendas Tuteladas de Alicante están en funcionando desde 2018 y 2019, respectivamente:

DEPARTAMENTO DE SALUD 17: ALICANTE-SANT JUAN DE ALICANTE Y 19: ALICANTE- H. GENERAL



1.5. MARCO LEGISLATIVO.

En lo que al marco legislativo en materia de salud mental y específicamente lo vinculado al Programa de Rehabilitación que nos ocupa se cita la siguiente **Normativa de la Comunidad Valenciana en materia de discapacidad:**

- ORDEN de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social por la que se desarrolla el DECRETO 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana
- LEY 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana
- LEY 1/1998, de 5 de mayo, de la Generalitat Valenciana, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación
- LEY 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad
- DECRETO 10/1996, de 16 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se crea la figura del Defensor del Discapacitado
- DECRETO 132/1996, de 4 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se asignan competencias en materia de atención a los enfermos mentales
- DECRETO 192/1998, de 30 de noviembre, del Gobierno Valenciano, de ordenación de la Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Incapacitados
- DECRETO 5/2000, de 11 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se crea la Comisión Interdepartamental para la Integración Social de las Personas con Discapacidad.
- ORDEN de 19 de noviembre de 2001, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía en el ámbito de la Comunidad Valenciana.
- DECRETO 125/2001, de 10 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se constituye la entidad de Derecho público Instituto Valenciano de Atención a los Discapacitados (IVADIS).
- DECRETO 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana
- DECRETO 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana.
- ORDEN de 21 de noviembre de 2003, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se crea la Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Minusvalía de la Comunidad Valenciana
- ORDEN de 9 de mayo de 2006, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 9 de abril de 1990, de la Consellería de Trabajo y Seguridad Social, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, en su redacción dada por la Orden de 3 de febrero de 1997, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- ORDEN 1/2010, de 18 de febrero, de la Consellería de Bienestar Social, de modificación de la Orden de 9 de abril de 1990, de la Consellería de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana.
- ORDEN 3/2010, de 26 de marzo, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se crea la Tarjeta acreditativa de la condición de persona con discapacidad.

CAPÍTULO 2. DEFINICIÓN, OBJETIVOS, PERFIL Y CAPACIDAD DE LOS CENTROS

2.1. INTRODUCCIÓN:

La Miniresidencia, con dos módulos de 20 plazas cada una, y el Centro de Día, con 25 plazas para personas con enfermedad mental crónica, de Alicante, son dispositivos incluidos en la tipología general recogida en la **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, cuya función es facilitar los procesos de rehabilitación y ofertar el soporte necesario para una adecuada integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente. A los 3 Centros citados, se incorpora en el mismo edificio, el **Equipo de Apoyo Social Comunitario, con 40 plazas,** incluido en el borrador de la nueva normativa de recursos especializados de Atención Social a personas con trastorno mental grave, por la **Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas**, pendiente de aprobar y publicar en 2020.

Estas son las **características inherentes a la Miniresidencia, al Centro de Día** y al **Equipo de Apoyo Social Comunitario**:

- Los Centros deben estar inserto al máximo en el tejido comunitario. Su función implica facilitar la utilización por los usuarios derivados de todos los recursos socio-comunitarios del entorno.
- Son dispositivos cuyo objetivo no es que los usuarios acudan a sus instalaciones, sino que es una plataforma desde donde trabajar la normalización y la integración, y así, en la medida de lo posible se deben externalizar al máximo sus actividades.
- La Miniresidencia, el Centro de Día y el Equipo de Apoyo Social Comunitario, forman parte de una red extensa de atención, sanitaria y social, por lo que es imprescindible la coordinación con los demás dispositivos o sistemas que intervienen, o sería deseable que intervinieran, sobre los usuarios derivados.
- La Miniresidencia, el Centro de Día y el Equipo de Apoyo Social Comunitario, no son suministradores de prestaciones a los usuarios (por ejemplo económicas, comidas, etc.) sino que son activadores de aquellos recursos necesarios para su integración.

El **objetivo general** en rehabilitación psicosocial es facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental severo la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible a través de procesos de rehabilitación psicosocial

Los **objetivos específicos** de los Centros son los asociados a una mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo y al ofrecimiento de un soporte social adecuado a las necesidades individuales. Es decir:

- Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales que favorezcan la adquisición y recuperación de las habilidades y competencias personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera.
- Favorecer el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su contexto comunitario ofreciéndoles el aporte y soporte social flexible que precise durante el tiempo necesario.
- Apoyar, asesorar y entrenar a las familias a nivel individual y/o grupal mediante programas de psicoeducación, de manera que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas de cuidado, comunicación y convivencia con su familiar.
- Colaborar y coordinarse con otros recursos de Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas o de Consellería de Sanidad, existentes o creados en la zona del Centro.

El **perfil** de la población a atender en los 3 Centros y el EASC será el siguiente:

- Personas adultas de edad entre 18 y 65 años, con enfermedades mentales graves y con gran deterioro de sus capacidades funcionales, grave desestructuración de su entorno social inmediato y severas dificultades para utilizar recursos normalizados para la satisfacción de sus necesidades.
- Personas que están siendo atendidas y son derivadas desde la Unidad de Salud Mental de referencia.
- Personas que están en una situación psicopatológica establecida y, por tanto, no están en crisis psiquiátrica.
- Personas con certificado de minusvalía igual o superior al 33%, o valorado con grado y nivel de Dependencia.
- Personas que no presenten patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía u otras adicciones que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el Centro.

Las **capacidades** serán de:

- **40 plazas entre las dos Miniresidencias** (20 plazas cada una).
- **25 plazas en el Centro de Día, y**
- **40 plazas en el Equipo de Apoyo Social Comunitario.**

En el Centro de Día y en el EASC, no se debe entender esta capacidad en el sentido estricto o habitual de ñplazaò, sino del número de usuarios que pueden ser atendidos por el Centro. Cada persona acudirá un determinado número de días a la semana que se haya pactado con anterioridad, y a las actividades consensuadas en su Plan Individualizado de Atención.

A continuación se detallan las **tres tipologías de recursos**, integrados en el mismo edificio:

2.2. RECURSO 1. DOS MINIRESIDENCIAS:

Definición/objetivo:
Centro residencial abierto y flexible, donde se trabaje desde una perspectiva de recuperación orientada hacia la mejora de la autonomía personal y social de las personas con un modelo comunitario. Existiendo dos modalidades de estancia, temporal y la de estancia puntual. Está concebido como un recurso intermedio entre los Centros Residenciales de Salud Mental y las Viviendas, en sus diferentes modalidades. En todo caso la estancia máxima recomendada para este tipo de recursos será de unos 6 meses, transcurridos los cuales se realizará una evaluación de cada caso para su derivación a una vivienda o para una reevaluación general si no se han consolidado el curso positivo de la evolución personal.

Personas destinatarias:
Personas con trastorno mental grave, que por sus necesidades de apoyo precisan de una atención especializada de mayor o menor duración y con una supervisión de 24horas. Pueden haber sido derivadas por un Centro residencial de Salud Mental o no. Presentan una estabilidad en su proceso clínico con una evolución positiva en su proceso de rehabilitación y recuperación pero que todavía necesitan de un periodo temporal residencial para consolidar esta progresión antes de pasar un recurso ambulatorio, debido a:

- Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impida o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.
- Ausencia o sobrecarga de su entorno para su atención y cuidado.

El acceso al recurso es voluntario. Se podrá atender a personas que por su situación personal sea necesario un internamiento no voluntario. Se podrá atender a un máximo de 20 personas por cada una de las 2 Miniresidencias.

Las personas serán derivadas de la USM y se estará en coordinación con las comisiones de coordinación socio sanitaria y de gestión de casos de cada departamento sanitario.

Prestaciones/servicios/programas:

Servicios:
- Alojamiento
- Lavandería
- Manutención (restauración)
- Limpieza
- Atención psicosocial y apoyo personal para la mejora de la autonomía y apoyo de su recuperación e integración.
- Supervisión y apoyo 24h al día.

Programas: la eficacia de las intervenciones debe ser medible mediante el establecimiento de los indicadores oportunos:
- AVD (básicas e instrumentales)
- Habilidades Sociales
- Psicoeducación y prevención de recaídas
- Integración Laboral
- Afrontamiento al estrés
- Promoción de la salud y actividad física
- Intervención familiar
- Rehabilitación neurocognitiva.
- Actividades de orientación laboral o prelaboral.
- Desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre.

Con respecto a los programas se trabajarán de forma general en los recursos ambulatorios, reconociendo la necesidad de prestar a algunas personas dichos programas en el mismo centro, por su momento de evolución de la enfermedad, o por su decisión dentro de su proyecto vital.

Ubicación:
En zonas urbanas de fácil acceso a los recursos comunitarios.

Capacidad:
Cada Miniresidencia tendrá una capacidad de 20 personas, siendo en total 40 plazas.

Personal:
Cada Miniresidencia, la compone el siguiente equipo mustidisciplinar de atención directa:
- 1 Psicólogo/a
- 1Terapeuta Ocupacional
- 1 Trabajador Social
- 10 Monitores/Educadores.
- La figura del Director estará incluida en la plantilla del personal de Administración.

Las Miniresidencias deberán tener siempre disponible al menos el 5 % de sus plazas para programas de respiro familiar o incidencias urgentes.

Habitabilidad:
Las Miniresidencias, deberán contar, como mínimo, con las siguientes instalaciones:

ÅÁrea de dirección-administración:

Comprende los espacios destinados a las funciones de recepción de usuarios, dirección, administración y gestión del centro. En estas dependencias se custodiarán las hojas de reclamaciones, los expedientes individuales y el registro de usuarios.

- Despachos de recepción y dirección.
- Despachos de personal.
- Vestíbulo.

Habrá despachos de administración que estarán integrados en el área de dirección/administración.

ÅÁrea residencial:
Es el área donde el usuario desarrolla su vida individual y social. Comprende los espacios destinados a alojamiento, manutención y zonas de convivencia.

- Un comedor.
- Un salón de estar por cada planta.
- Baños y aseos: En las zonas comunes de un centro de 20 plazas deberá haber un aseo accesible cada 10 usuarios. En la zona de dormitorios deberá existir un baño completo por cada 4 usuarios.
- Aulas talleres para programas y actividades: Para centros hasta 40 plazas existirá una sala cada 8 usuarios.
- Sala de atención sanitaria, para casos urgentes, porque lo habitual será que sea atendido por el recurso sanitario/comunitario de referencia.
- Dormitorios individuales con baño completo incorporado, con ventilación e iluminación natural.
- Dos vestuarios con duchas para el personal del centro.
- Se dispondrá de habitaciones accesibles para al menos el 5 % de usuarios, según la normativa que corresponda.

ÅÁrea de rehabilitación y atención especializada.

Comprende los espacios destinados a la prestación de servicios y tratamientos específicos que requieran los usuarios, así como al desarrollo de los programas propios del centro. Las unidades que integran el área de atención especializada deberán estar dotadas del equipamiento necesario para el desarrollo de sus funciones. Habrá despachos para técnicos que estarán ubicados dentro del área de rehabilitación y atención especializada.

ÅÁrea de servicios generales.

Comprende los espacios destinados a prestación de servicios comunes, tales como cocina, lavandería, eliminación de residuos, almacenes, mantenimiento, seguridad y vestuarios del personal:

- Cocina
- Despensa-almacén
- Cuarto de limpieza-lavandería.

2.3. RECURSO 2. CENTRO DE DÍA:

Definición:
Son recursos para personas con TMG que presentan mayores dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo, con mayores limitaciones de funcionamiento cognitivo-conductual y de integración y por tanto mayor riesgo de exclusión, dependencia y aislamiento por lo que necesitan una apoyo específico y una estructuración de su vida cotidiana para alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

Es un recurso rehabilitador que puede estar o no asociado o adscrito a un CRISL. En aquello casos en que se trate de un recurso independiente deberá coordinase con el CRISL más próximo para una adecuada continuidad de cuidados y con la Unidad de Salud Mental que le corresponda geográficamente.

Objetivo/Finalidad:
- Aumentar el nivel de autonomía e integración social.
- Ofrecer soporte social que favorezca el mantenimiento en la comunidad.
- Desarrollo y potenciación de habilidades sociales básicas.
- Mantener o conseguir un nivel mínimo de autocuidados y autonomía.
- Incremento de las redes sociales.
- Fomentar las actividades de ocio y tiempo libre.
- Estructurar de la vida cotidiana del paciente.
- Minimizar los posibles impactos relacionados con un posible curso crónico de la patología y/o procesos de deterioro secundarios a la misma.

Capacidad:
25 personas usuarias.

Asimismo en el Centro de Día se podrá ofrecer un servicio complementario de comidas para aquellas personas que lo puedan necesitar por razones sociales, de lejanía de su domicilio y de asistencia e implicación en las actividades de apoyo y soporte social.

Los Centros de Día funcionan en régimen de atención diurna en jornada partida de mañana y tarde. Los usuarios asistirán al CD el tiempo necesario (toda la mañana o todo el día) en función de sus objetivos y necesidades de acuerdo a su plan individualizado. Asimismo la duración de la estancia será estable y en todo caso la que sea precisa en relación con las necesidades de soporte social e integración comunitaria de cada caso.

Personal:
Contarán con un equipo multiprofesional específico de atención directa compuesto por:
- 1 psicólogo.
- 1 terapeuta ocupacional
- 5 educadores o monitores con formación en Salud Mental.
- La figura del Director estará incluida en la plantilla del personal de Administración.

Habitabilidad:
Para una capacidad máxima de 25 plazas, los centros de atención diurna deberán contar con las siguientes estancias:
- 1 vestíbulo.
- 1 despacho administrativo.
- 1 despacho de Dirección.

- 2 despachos polivalentes.
- 2 salas polivalentes.
- 3 aseos accesibles para usuarios del centro.
- 1 cocina equipada.
- 1 sala de estar, que permita la posibilidad de que todas las personas puedan comer
- a la vez.
- 2 vestuarios con duchas para el personal del centro.

Las estancias descritas se adecuarán proporcionalmente al número de usuarios autorizados en el centro.

2.4. RECURSO 3. EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC)

Definición:
Equipos multidisciplinares coordinados directamente con las USM que ofrecen atención domiciliaria y en el propio entorno comunitario desde un enfoque integral centrado en la recuperación de la persona con enfermedad mental grave que presenta un grado importante de sufrimiento, inestabilidad, aislamiento y/o abandono y requiere de atención y apoyo sociosanitario en su medio comunitario más inmediato.

Objetivo/Finalidad:
- Garantizar la continuidad de cuidados de la personas con trastorno mental grave.
- Potenciar la prevención de crisis y la promoción de la salud.
- Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitarios.
- Favorecer el enganche y la vinculación con la red de recursos comunitarios.
- Apoyar, informar y educar a los familiares y/o cuidadores y cuidadoras.

Personas destinatarias:
Los EASC se dirigen a las personas con enfermedad mental grave con dificultades de integración social en recursos socio-comunitarios y necesidades de soporte social y familiar; o por su plan individualizado necesitan una atención flexible y cercana en su propio entorno a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles en la medida de lo posible a mantenerse en adecuadas condiciones en su entorno familiar y social.

Prestaciones/servicios/programas:
El servicio desarrollará su actividad en coordinación y complementariedad con el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del CRISL y del Servicio de Salud Mental de referencia e incluirá las siguientes prestaciones:
- Atención multidisciplinar técnica especializada.
- Atención domiciliaria
- Atención, acompañamiento y apoyo en el medio comunitario
- Favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico
- Fomentar el autocuidado y hábitos saludables y prevenir conductas de riesgo.
- Educar en actividades de la vida diaria
- Abordaje psicosocial: apoyo psicológico, psicoeducación, técnicas de afrontamiento y resolución de problemas, habilidades sociales...según su Plan Individual de Rehabilitación (PIR) y el Plan de Atención Individualizado (PAI) de la USM.
- Orientación ocupacional y laboral.
- Psicoeducación familiar

Ubicación:
Contarán con un local dotado al menos con una sala polivalente y un despacho, cuya finalidad será realizar intervenciones tanto individuales como grupales y gestiones administrativas, a ser posible en un equipamiento comunitario existente. Estos equipos trabajarán en coordinación con los CRISL, las USM y los C.D.. Funcionarán como un servicio cuando existan éstos centros (USM y/o CRISL y/o C.D.) y como un recurso cuando en el territorio donde vayan a realizar sus intervenciones no cuente con éstos. A los efectos administrativos tiene su sede en el Centro de Día.

Capacidad:
Cada EASC podrá ofrecer cobertura a 40 personas usuarias.

Personal:
El personal de cada EASC estará formado por:
- 1 Psicólogo/a
- 1 Trabajador Social
- 1 Educador Social.
- 1 Técnico Integración Social
- La figura del Director, no tiene entidad propia como tal, siendo el director del CD.

2.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS COMUNES.

Además, el centro tendrá que garantizar los ser**vicios generales de gestión, administración, limpieza, lavandería, mantenimiento, comedor, cocina, transporte y vigilancia y contención,** con medios propios o externos, que aseguren su adecuación al número de plazas y correcta prestación de estos servicios.

CAPÍTULO 3. CESIÓN DE TERRENO Y FINANCIACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN:

El edificio, compuesto por las dos Miniresidencias, el Centro de Día y el Equipo de Apoyo Social Comunitario, debe ubicarse en una zona urbana de fácil acceso a los recursos comunitarios, con una superficie total aproximada de entre 2.500 y 3.000 metros cuadrados. El edificio constaría de plata baja y primera planta, estando diferenciadas las ubicaciones de las zonas de cada Centro y compartiendo los espacios destinados a los Servicios Complementarios Comunes, descritos en el apartado anterior.

El edificio en su conjunto debe reunir los requisitos de habitabilidad, salubridad, ahorro energético y funcionalidad exigidos para este uso y debe disponer de:

- Espacios y medios para extraer los residuos ordinarios generados en ellos de forma acorde con el sistema público de recogida.
- Sistema de ahorro de energía y aislamiento térmico, para conseguir un uso racional de la energía necesaria para la adecuada utilización del edificio.

Además, cada una de las dependencias debe disponer de medios para:

- Que sus recintos se puedan ventilar adecuadamente, eliminando los contaminantes que se produzcan de forma habitual durante su uso normal, de forma que se aporte un caudal suficiente de aire exterior y se garantice la extracción y expulsión del aire viciado por los contaminantes.
- Suministrar al equipamiento higiénico previsto de agua apta para el consumo de forma sostenible, aportando caudales suficientes para su funcionamiento, sin alteración de las propiedades de aptitud para el consumo e impidiendo los posibles retornos que puedan contaminar la red, incorporando medios que permitan el ahorro y el control del agua.
- Completar el equipamiento informático y de mobiliario de oficina, ajustado a las necesidades de las actividades.

La **estimación del coste de la construcción** del edificio **y la forma de financiación** y **cesión** prevista es la siguiente:

a) El Coste total de la **nueva Construcción y equipamiento** adecuado para el conjunto edificado, compuesto por: 2 Miniresidencias, un Centro de Día y las instalaciones adecuadas para albergar al Equipo de Apoyo Social Comunitario, es de **3.973.491,63 ú.**

b) La forma de financiación de la nueva construcción y del equipamiento adecuado, es la siguiente**:**

1. Aportación de la **Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas: 3.178.793,30 ú,** correspondiente al 80% del coste total de la nueva construcción y del equipamiento, a través de la solicitud de Ayudas de la convocatoria pública destinada a tal fin, durante el periodo plurianual 2020-2022.

2. Aportación con **fondos privados y propios** de la **Asociación ADIEM: 794.698,33 ú,** correspondiente al 20% del coste total de la construcción y el equipamiento.

c) La Asociación ADIEM, solicitaría previamente al Excmo. Ayuntamiento de Alicante, la cesión de un **solar de titularidad municipal destinado a uso social, de forma gratuita y durante el periodo máximo establecido en la legislación aplicable**, con la finalidad de construir con cofinanciación pública, privada y propia, las dos Miniresidencias y el Centro de Día.

CAPÍTULO 4. FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO

Y como muestra de conformidad con la totalidad del contenido del presente proyecto, lo firmo,

En Alicante, a 9 de Noviembre de 2019.

adiem

Firmado digitalmente por 74146340K
GERTRUDIS MARCOS (R: G53223558)
Fecha: 2019.11.09 19:46:44 +01'00'

Fdo.: Gertrudis Marcos Lizón
DNI: 74.146.340-K
Presidenta de ADIEM

ANEXO 1 ï DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.

1.1. INTRODUCCIÓN. DATOS GENERALES DE ADIEM			
Nombre de la ONG: **ADIEM** (ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA E INTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL)			C.I.F: G-53223558
Domicilio social de la ONG, en Alicante: Calle Hércules, 28-30 Calle de los Transportes, 4			C.P: 03006 CP: 03008
Localidad: ALICANTE		Provincia: ALICANTE	
Teléfono: 966448359.		Email: adiem@adiem.org	
Web: www.adiem.org		Redes sociales: https://www.facebook.com/adiemvb https://twitter.com/adiemvb https://plus.google.com/+AdiemOrg/posts https://www.flickr.com/photos/adiem/	
Año de constitución: 1997		Nº Inscripción en el Registro Autonómico: nº 5933 de la Sección Primera del Registro Provincial de Alicante	
Ámbito territorial		Provincia de Alicante	
Naturaleza jurídica:		*ASOCIACIÓN SIN FIN LUCRATIVO*	
Entidad declarada de Utilidad Pública		Organismo competente fecha de reconocimiento	Ministerio del Interior 02 de Junio de 2011
Gestión de Calidad	**Certificado / Certificadora**	**Sello Excelencia Europea EFQM 500+,** otorgado por **Bureau Veritas** con nº certificado **CEG/19/PE05/19**	
	Validez	Desde el 17/10/2019 hasta el 17/10/2022	
Representante legal de la ONG: GERTRUDIS MARCOS LIZÓN			
Cargo: PRESIDENTA			
Presupuesto de Ingresos Totales de la Entidad en 2019: 2.100.000,00 ú			

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA INTERNA		
Personal que conforma la ONG:	**Hombres**	**Mujeres**
Junta Directiva:	2	7
Personal Remunerado:	17	48
Personal Voluntario:	20	44
Socios:	112	114

1.2. LOCALIZACIONES DE LA ENTIDAD EN ALICANTE.

El Servicio se presta actualmente en la Delegación de ADIEM en Alicante y cuenta con los siguientes recursos para llevar a cabo la actividad:

- **CENTRO DE RECURSOS ñMINDò, DE ALICANTE** situado en Calle Hércules, 28-30, en la población de **Alicante** (Alicante), ubicado en un bajo comercial de 575 m².

- **CENTRO DE RECURSOS ñSENTITò, DE ALICANTE** situado en Calle de los Transportes, 4, en la población de **Alicante** (Alicante), ubicado en una nave indrustrial de 800 m².

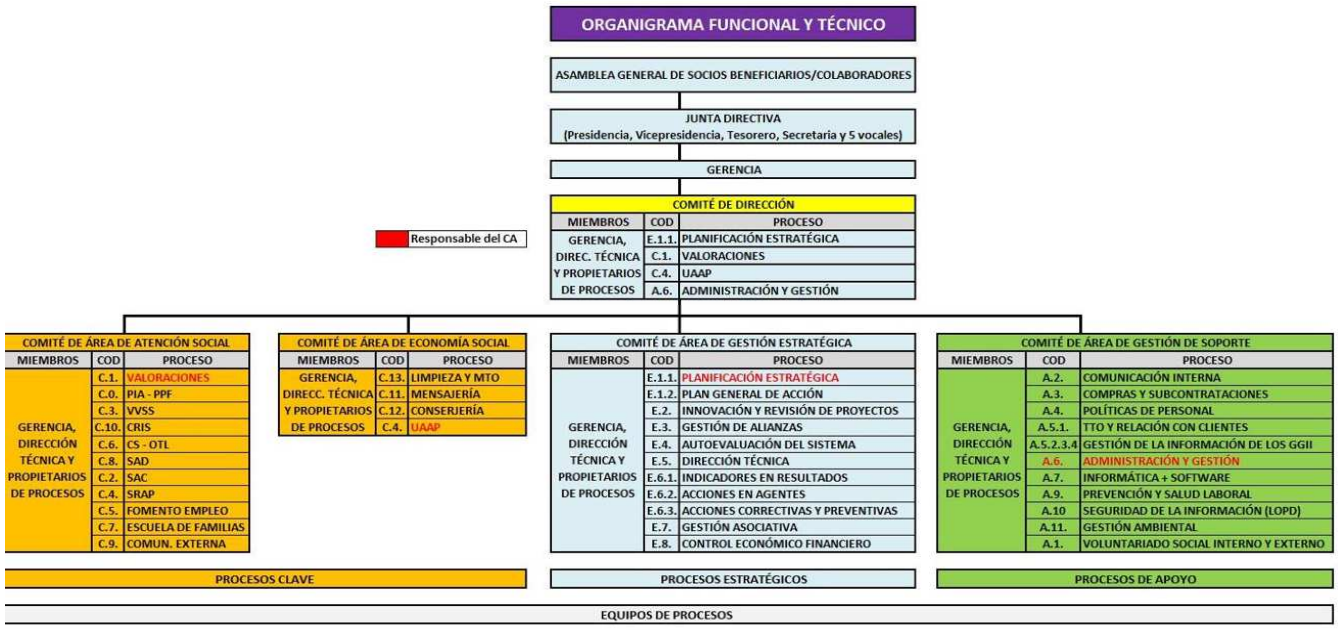
1.3. DESCRIPCIÓN DEL ORGANIGRAMA, ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN INTERNA Y PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA ENTIDAD Y SUS SERVICIOS

1.3.1. PLANTILLA Y ESTRUCTURA DE GESTIÓN Y ADMINISTRATIVA:

Actualmente en el Organigrama de Adiem se integran la Junta Directiva y el Equipo Técnico, que cuenta con una plantilla de 65 trabajadores en plantilla y 6 contratados para el cumplimiento de medidas alternativas a la contratación de personas con discapacidad, es decir un total de 71 trabajadores. Así, la plantilla, con el soporte del **equipo de gestión y administración, está** compuesta por:

- 1 Director-Gerente.
- 1 Coordinadora Técnica ï Trabajadora Social.
- 5 Psicólogos/as.
- 2 Trabajadoras Sociales.
- 2 Terapeuta Ocupacional.
- 1 Coordinadora de SAD.
- 1 Enfermera.
- 3 Técnicos en Integración Laboral y Social.
- 31 Educadores.
- 1 Administrativo.
- 12 Auxiliares de Ayuda a Domicilio.
- 3 Auxiliares Ocupacionales.
- 2 Personas con enfermedad mental grave contratadas como expertas en Salud Mental.
- 4 Personas con discapacidad en servicio de limpieza: contrato de prestación de servicios para el cumplimento de medidas alternativas a la contratación de personas con discapacidad a través de Centros Especiales de Empleo.
- 2 Personas con discapacidad en el servicio de conserjería.

1.3.2. ORGANIGRAMA DE ADIEM



- La Asamblea General es el órgano supremo de gobierno ADIEM y los acuerdos adoptados con arreglo a estos Estatutos son obligaciones para todos sus asociados. La constituyen todos los socios que satisfacen las cuotas establecidas reglamentariamente teniendo derecho a un voto.

- La Junta Directiva es el órgano de Gobierno nombrado en la Asamblea General con el fin de cumplir y hacer cumplir los acuerdos adoptados en ella, teniendo poderes para resolver, acordar y pactar todas las gestiones que estimen oportunas, dando cuenta de ellas en la próxima Asamblea General. Ostenta la representación ante las instancias públicas o privadas. Actualmente, la Junta Directiva, está compuesta de la siguiente forma, según consta en acta de Asamblea General Ordinaria de fecha 21 de diciembre de 2017:

NOMBRE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	GARGO	DNI
GERTRUDIS	MARCOS	LIZÓN	PRESIDENTA	74146340-K
EDUARDO	RIESCO	BARBERO	VICEPRESIDENTE	07770380-Z
NURIA	MEDINA	BELMONTE	SECRETARIA	45567212-A
CECILIO ALBERTO	PÉREZ	GRASA	TESORERO	74178461-B
MARIA DOLORES	CAAMAÑO	MOYA	VOCAL	32215011-S
INMACULADA	APARICIO	RAMÓN	VOCAL	74138590-E
AZUCENA	BANGO	LLANO	VOCAL	10805719-C
ANA MARÍA	SELVA	ANIORTE	VOCAL	72519513-F
AMELIA	PINTADO	LOPEZ	VOCAL	15353956-F

- Director / Gerente: dirige administra y representa (según delegación) a la entidad. Planifica, organiza, dirige y controla/evalúa todas las actividades, directamente, o través del Equipo de Dirección estableciendo procedimientos para los objetivos previstos y la instrumentación de los planes de conformidad a la determinación de las políticas emanadas de la Junta Directiva.

- Equipo de Coordinadores de Servicios / Departamentos: Son Órganos Complementarios de Coordinación, que actuando en niveles directivos (dentro de su servicio y/o programa), tratan de asegurar la participación y transparencia en la gestión además de potenciar la comunicación.

1.3.3. ORGANIZACIÓN INTERNA

Elaborados y formalizados todos los procesos de la actividad principal de la Entidad, se han desplegado a todas las áreas y niveles de la misma. El mapa de procesos se compone de 3 tipos de procesos**: estratégicos, esenciales y de apoyo**.

Los **estratégicos** lo componen 5 procesos: a) Planificación estratégica (Subprocesos de: gestión de la misión, plan anual de calidad y revisión y diseño de proyectos); b) Control de la Gestión (Subproceso de: Control económico financiero y control del Cuadro de Indicadores y de Mando); c) la Gestión de Alianzas; d) Dirección y Coordinación Técnica y por último, d) Autoevaluación del sistema, para analizar anualmente los resultados del sistema de gestión y actuar para mejorarlo e implementarlo de forma continua y satisfactoria. Los procesos esenciales están vinculados a la prestación de servicios a personas con enfermedad mental y familiares

En cuanto los **procesos de apoyo** son: a) Mejora continua (Subprocesos de: acciones de mejora, preventivas y correctivas), b) Comunicación interna, c) Compras y subcontrataciones, d) Gestión de recursos Humanos, d) Encuestas de satisfacción, e) Admón. y gestión económica, f) Gestión informática, g) Mantenimiento, h) Salud laboral y i) Seguridad de la Información.

ADIEM, a través de su mapa de procesos, desarrolla los **procesos esenciales relacionados con la prestación de Servicios** de forma continuada, con los cuales el Servicio de Apoyo Comunitaria, se coordina a través del trabajo en red:

1. Valoración Multidisciplinar.
2. Viviendas Tuteladas.
3. Centro de Rehabilitación e Integración Social de Torrevieja (CRIS ADIEM).
4. Servicio de Rehabilitación y Apoyo Personal.
5. Servicio de Ayuda a Domicilio a Personas en Situación de Dependencia.
6. Servicio de Club Social Ocio y Tiempo Libre.
7. Grupos de Ayuda Mutua para famias ï Escuela de Familias.
8. Campañas de Sensibilización, Captaciön Formación Voluntariado.
9. Talleres de Motivación para el Empleo y Talleres de Habilidades Prelaborales para personas con enfermedad mental.

1.3.4. PRINCIPIOS DEL METODO DE GESTIÓN:

El Equipo de Dirección eleva a la Junta Directiva de la Asociación la propuesta del **Plan Óperativo y Estratégico** diseñado tras realizar un estudio y valoración sobre la situación real de nuestra comunidad, atendiendo especialmente el resto de recursos sociales existentes y creando un importante espacio de trabajo que permiten identificar las necesidades y las demandas.

De cada uno de los Servicios y Centros, se realiza un **estudio valorativo** al final del año para reformular y reajustar los mismos en función a la experiencia obtenida y el alcance de los objetivos en cada uno de ellos, esto es idoneidad del Servicio. El resultado del estudio valorativo corresponde a la valoración continuada que de forma bimensual se mantiene sobre el funcionamiento de todos los servicios que en ADIEM se prestan.

La **evaluación continua** se realiza a través de la utilización de escalas cualitativas y cuantitativas elaboradas específicamente para el Servicio/Recurso en cuestión. Para ello, se mantienen reuniones con los agentes socio-sanitarios implicados directamente a fin de aunar esfuerzos en las líneas a seguir dentro de la coordinación establecida.

Para ello se establece **la coordinación** con las siguientes instituciones:

- Coordinación con Servicios Sociales Generales: esta coordinación será básica para favorecer a las prestaciones básicas de servicios sociales que les resulten necesarias y además fomentará el trabajo de integración comunitaria y el uso de recursos sociales a desarrollar con cada usuario.
- Coordinación con las Unidades de Salud Mental responsables de que los mismos reciban la atención y seguimiento psiquiátrico a través de consultas y revisiones periódicas en la propia unidad.
- Coordinación con los recursos sociales especializados u otros relacionados con la atención sociosanitaria del usuario.
- Coordinación con otros recursos comunitarios.

ANEXO 2. CAPACIDAD DE GESTIÓN: EXPERIENCIA Y ESTRUCTURA EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

2.1. HISTORIA. OBJETIVOS, MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y PLAN ESTRATÉGICO

Creada en 1997, por un grupo de familiares de personas con enfermedad mental que inicialmente desarrolla acciones hacia la sensibilización social y la reivindicación de servicios y recursos para personas con enfermedad mental en la Provincia de Alicante, la Asociación para la Defensa e Integración de Personas con Enfermedad Mental (en adelante ADIEM) es una Asociación sin Ánimo de Lucro, formada por 262 socios entre personas con Enfermedad Mental, familiares y personas sensibilizadas con el sector, prestando especial atención a la creación y gestión de los primeros recursos para personas con enfermedad mental de la Provincia de Alicante. Por todo ello, ADIEM viene emprendiendo acciones para poner a disposición de las personas con enfermedad mental y sus familias, las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida, así como impulsar principios básicos como son: la ñIgualdad de oportunidadesò, la ñIntegración Socialò y la ñNormalizaciónò para vivir en comunidad. Además, ADIEM pertenece a la Federación Salud Mental Comunidad Valenciana y a la Confederación Española Salud Mental España en las cuales tiene una participación activa.

En el año 2016 se formuló la tercera versión de **Misión, Visión, Valores y Objetivos** de ADIEM, incluida en su Plan Estratégico 2016-2019, que a continuación se presenta:

Misión: La misión va dirigida a la sociedad para ofrecer información, sensibilización y responsabilidad social corporativa, a la administración dirigida hacia la financiación y reivindicación, y a la propia asociación para empezar a desarrollar la calidad, empezar a definir procedimientos, crear grupos de trabajo, evaluación y administración. Su misión es ser una asociación sin ánimo de lucro, independiente, cuya finalidad es defender los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias y proporcionar los medios necesarios para mejorar su calidad de vida. Como actividades prioritarias están la información, sensibilización social, reivindicación y prestación de servicios y programas necesarios para la consecución de sus fines.

Visión: Hacer una entidad referente y líder en sector y territorio como defensora de los derechos de las personas con enfermedad mental y familiares, de la mejora de su calidad de vida y como gestora de servicios de atención a los mismos.

Valores:

- ***Solidaridad****:* Comprender y compartir, acogiendo a cualquier persona con discapacidad y familiar que necesite ayuda atendiendo sus necesidades de forma integral, facilitando el intercambio de experiencias e información entre asociados.
- ***Democracia****:* Respetar distintas opiniones buscando consenso y participación de todos los socios en decisiones importantes
- ***Transparencia****:* Definir procesos de acceso a una información clara.
- ***Justicia****:* Reivindicación de los derechos, normas y procedimientos de la entidad.
- ***Igualdad****:* Cada caso se atenderá de forma individualizada, atendiendo a sus necesidades y las posibilidades de la Entidad.
- ***Viabilidad****:* Desarrollar actividades, servicios y programas que estén dentro de las estrategias y capacidades de la entidad.

La Dirección de ADIEM tiene un compromiso absoluto con su misión, visión y valores y lo demuestra a través del cumplimiento de las líneas y objetivos estratégicos con los recursos actualmente disponibles.

El año **2019** supone para ADIEM un compromiso con todos los agentes implicados en nuestros fines y un compromiso hacia la mejora de la calidad de la gestión del conjunto de la entidad. Y esto, antes planteado como un reto, supone una mentalidad proactiva hacia la **mejora continua**.

Entre sus **objetivos** se encuentran los siguientes:

- ✓ Colaborar en la gestión de recursos y la creación de programas destinados a la recuperación e integración social que mejoren la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familiares.
- ✓ Promover en la Administración Pública los medios para lograr una atención integral en el proceso rehabilitador, la mejora los servicios existentes y el cumplimiento de los derechos de las personas con enfermedad mental y familiares.
- ✓ Emprender acciones de sensibilización social que favorezcan el conocimiento de la enfermedad mental en nuestra sociedad de forma real y objetiva.

La estrategia de ADIEM se resume también en el Plan Estratégico en vigor 2016-2019, en el que se marcan las líneas estratégicas principales y los objetivos estratégicos que dimanan de cada una de ellas y que son revisados anualmente. Las **5 líneas estratégicas** de la entidad son las siguientes:

1. Crear un modelo organizativo más eficaz y eficiente para la calidad y el reconocimiento público.
2. Mejorar los procesos de comunicación interna y externa de la misión y valores de ADIEM
3. Fomentar la investigación y la formación sobre salud mental y los derechos de las personas con enfermedad mental
4. Asegurar un modelo de Financiación que aumente nuestra viabilidad y sostenibilidad
5. Crear Servicios para personas con enfermedad mental y familiares.

Este Plan era necesario para conseguir ampliar y mejorar nuestro ámbito de actuación y de gestión de servicios, así como disponer de una estructura profesionalizada más eficaz, junto con la implantación de un sistema de calidad. Pero no solo hemos querido seguir creciendo en calidad, sino también en cantidad, ampliando el número de servicios, centros y personas atendidas durante este año.

En base a sus **Estatutos** entre los fines de la Entidad está como principal la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental y la de sus familiares, al amparo del art. 9.2 de la C.E., y los siguientes fines:

1. Defender los derechos e intereses de los enfermos mentales y familiares.
2. Revindicar la creación de servicios alternativos públicos especializados.
3. Exigir la adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, en favor de su rehabilitación, reinserción social e integración laboral.
4. Intervenir en los problemas que afecten al Colectivo y que estén en concordancia con los presentes Estatutos y demás normas determinadas por los Órganos Directivos.

5. Promover la sensibilización y mentalización social hacia las personas con enfermedad mental y sus familias, llamando la atención sobre la marginación y discriminación existentes en los aspectos sanitarios, sociales y laborales.
6. Colaborar en la gestión de recursos y la creación de programas destinados a la rehabilitación e integración social que mejoren la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.
7. Promover iniciativas legislativas, dirigidas a la Salud Mental tanto en el ámbito Estatal como Autonómico y Local. Art. 9.2 C.E..
8. Divulgar y aplicar los trabajos de investigación sobre nuevas técnicas y tratamientos de la enfermedad mental, aspectos sanitarios y socio-laborales.

2.2. CENTROS O NUCLEOS DE ACTIVIDAD Y EXPERIENCIA EN GESTIÓN DE SERVICIOS SOCIALES O SANITARIOS ï TRABAJO EN RED

Actualmente ADIEM está trabaja en el ámbito de la rehabilitación y atención diurna, a nivel residencial y a nivel preventivo con una red de dispositivos coordinados entre si y gestionados a través del Modelo EFQM de Excelencia Europea implantado en todos los servicios y actividades de la entidad. También realiza actividades de sensibilización e información. Es una Asociación de ámbito provincial, cubriendo la provincia de Alicante y actualmente dispone de los siguientes **Centros o Núcleos de Actividad:**

1. Sede-Delegación de Alicante (Centro de Recursos ñMindò Calle Hércules, 28-30, Bajo, CP: 03006, Alicante (Alicante)
2. Centro de Recursos ñSentitò Calle Transportes, 4, CP: 03008, Alicante (Alicante).
3. Sede de Orihuela: Pza. Torrevieja, Bloque I, Bajo. CP: 03300. Orihuela (Alicante).
4. Centro de Recursos Padre Jofré, C/ La Paz, 194. CP: 03182. Torrevieja (Alicante).
5. Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS ADIEM), Avda. de Cortes Valencianas, 83, CP: 03182. Torrevieja (Alicante)
6. Centro de Atención Social: Pza. San Andrés, S/N. CP: 03160. Almoradí (Alicante).
7. Vivienda Tutelada Thader, C/ Sol, nº 15, 4º B. CP: 03300. Orihuela (Alicante).
8. Vivienda Tutelada Oriol, C/ Duque Tamames, 43,4º, CP: 03300 Orihuela (Alicante)
9. Vivienda Tutelada Eras de Sal, C/ San Emigdio, 47, B-A. CP: 03182.
10. Vivienda Tutelada ñLa Barracaò Rosalía de Castro, 37, CP: 03184. Torrevieja.
11. Vivienda Tutelada ñTossalò Avda. de Alcoy 48, 2º-C, CP: 03006. Alicante
12. Vivienda Tutelada ñBenacantilò Avda. de Alcoy 48, 2º-C, CP: 03006. Alicante.

Actualmente, ADIEM está prestando los siguientes **Servicios de Atención Social, Sanitaria y Laboral, durante los últimos 21 años:**

1. Servicio de Valoraciones y SIOA (Información, Orientación y Apoyo): Consulta jurídica, administrativa y psicosocial y de apoyo ante cuestiones relacionadas con el ámbito de la salud mental.

-Actividades: Seguimiento y apoyo a afectados y familiares. Orientación e información sobre derivación o canalización a otros recursos y servicios sociales y / o sanitarios. Apoyo y seguimiento. Coordinación externa.

- Personas atendidas en el año 2018: 343 personas con enfermedad mental y 208 familiares o cuidadores.

- Año de puesta en marcha: 2003.

2. Servicio de Rehabilitación y Apoyo Personal: Destinado a personas con enfermedad mental grave, con un importante deterioro de sus capacidades funcionales, son un conjunto

de prestaciones que pretenden optimizar el nivel de funcionamiento mediante actividades que mejoran competencias personales y sociales

-Actividades: Evaluación psico-social. Rehabilitación Cognitiva. Autocuidados y Actividades de la Vida Diaria, Psicomotricidad. Relaciones y habilidades sociales. Psicoeducación y prevenir recaídas. Integración comunitaria.

- Personas atendidas en el año 2018: 149 personas con enfermedad mental grave y 112 familiares o cuidadores principales.

- Año de puesta en marcha: 2007.

3. Servicio de Intermediación Laboral y Fomento de Empleo: Servicio de Formación e Intermediación entre los recursos formativo-laborales y personas con enfermedad mental que se encuentran en proceso de capacitación laboral o búsqueda activa de empleo.

-Actividades: Evaluación de necesidades formativo-laborales. Diseño y desarrollo del Itinerario Personal de Inserción Laboral. Actuaciones para favorecer la búsqueda activa de empleo. Actuaciones de capacitación en habilidades pre-laborales. Fomento de colaboración con entorno formativo-laboral. Seguimiento de prácticas en empresas.

- Personas atendidas en el año 2018: 33 personas con enfermedad mental con capacidades para formación e inserción laboral.

- Año de puesta en marcha: 2006.

4. Servicio de Apoyo Comunitario Domiciliario: Es un conjunto de prestaciones de carácter psicosocial dirigido a personas con enfermedad mental grave, con el fin de que se mantenga en su entorno comunitario con una calidad de vida digna realizando para ello una intervención a nivel preventivo, educativo y rehabilitador.

-Actividades: Programa de Autocuidados y salud, Automedicación y prevención de recaídas. Competencia personal y autocontrol. Relaciones interpersonales e integración comunitaria.

- Personas atendidas en el año 2018: 96 personas con enfermedad mental grave y 84 familiares o cuidadores principales, en la que tiene como objetivo la prevención de recaídas y mejora de habilidades básicas e integración comunitaria en domicilio.

- Año de puesta en marcha: 2004.

5. Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS ADIEM): Servicios dirigidos a personas con enfermedad mental con necesidades de apoyo en su vida personal, laboral y social, y que tienen como objetivo la adquisición de competencias relacionadas con las siguientes actividades.

- Actividades: Programa de Habilidades Sociales, psicoeducación, actividades de la vida diaria, control de estrés y ansiedad, psicomotricidad o estimulación cognitiva.

- Personas atendidas en el año 2018: 88 personas con enfermedad mental grave y 76 familias o cuidadores.

- Año de puesta en marcha: 2012.

6. Seis Viviendas Tuteladas: Hogares funcionales insertados en la comunidad, en los que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo de personas con enfermedad mental crónica, con necesidad de apoyo intermitente o limitado.

-Actividades: Asistencia, apoyo o supervisión. Alojamiento y manutención. Actividades de convivencia, cooperación y autoayuda. Colaboración para la búsqueda de recursos específicos. Integración en el entorno.

- Personas atendidas en el año 2018: 35 personas con enfermedad mental grave y 27 familiares o cuidadores principales, a quienes se presta atención residencial las 24 horas del día, todos los días del año.

- Año de puesta en marcha: 2003.

7. Servicio de Ayuda a Domicilio: El Servicio de Ayuda a Domicilio es un servicio comunitario que pretende potenciar en el domicilio y entorno de la persona, por un lado, las habilidades sociales, capacidades conductuales, el nivel de autonomía, la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. Desde el ámbito familiar se trata de ampliar la red de apoyo a la familia y las habilidades para la resolución de conflictos.
- Actividades: apoyo en los cuidados personales y los cuidados domésticos del hogar haciendo apoyo en las tareas básicas del hogar como limpieza, vestido o alimentación.
- Personas atendidas en el año 2018: 39 personas en situación de dependencia.

8. Club Social de Ocio: Programa ofrece una variedad de actividades de ocio y tiempo libre que favorezcan el disfrute del mismo para mejorar su calidad de vida.
-Actividades: Actividades Culturales/Deportivas/Lúdico-festivas. Salidas y Excursiones. Programa Vacaciones.
- Personas atendidas en el año 2018: 60 personas con enfermedad mental grave.
- Año de puesta en marcha: 2003.

9. Escuela de familias / Información, apoyo y Asesoramiento a Familiares de personas con Enfermedad Mental.
- Personas atendidas en año 2018: 37 familiares de personas con enfermedad mental.
- Año de puesta en marcha: 1998.

10. Campañas de sensibilización. Dirigido a la sociedad, para sensibilizar en la salud mental. Jornadas de Sensibilización Social y mentalización sobre salud mental a la población en general para reducir estigma social. La campaña alcanza a 615 personas.
- Año de puesta en marcha: 1998.

11. Voluntariado Social. 64 Voluntarios de participan en actividades de Ocio y Tiempo Libre del Club Social.
- Año de puesta en marcha: 2004.

2.3. PRESUPUESTO ANUAL DE ADIEM - AÑO 2019 (Aprobado el 12/06/2019)

PRESUPUESTO ADIEM 2019

INGRESOS	PRESUPUESTO	% TOTAL	æ% 2018
1. TOTAL INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PROPIA	**2.021.547,00 ú**	**96,26%**	
1.a) Cuotas de asociados y afiliados	16.529,00 ú	0,79%	
1.b) Aportaciones de usuarios	179.411,18 ú	8,54%	
1.c) Ingresos de promociones y patrocinadores	9.037,05 ú	0,43%	
1.d.1) Subvenciones públicas imputadas al excedente	1.799.009,23 ú	85,67%	
1.d.2) Subvenciones privadas imputadas al excedente	10.700,00 ú	0,51%	
1.e) Donaciones y legados imputados al excedente	6.860,54 ú	0,33%	
11. SUBVENCIONES, DONACIONES Y LEGADOS AL CAPITAL	**78.453,00 ú**	**3,74%**	
a) Sub. capital traspasadas al excedente	78.453,00 ú	3,74%	
b) Resultados por enajenaciones y otras		0,00%	
13. RESULTADOS POR ENAJENACIONES Y OTRAS	**0,00 ú**	**0,00%**	
14. INGRESOS FINANCIEROS	**0,00 ú**	**0,00%**	
TOTAL INGRESOS	**2.100.000,00 ú**	**100,00%**	**23,34%**

COMPRAS Y GASTOS	PRESUPUESTO	% TOTAL	æ% 2018
60. COMPRAS / APROVISIONAMIENTOS	**41.285,79 ú**	**1,97%**	
602. Compras y otros aprovisionamientos.	41.285,79 ú	1,97%	
607. Trabajos realizados por otras entidades.		0,00%	
62. SERVICIOS EXTERIORES.	**305.128,65 ú**	**14,53%**	
621. Arrendamientos y cánones.	103.705,56 ú	4,94%	
622. Reparaciones y conservación.	25.871,35 ú	1,23%	
623. Servicios de profesionales independientes.	28.830,00 ú	1,37%	
624. Transportes.	4.700,00 ú	0,22%	
625. Primas de seguros.	12.268,67 ú	0,58%	
626. Servicios bancarios y similares.	3.200,00 ú	0,15%	
627. Publicidad, propaganda y relaciones públicas.	3.897,47 ú	0,19%	
628. Suministros.	45.920,51 ú	2,19%	
629. Otros servicios.	76.735,09 ú	3,65%	
64. GASTOS DE PERSONAL.	**1.619.097,65 ú**	**77,10%**	
640. Sueldos y salarios.	1.234.268,55 ú	58,77%	
642. Seguridad Social a cargo de la entidad.	384.829,10 ú	18,33%	
65. AYUDAS MONETARIAS Y OTROS GASTOS.	**4.000,00 ú**	**0,19%**	
650. Ayudas monetarias	4.000,00 ú	0,19%	
655. Pérdidas de créditos incobrables derivados act.	0,00 ú	0,00%	
66. GASTOS FINANCIEROS.	**17.791,17 ú**	**0,85%**	
669. Otros gastos financieros.	17.791,17 ú	0,85%	
67. PÉRDIDAS Y GASTOS EXCEPCIONALES.	**190,00 ú**	**0,01%**	
678. Deterioro y resultado por enajenaciones.	190,00 ú	0,01%	
68. DOTACIONES PARA AMORTIZACIONES.	**112.506,74 ú**	**5,36%**	
680. Amortización del inmovilizado intangible.	66.906,67 ú	3,19%	
681. Amortización del inmovilizado material.	45.600,07 ú	2,17%	
682. Amortización de las inversiones inmobiliarias.		0,00%	
TOTAL COMPRAS Y GASTOS	**2.100.000,00 ú**	**100,00%**	**24,60%**

BALANCE (SUPERAVIT / DÉFICIT)	**0,00 ú**