



**INTERVENTION IN SOCIAL INCLUSION UNDER THE PARAMETERS OF THE
PACT: *Pro Active Case-based Targeted Model***

INTERVENTION MANUAL

(V.7)

**“ACCOMPANYING USERS IN THEIR SOCIAL INCLUSION
PROCESSES”**



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

Document information *12.12.17_WP3_E_01_FINAL*

DELIVERABLE

Document title:	PACT Intervention Manual
Document owner:	PACT
Document author:	Responsible entity WP3/5, Pilot Participants (WP5) and Support Teams.
Distribution status:	Support Team/ Pilot Team Members.
Version:	V7-FINAL
Date:	Dec 12, 2017

All rights reserved

This document belongs to the PACT Project and its partners. Its copy or distribution is hereby prohibited in any form or by any means without express authorisation by the owner of the rights.

This document reflects the author's opinion. The European Commission shall not be held liable for the uses made of its contents.

One of the key features of the PACT project (together with the population-oriented care and the networked operation) is the implementation by the CASE MANAGERS (case coordinators) of a shared intervention model based on people empowerment.

PURPOSE: To develop a new model to attend persons at risk or exclusion based on the empowerment of people through the development of skills for autonomy, which is able to offer unified and comprehensive response to the needs of the people. (PACT-project. Description of the action P.58)

From the interventions performed by the thirty professionals of the LOCAL EXPERT TEAMS, specially from the sessions on presentations of actual cases, from the SUPPORT TEAM's reflections and from the pilot experimentation with actual cases since February 2017, enough practice and evidence have been gathered to elaborate this MANUAL which collects the master lines followed by the professionals of the experimental phase of the PACT PILOTS.

It is a material open to changes which may derive from the knowledge generated during the implementation of the experimental phase of the PACT project.

After the execution of the PACT experimentation and in view of its outcomes, some of its contents will be selected or modified to widen its scope.



TABLE OF CONTENTS

1.	IMPACTS OF THE PACT INTERVENTION MANUAL	5
2.	INITIAL RECIPIENTS OF THE EXPERIMENTAL SOCIAL INTERVENTION.....	7
3.	DESCRIPTION OF THE PACT MODEL	9
3.1.	CHANGE OF PROFESSIONAL APPROACH: FROM THE NECESSITY TO THE APPRECIATIVE APPROACH.....	13
4.	PACT PROFESSIONAL ROLES	15
4.1.	BASIC PROFESSIONAL ROLES OF THE PACT PILOTS	15
4.1.1.	Reference Professional	15
4.1.2.	Case Manager (in PACT: <i>High Quality Case Manager, occasionally called “case coordinator”</i>)	15
4.1.3.	PACT Support Team Professionals.....	16
5.	PHASES (STAGES) OF THE PACT INTERVENTION MODEL.....	17
5.1.	DISCOVER STAGE (<i>contact and analysis</i>).....	20
5.2.	DREAM STAGE (<i>wishes, motivations and leverages</i>).....	24
5.3.	DESIGN STAGE (<i>case plan</i>).....	32
5.4.	DESTINY STAGE (<i>deployment and accompanying</i>)	36
6.	COLLABORATIVE WORK (PILOT TEAM AND NETWORK).....	39
6.1.	FUNCTIONS OF THE PILOT TEAM.....	39
6.2.	PILOT TEAM SESSIONS.....	40
6.2.1.	STANDARD sessions.....	40
6.2.2.	AD HOC sessions.....	41
6.2.3.	Sessions with PACT evaluators	41
7.	ANNEXES	43
	DOCUMENTOS PACT.	43
	I.- Carta invitación a participantes.....	45
	II.- HS resumida	49
	III.- HS completa (estructura de información compartida en PACT)	53
	IV.- Consentimiento informado.....	59
	V.- Modelo de plan de Caso	65
	VI.- Mapa de recursos de la Red: ESTRUCTURA	71
	VII NOTAS METODOLÓGICAS (APRENDIZAJES INICIALES APORTADOS POR LOS ETL durante la fase de diseño del modelo de intervención)	79





The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

1. IMPACTS OF THE PACT INTERVENTION MANUAL

As a key objective, the PACT suggests **going beyond the merely palliative, care-related and accurate perspective** of the interventions of the social services, specially on situations of poverty aggravated by other factors and personal circumstances.

Before the PACT...

Upon specific requests made by an individual or family in need and/or at risk of exclusion to a public or private organisation of the Social Services System, the existing resources of the addressee (benefits and services of their “catalogue”) are allocated to said specific situation of necessity (socioeconomic circumstances and need for support).

The professional task is focused on relating each need with a resource and allocate as many as convenient and available. Thus, users may become passive “user-recipients” of those resources allocated by the system.

Different demands require making different “requests” to different entities.

Generally speaking, unlike the benefits and the services provided, the case as a whole, its progresses and setbacks are not monitored in all their dimensions.

After the PACT...

The starting point must be a joint assessment process led by two experts: the reference expert-professional and the expert-user. The professional expert uses multidimensional diagnosis tools of exclusion, the results of which are shared and completed with the user. The latter must design and assume an explicit itinerary based on their life project, where they are shown what specific support they need in order to go over the phases of such a project.

The role of the CASE MANAGER must be to verify compliance with the itinerary phases and the removal of any obstacles which may arise, specially those from the System-Network itself, therefore acting as enhancer.

The approach is promotional, qualifying and appreciative. It is diagnosed not from the lack, but from the potential. The aim is to develop skills for autonomy. The final goal is to take those individuals and families out of system dependence and transform them into a valuable resource for community.

(Project submitted to EASI 2014-2020: PACT-project. Description of the action pp. 30-31)



KEYS OF THE PACT INTERVENTION MODEL	
<i>epistemological:</i>	<i>organisational:</i>
INTEGRAL APPRECIATIVE QUALIFYING	OPEN FLEXIBLE SHARED

The PACT seeks to have a greater and better social intervention impact through an **INTEGRAL, APPRECIATIVE AND QUALIFYING MODEL**:

- **Integral**, because it pursues a **comprehensive view** on the situation of the people in their context so as to consider the factors which influence it, the interrelations between them (their cumulative and/or multiplier factors) and the multidimensionality typical of the integration-exclusion processes.
- **Appreciative**, because it must locate and activate the power necessary for change (motivation) by focusing on the **opportunities, the dreams and the life projects** of the people, far from only identifying their lacks as usually done by professionals.
- **Qualifying**, because it **seeks to empower people** so that they can design their own improvement itineraries and make decisions with respect to their processes of change.

To make it possible, from the organisational and professional perspectives, an **OPEN, FLEXIBLE AND SHARED** case intervention model is suggested.

- **Open**, because it must be continuously revised basing on the knowledge collected by experts and professionals participating in the PACT (Research - Participative action).
- **Flexible**, because it must allow for maximum adaptation to the different profiles (clusters) of users (participants¹) to be intervened.
- **Shared (NETWORK)**, because it will be common and applicable by ALL professionals involved, regardless of the level of the intervention (primary or specialised care) or of the organisation to which they belong (Public Administration or an entity of the Third Sector Social Action [or TSSA] of the Network).

¹ The Network professionals (specially those related to the Third Sector) suggest the use of the term “*PARTICIPANT*” to gradually replace the term “*USER*”. In this manual, both terms will be used almost indistinctively although there are major connotations in between regarding the intervention subjects’ active or passive position towards the care.



2. INITIAL RECIPIENTS OF THE EXPERIMENTAL SOCIAL INTERVENTION

From the PACT Project, a multi-agent case-based social intervention model is being tested in a controlled sample of subjects whose sole common characteristic is that they are recipients of the Minimum Integration Income benefit (hereinafter MII) of Castilla y León, and that they are residents of one of the territories where the project is developed (cities of Salamanca, León, Valladolid and the province of Valladolid).

Thus, it can be anticipated that the cases where the experimental model is to be implemented shall present serious and objective difficulties from a merely economic viewpoint (available income), an issue which is always catalogued in PACT in broad terms as a situation of “*exclusion*” or “*at risk of exclusion*”.

The diagnosis of the situation anticipated by the standard tool **MDTSE (Multidimensional Diagnosis Tool of Social Exclusion)** shall possibly reflect minor differences in economic values (income/debt/deprivation) among **participants**, as all of them are in income thresholds of technical poverty (income below 60% the income median in the area NUTS ES41- Castilla y León) or severe poverty (below 30%).

Apart from their relationship with the MII and their economic precariousness, these cases shall present -intentionally and with due control of the sample randomness- very variable profiles as per **other key factors**, such as:

- Social benefit receipt times, regularity and range.
- Specific or frequent contact with different social services agencies (either public or of the TSSA) throughout the previous years.
- The subjects’ ages and family configurations.
- The social-cultural characteristics of the case.
- The current situation of other dimensions analysed by the MDTSE tool (employment/employability, health, home/environment, personal state, relationships with the environment and within the cohabitation unit).
- The severity/urgency of certain situations of necessity.
- The amount of personal resources and those of the environment (available and to be mobilised).

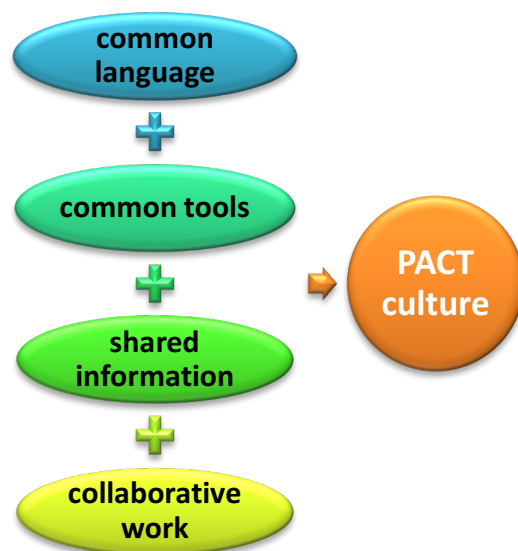
Each case is unique, which involves many aspects of the intervention of which classification in categories, flow charts or pre-established protocols is actually unfeasible due to the open and uncertain nature of their evolution. Nevertheless, it is essential to standardise some of the procedures: intervention phases, ways of access and exits of the programme, communication between the agents, protocols, tools, etc.



The development of a **SHARED MODEL** among professionals from different entities of the Public Responsibility Social Services System (established as a public-private Network) is then justified and shall be reflected not only in the **sharing of said protocols and instruments**, but also in the sharing of the **case approach** and the **evidence derived from intervention**.

Control over the common elements in the interpretation of the situations and their treatment (*case or approach reading*); the shared languages, tools and protocols (shared information systems, common records summary, informed consent protocol, diagnosis tool, case plan form, resource map, etc.) and the possibility to share and coordinate the resources of the public-private Network are essential features to enable systematisation of all the knowledge gathered.

Then, **that common language and tools, as well as the shared information and the networked collaborative work** are the elements which shall make up the PACT professional culture and which will ensure a common intervention procedure.



The goal of the PACT, in this respect, is to test the elements shared by the mixed professional teams from different entities and organisational levels.



3. DESCRIPTION OF THE PACT MODEL

... the model **reduces the phenomenon to its baselines**, transforming reality into a logical language which serves as a structural support to attempt to explain and assess the effectiveness of the hypothesis, with a later verification of its functioning in the reality and selecting, among the possible models, those which best adapt to the phenomenon studied, according to prior experiences. (...) The models seem to be **successive approaches to phenomena, constructs increasingly improved or adapted from the objective response offered by reality**. The model is valid when is capable to «adapt» to reality, «coincide» with it. (Viscarret Garro. 2007)²

All entities to intervene in the PACT project cases are professionals qualified in social affairs, are therefore knowledgeable enough about the matter and have valuable specific practical experience.

The hierarchical-organisational dependence on the different agencies or entities, either public or private, and their functional level (basic/general or specialist) is another factor which may determine each specific “philosophy” or view on the intervention.

Thus, the **intervention model** is intended to be open enough to comfortably cover the different orientations, but while containing and keeping some common procedures which must be brought into play by all the professional agents.

“Model” means a **way to perceive and construe reality** that, in this case, is far from being closed. Instead, it is experimental, tentative and therefore sensitive to variations according to experimental evidence.

Following Lutz’s (1970) classical scheme³, when using the concept of “model”, the following aspects must be identified at least:

1. *The type of phenomena addressed by the model.*
2. *The conceptual content used (theoretical frameworks).*
3. *The nature of the intervention.*
4. *The nature of the institutional means or frameworks.*
5. *The “sociology” of the practice contained in the model (manner and intensity).*
6. *The underlying values and ethics.*
7. *The way to conceive the troubled individual.*
8. *The nature of the meaningful relationship between the professional and the person.*

² Viscarret Garro (2007) Modelos de intervención en Trabajo Social. [Models of intervention in Social Work.] Alianza Editorial.

³ Lutz, W. A. (1970): *Emerging Models of Social Casework Practice*. Mimeo: University of Connecticut School of Social Work, quoted by Viscarret Garro, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. [Models and methods of intervention in Social Work.] Madrid: Alianza Editorial (pp. 302-303)



Implemented in the PACT intervention model, the content of the above aspects is reflected in the following chart, which summarises up the **PACT PHILOSOPHY or CULTURE**:

PRO ACTIVE CASE-BASED TARGETED MODEL	
1. TYPE OF PHENOMENA ADDRESSED BY THE MODEL	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Broadly speaking, social exclusion processes and new forms of poverty (fall into spirals of exclusion). ☉ Cumulative, complex and multidimensional risks. ☉ Dependence on social benefits (minimum income/emergency benefits) and chronicity in situations of necessity (with no exit/future). ☉ Poverty or exclusion transmission generation after generation in affected cohabitation units (...when “discharged” individuals repeat patterns).
2. CONCEPTUAL REFERENCES	<ul style="list-style-type: none"> ☉ The exclusion (or risk) processes are: <ol style="list-style-type: none"> a) Complex: simple causality does not apply (where one certain cause provokes a given effect). Situations result from a particular combination of several factors. b) Multidimensional: there are different dimensions affected to a lesser or greater extent (economic; labour; home and environment; health; personal and relational). c) Procedural: exclusion is a “process” rather than a “state”. It is also a constant process of (positive or negative) evolution. ☉ Significant changes (improvement) in situations-problems will only be produced from the desire; the decision of the affected people or person and the action included in a balance (diagnosis), aligned with their life project. ☉ Appreciative approach and dialogue as key tools: <i>in every system, something works</i> (Cooperraidner 2005)⁴. It is necessary to uncover (help discover) all the personal and relational potential (Socratic maieutics). ☉ Improvement in some of the dimensions affected provokes an alteration in the dynamic equilibrium of forces (Theory of Systems and the Force Field of K. Lewin⁵). ☉ During professional intervention, it is necessary to locate and specify: a) the motivation or power for change and b) the specific leverage point/s of for change. ☉ The “case reading” or approach is done with the aid of some complexity principles (Morin, 1990)⁶. Specially: <ol style="list-style-type: none"> a) Recursiveness: both the situation and the intervention are conceived as recursive processes where results are, in turn, cause and effect of the subsequent processes. b) Hologrammatical principle⁷: usefulness of simultaneous induction and deduction derived from the observation of the parts and the whole. ☉ Reality is built upon the creation of own narratives (<i>autopoiesis</i> of Maturana’s constructivist paradigm⁸).

⁴ Cooperrider, D & Whitney, D (2005) – Appreciative Inquiry – A Positive Revolution in Change, Berrett-Koehler

⁵ It will be essential to understand the idea of “force field” provided by Lewin to implement the MDTSE tool. Considered one of the founders of social psychology, Lewin (gestaltist) thought that behaviour results from the person’s interaction with the environment and borrowed the “force field” idea from the Physics, where the state of each factor (personal or environmental) affects the rest of forces in dynamic equilibrium.

⁶ Morin E. (1990). Introducción al pensamiento complejo [Introduction to complex thought] (Gedisa)

⁷ According to this principle, the part is contained in the whole and the whole is contained in the part simultaneously.

⁸ Humberto Maturana’s *autopoiesis* concept is explained in his Theory of the Biology of Cognition and developed in the social field by Niklas Luhmann. It states that the living systems tend to self-produce not only in terms of physical components, but also in terms of their organisation. See *Autopoiesis and Cognition* by Maturana H.R. and Varela F.J. (Dordrecht, Holland: D. Reidel, 1980) and Niklas Luhmann. (1998). *Sistemas sociales* [Social systems], (Barcelona: Anthropos). This “self-construction” of systems is the base of the so-called Constructivist thinking.



<p>3. THE NATURE OF THE INTERVENTION</p> <p>a) OBJECTIVES</p> <p>b) PRINCIPLES OF ACTION</p>	<p>a) Objectives (one or several, depending on the case):</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Understand the people in their situation (social diagnosis with dialogue and participation). ☉ Discover and assess what works “well” in the case, that is: positive elements/ own resources/ assets of the person and their environment, which help them overcome the situation. ☉ Find the leverage points for change (motivations/ dreams/ crises). ☉ Empower the user. ☉ Return diagnosis (participation diagnosis mirror) and dialogue. ☉ Maieutic dialogue (<i>discover; dream; design; destiny</i>). ☉ Also: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Slow down / revert worsening trajectories. ▪ Avoid / prevent chronic dependence on social benefits. ▪ Avoid / prevent transmission of poverty/exclusion generation after generation. <p>b) Principles of action</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Each person is unique. Each process is different. ☉ The main resources are the users themselves (in their context). The next essential resource is the professional (support) system. ☉ Access to benefits and services is not the aim of the intervention: it is an instrumental intervention. ☉ Authentic participation of the person attended to (against the passivity involved in the process request-processing-receipt of benefits/services). ☉ User empowerment. Users must gradually gain and assume control and responsibility to act on their own situation. ☉ Supremacy of support/accompanying over control/assistentialism. ☉ Integral view on actions: coherent organisation of the different care actions, intensities and times from Reference Professionals and Case Management (see Roles). ☉ Knowledge systematisation and dissemination. Each learning/result must be registered as scientific evidence and disseminated.
<p>4. INSTITUTIONAL FRAMEWORK FOR USE OF THE MODEL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Care from the Public Responsibility Social Services (both public and from the TSSA entities). ☉ NETWORK AGREEMENT: collaborative (synergetic) approach among agencies: information, model and shared resources. ☉ Collaborative approach among professionals (case sessions): expert professionals (case managers) identify difficulties, receive support, disseminate progresses and collect and systematise knowledge. ☉ In cases of special complexity, case approach is agreed upon collaboratively. ☉ Two basic Roles can be differentiated: <ul style="list-style-type: none"> ○ Case Manager (CM): individual who intervenes directly on the user from the PACT approach. This role can be performed by any professional of the Network, regardless of the degree of care or the type of entity, and entails accompanying the user directly. ○ Reference Professional (RP): social worker in basic social services (Social Action Centres or SAC) who receives systematic information, coordinates, ensures coherence and continuity of the care and enhances access to benefits/services of the public system when required.



<p>5. SOCIOLOGY OF THE PRACTICE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ A high-intensity care provided by professionals from different entities and different operational levels (basic or specialist) is tested (initially) on the pre-selected cases (random sample). ☉ Professionals have a mixed team of peers (agency professionals in the territories) to which they can transfer any knowledge and doubts. ☉ Mobilisation of resources of the community environment. Going from the individual (case), the action Plan may (usually) require to mobilise/generate resources in the environment next to the users or remove any obstacles.
<p>6. UNDERLYING VALUES AND ETHICS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Primum non nocere (“First: to do no harm”). Social intervention must not worsen/aggravate situations, although it may face initial resistance or alter situations conceived of as “balanced” in the <i>status quo</i> of dependence and necessity. ☉ Unique value of each person. Each user is attended to as a unique and valuable asset. ☉ User’s autonomy. Users are awarded a degree of responsibility equivalent to autonomy. ☉ Faith in change feasibility/ improvement from within. Orientation to change. Reactive, urgent-palliative and necessary solutions may have negative side effects which must be controlled. ☉ Responsible use of resources external to users (benefits and services not as targets themselves, but as something instrumental). ☉ PROFESSIONAL PRACTICE Respect. patience, motivation and bond.
<p>7. CONCEPTION OF THE USERS, THEIR SITUATION-PROBLEMS AND STRENGTHS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Importance of life trajectories (life history) and, above all, of the users’ perception and experience of the same. ☉ More attention to strengths without disregarding perception and analysis of needs. ☉ “Pygmalion” effect or metamorphosis (appreciative approach: believing in abilities).
<p>8. THE NATURE OF THE MEANINGFUL RELATIONSHIP BETWEEN THE PROFESSIONAL AND THE PERSON.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Communication: the relationship must be based on communicative guidelines of SYMMETRY. The establishment (or reestablishment) of a horizontal and honest communicative relationship is the key in the accompanying process, while paying special attention to meaningful communication (not always verbal). ☉ A certain BOND is to be generated from the users’ willingness. ☉ The above must never involve ignoring the necessary differences between the roles: to control the transfers. Such differences must not involve relationships based on mere control, threat or provision demand. ☉ The role of the professionals is to ACCOMPANY users throughout the process. ☉ Shared responsibility: users must assume and increase their protagonism in their own process of transformation. ☉ The professional is the “mirror” which returns images (diagnosis) easy to understand, which users must validate (1st) and integrate (2nd) in the shape of power for change. ☉ The professional must formulate the correct questions (non-enquiring) rather than offer the answers. Maieutic approach.



3.1. CHANGE OF PROFESSIONAL APPROACH: FROM THE NECESSITY TO THE APPRECIATIVE APPROACH

Very often, both from the system and from the social services professionals, a *necessity interpretation model* is implemented (basically focused on the problems of users who resort to the different services) and reactive responses are offered from a viewpoint which prioritises palliation, mitigation and resolution of problems.

This way to proceed has been outlining the citizens' expectations, who have adapted to said approach to the extent that they have been attended to by the system. Such an approach -rather more palliative than promotional- may be useful in the short term and for the care of situations requiring urgent response. However, this should not be considered as "*the only way to operate*", since it has major secondary effects on the system and, specially, on users.

The change of approach as suggested by the PACT involves a **relocation of the professional and the user**, which entails a real challenge.

Model focused on needs	Appreciative approach
<ul style="list-style-type: none"> • CARE ON DEMAND = <i>Need expressed by the user.</i> • Determination of the immediate (evident) problem. • Analysis of causes and possible solutions (not always). • Search for a solution external to the user. • Action Plan = "Care" in the shape of a predesigned benefit/service to be accessed by means of procedures. • Basic assumption: the participant has (is) a problem to be resolved from the system. 	<ul style="list-style-type: none"> • GLOBAL APPROACH = <i>Needs + Satisfiers.</i> • Dynamic sway. Beyond that isolated need perceived / expressed. • Identification of what is best (resources of the participant. "What is best of what they are" (<i>discover</i>). • Visualisation: what they may become (<i>dream</i>). • Dialogue: what should be done (<i>design</i>). • Innovation: what they will be (<i>destiny</i>). • Basic assumption: the real solutions are in the participants themselves and their environment.
<p>ADVANTAGES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reactive immediacy. (The system offers <i>some</i> immediate responses). - It apparently requires less time or technical effort. - It standardises responses according to the characteristics of the needs expressed (they adapt to procedures). 	<p>ADVANTAGES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Places users into the CORE OF THE PROCESS of care (greater participation). - It preserves users' dignity a priori. - It EMPOWERS the participating user. - It does not generate dependence on the system. - It encourages mobilisation of resources of the users and those of their community environment. - It is useful, as it reveals any contradictions and defects in the system (unsuitable or inflexible services).
<p>DRAWBACKS and SIDE EFFECTS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limited participation by the user (passivity). - It may generate recurring users' learned helplessness. - It may generate heavy dependence / chronicity. - It misses users' resources and those of their environment. - It requires users to adapt to predesigned benefits / services (not always flexible). - It prevents system from being proactive (the system provides on demand). - <i>Trapped in a role</i>: users and professionals are <i>trained</i> and trapped in a model role. - When there are no resources applicable to a given situation, or users do not adapt to the resource, there is no response. 	<p>DRAWBACKS and SIDE EFFECTS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation opens the door to a conflict which must be properly dealt with. - Respecting users' paces requires more time and effort to both parties. - It requires a considerable initial effort to re-establish the relationship (professional-user). - The time required may contradict the need for immediate care. - It is not applicable when dealing with serious situations which require institutional protection due to a risk of violation of third parties' rights.





The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

4. PACT PROFESSIONAL ROLES

4.1. BASIC PROFESSIONAL ROLES OF THE PACT PILOTS

4.1.1. Reference Professional

Professionals of the Basic Social Action Team, working in a Social Action Centre (or SAC). Their role is detailed under art. 11.2.e) of Castilla y León Law of Social Services. In all cases, they grant continuity of and coherence between the interventions and the exercise of the users' rights through access to resources and benefits of the Catalogue, be they essential or not.

Their versatile nature also enables them to assume the role of CASE MANAGERS, that is, full PACT intervention.

4.1.2. Case Manager (in PACT: *High Quality Case Manager, occasionally called "case coordinator"*)

Professionals who intervene directly in compliance with the PACT model, that is, they are responsible for directly ACCOMPANYING users, including: establishment of the relational setting with the participant, collection of relevant information, full diagnosis via MDTSE, diagnostic return, case plan elaboration, monitoring and verification of results, etc.

They are professionals from the Public Responsibility Social Services System, who depend on an entity or unit of the Network of Protection.

They could then be:

- Reference Professionals (SAC).
- Second-level professionals of the public system, related to social inclusion programmes (Social Inclusion Teams [or SIT], labour inclusion, etc.).
- Primary care/reception professionals of TSSA whose specific unit belongs to the Network of Protection.
- Second-level professionals (inclusion programmes) depending on a TSSA entity whose unit belongs to the Network of Protection.



SUMMARY CHART OF ROLES / TASKS / FUNCTION within the PACT:

In pilot teams		REFERENCE PROFESSIONAL	CASE MANAGER
Role description		<u>Professionals</u> of the Basic Social Action Team working in the SAC. They always ensure: <ul style="list-style-type: none"> - Care continuity. - Access to services and benefits of the Public Catalogue. 	<u>Professionals</u> from any agent entity of the Network of Protection who act in virtue of the parameters of the Public Responsibility Social Services System. They intervene with the PACT shared model.
Role legitimisation		<ul style="list-style-type: none"> - Situational nature (traditional "entrance door") - Legal nature (art. 11 of the Social Services Law). 	<ul style="list-style-type: none"> - Situational nature (adaptation / bond). - Legal nature (art. 39 of the Social Services Law and future Law of Networks).
What can they do?			
FUNCTIONS	Ensure continuity ⁹	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ensure equality in the access to resources ¹⁰	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accompany (integral case management)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Monitoring	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Intervention closure - results	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TASKS	Open SR - CU*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	1st PACT interview	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Complete SR - CU*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Obtain authorisation by the participant for access to the information + Informed Consent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Obtain/share information with other agents of the Network	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Conduct MDTSE diagnosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	File MDTSE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilot Team Sessions (case)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Elaborate case plan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Validate case plan (verify coherence with other actions in the same case)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gather further support from other agents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Validate information in the SR*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* It depends on the IT interoperable applications and tools under construction.

4.1.3. PACT Support Team Professionals

Professionals from the Public Responsibility Social Services System (Regional/Local Administration/TSSA Entity) giving procedural support to the members of the Pilot Team and systematically gathering knowledge generated during the pilots in cooperation with PACT evaluators.

They serve as a permanent link with the project management and act in a mixed team (Social Services Regional Administration/Local Entity/EAPN Entity).

⁹ Referred to public guarantee of continuity in terms of information; intervention complementarity; and of the accompanying process.

¹⁰ Referred to benefits and services of the Public Catalogue (essential and not essential).

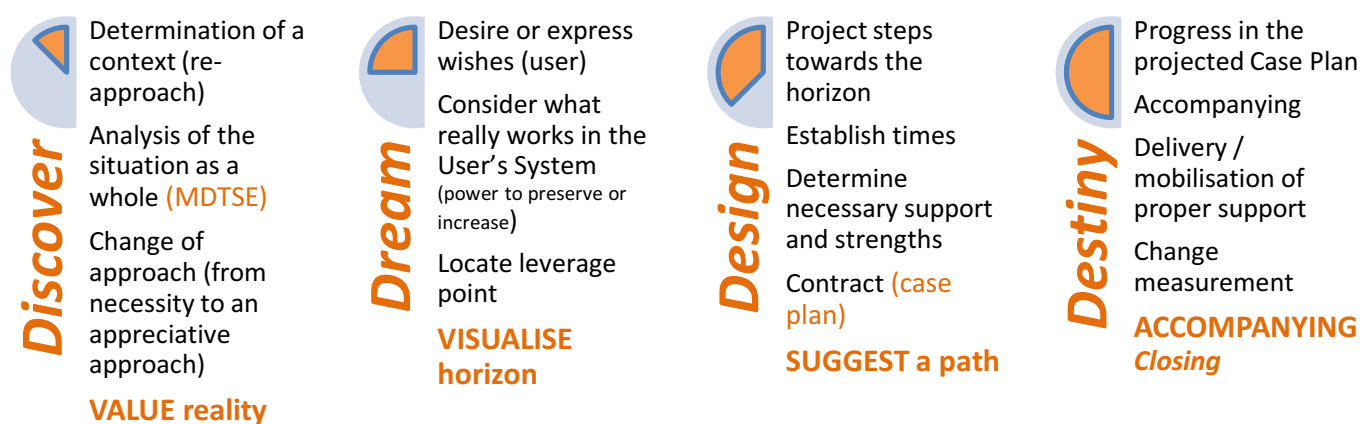


5. PHASES (STAGES) OF THE PACT INTERVENTION MODEL

The organisation of the PACT intervention stages does not widely differ from that of any other social intervention: get-to-know and analysis, diagnosis, action plan, execution and monitoring.

What does make the PACT different is the specific contents required for all of these general phases and the proactive case approach.

Initially, four phases can be explained, coinciding with the 4D of the appreciative approach as suggested by Cooperraiders¹¹:



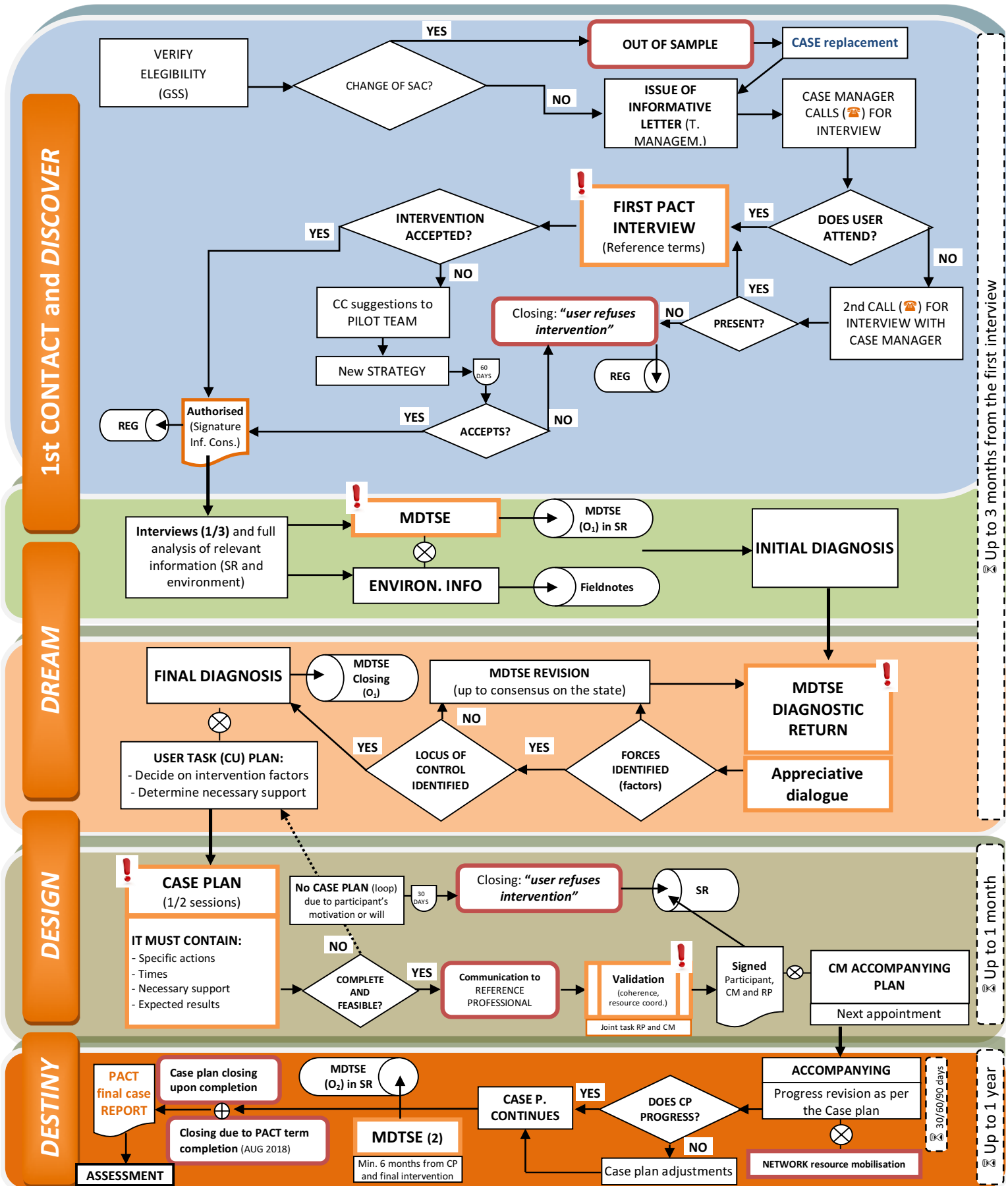
The objectives of each of these phases shall be described, as well as the essential tasks, potential incidents, document registries, whenever applicable, and the expected outcomes as per both the people attended to and the professional system (Network).

The most essential (critical) aspects for intervention shall be paid special attention.

First of all, the following **illustrative and comprehensive procedure chart** shall be introduced:

¹¹ Cooperrider, D.L. & Whitney, D. (2005). A positive revolution in change. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers. Cooperrider is the forefather of the APPRECIATIVE INQUIRY methodology. Even when this model was born to be implemented in organisational changes, it may also be applicable to the individual and team work and matches perfectly the empowerment and user-centred care principles of the PACT.





Preliminary note to the PACT Model phases:

ONE SPECIAL FEATURE OF THE PACT: WE DO NOT START FROM SCRATCH.

PACT testing shall be conducted on USERS ALREADY ATTENDED TO by the Public Responsibility Social Services System (recipients of the MII at any moment). Users are not new to the system (except for some MII circumstantial recipients). Previous analysis of the cases of the experimental sample enables to know profiles and it is reasonable that some of them show some “over-intervention” by multiple agents and/or, occasionally, a heavy dependence on the system. Nevertheless, these are tendencies which are to be resolved throughout the testing.

In all cases, there are already more or less intense and fluent relationships among participants and one or several professionals and entities.

This has both advantages and disadvantages when it comes to the PACT intervention. On the one hand, it is possible to save time during the intervention, specially in the initial steps of information gathering. On the other hand, a pre-existing and previously established relationship is not always healthy or fluent, which may have some **drawbacks**. Such cases shall require a **setting reestablishment**, that is, a reorganisation of the communicative framework and the professional-user relationship.

It is then essential **to reconfigure such a relationship when CALLING FOR the first interview**.

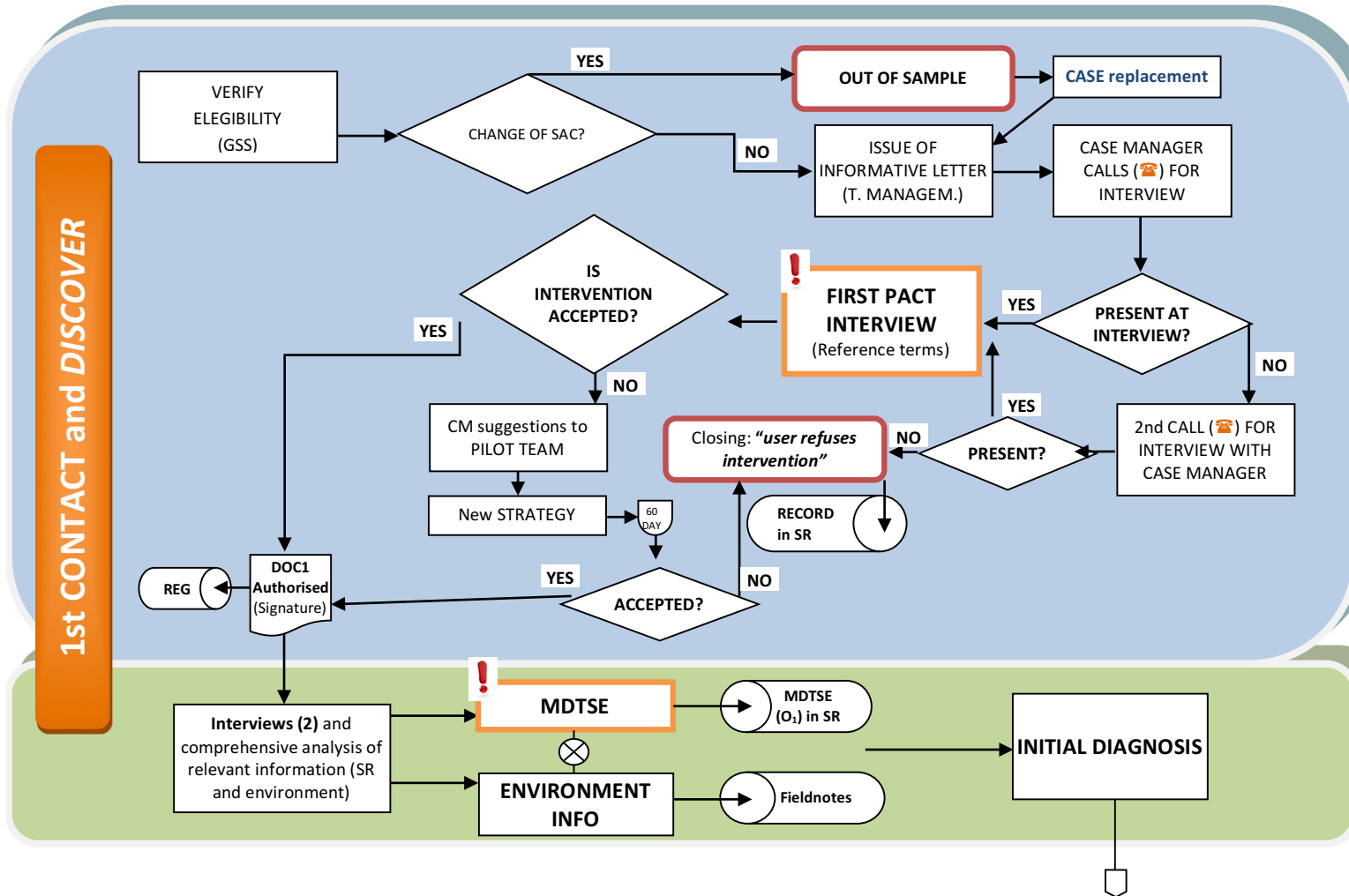
The System (notice letter from the Social Services Regional Administration and call by the Case Manager to schedule the interview) appoints users to a first interview (**essential**) where the **reference terms for intervention** must be established (to explain the objectives with plenty of clarity) and **approved** by the user.

For such a purpose, an **informed consent protocol (ANNEX IV)** has been designed to illustrate the characteristics of the intervention and make participants aware of their own empowerment process. Participants may choose between continuity or rejection of the intervention, with no further implications.

The system usually appoints people to develop monitoring and control tasks, which suggests that users’ expectations shall be aligned with those tasks, a situation that must be properly managed through the provision of adaptive and clear information on the PACT and its mission.



5.1. DISCOVER STAGE (*contact and analysis*)



Essentially, it is a phase for **research, study, analysis of the situation while horizontal communication relationships are established.**

5.1.1. Objectives of this phase

- Establish (or re-establish) the **relational context** between the professional and the participant.
- Obtain and register **relevant information** (direct and indirect).
- **JOINTLY analyse** the situation in depth (MDTSE diagnosis).

5.1.2. Basic tasks of this phase

- **Appointment:** the participant receives a notice/invitation letter -GSS- and is appointed via phone by the Case Manager (hereinafter CM) for an individual



interview (participants may be accompanied by their partners or any other members of their Cohabitation Unit).

- **First interview**¹²: the user is informed about what the professional intends to do. Written consent and authorisation is given by the participant (**informed consent protocol**) and a new appointment is arranged. SR summary information is verified and any possible relevant updates in the situation data are added, which shall be communicated through an incidence form (Annex VIII) to the Reference Professional (hereinafter referred to as RP).
- **MDTSE diagnosis start**¹³: second interview (and also a third one sometimes). It should be combined with the collection of information by the person's environment (friends, neighbours or contact professionals).

5.1.3. Documentary records

- **Informed consent**: authorisation by users for professional intervention and for processing of their information by the Network. It is filed by the CM.
- **UPDATED SR** reported to the REFERENCE PROFESSIONAL (RP). If one professional exercises both the CM and RP roles, this person, when applicable, shall update the data in the SAUSS.
- Fieldnotes or **TASK REPORT** (notes taken during the interviews).
- PROVISIONAL **MDTSE**, which is filed on the diagnosis end date.

5.1.4. Eventualities

- **The user does not attend the first appointment**: the user is reappointed by the CM (reasons for absence are provided...). If the user does not show up during the second interview, the RP is reported. During the next session of the Pilot Team, the PACT case closure is suggested with the following result: ***“user refuses intervention”***, or another approach is proposed.
- **The user goes to the first interview but refuses intervention**: the CM reports the case to the RP and it is discussed during the next joint session of the Pilot Team. One of the following options may be chosen:
 - Leave the case on standby for some time (not longer than three months) until it can be determined whether intervention can be resumed or not. Once the standby time has passed without intervention, the case shall be CANCELLED in the PACT and the result annotated.

¹² See chart [“NOTES FOR THE FIRST INTERVIEW”](#).

¹³ See MDTSE tool manual.



- Elaborate a new different approach (upon suggestion of individuals aware of the case or any other colleagues of the Pilot Team).
- Change the CM. Provided that the RP is duly informed and gives consent to it.
- Other new strategies or a combination of the previous one as suggested by the Pilot Team.

Once 60 days have passed, if the user still does not want to participate, the PACT case is closed with the result: **“user refuses intervention”**. It is included in the SR and the RP is notified of the result whenever applicable.

5.1.5. Key outcomes in the participant at the end of this phase

- Participants have been **duly informed of what is being offered to them:**
 - **A revision with a comprehensive examination of their situation** (*the participant is cared for*). Later, further alternatives may arise: generate controlled expectations.
 - **A revision of professional intervention** with participants (from the whole Network), whether they have been coherent, ask participants to express their opinion about them (*please tell us what you think*).
 - **The search of alternatives** with future prospects.
- Participants are **aware of the working-in-network process**. They have been informed that all professionals - from different organisations - are interconnected.
- **An atmosphere of trust (horizontality) is established (re-established)**, enabling to obtain meaningful information.
- Participants **become aware that they shall have to make future decisions** and the professional intervention shall focus on accompanying, advising and supporting them.

5.1.6. Professional results

- **A global view is obtained as per the case status and -to the extent permitted- their life history.**
- Through the **MDTSE, the case state has been targeted from different points of view.**
- **Participants’ world views are understood** (EMIC perspective): their meanings, attributions, environment, pressures, worries, etc.
- A first approach to the **powers** of change and the **leverage points** has been achieved.



NOTES FOR THE FIRST INTERVIEW

Goals	Task	Professional discourse
<ul style="list-style-type: none"> - Inform - Re-establish relationship - Obtain consent - Change APPROACH 	<p>Provide clear information on the accompanying process to be carried out.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "WE WOULD LIKE TO REVIEW YOUR CASE (SITUATION) FROM A DIFFERENT APPROACH, that is why you received a letter saying that I would make an appointment with you..." - "This approach starts by reviewing your situation IN DEPTH (a comprehensive check) and VERY ACCURATELY, while taking into account your PERSONAL opinion and THE WAY YOU SEE THINGS..." - "We want to make sure you have received the best support possible". - "...we will spend some time on the situation check to later review the possible improvement alternatives".
	<p>Inform the user that the rest of the professionals of the Public Responsibility System - DIFFERENT ENTITIES - are associated with one another (Network).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "In this intervention we are offering you, there are several professionals involved and, although we depend on different entities, we work in team because we are sure that WE CAN HELP YOU BEST BY COORDINATING OUR SUPPORTS".
	<p>Update the information existing (SR) (anamnesis).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "This is the RELEVANT INFORMATION I have been able to access so far about your case" (information contained in the SR summary can be referred to, specially with respect to the family unit components and the benefits and services received). - "APART FROM THAT... have you been provided with help or support by any other social organisation? which one? what kind of support did you receive?"
	<p>Enable participants to EXPRESS their conformity, nonconformity, compliments, complaints, disappointments, surprises... about the care received so far.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "Have you felt well-treated by us ("us" as per "Network")?" - "Do you think that we have been wrong or right about you at any moment?"
	<p>The participant shall be requested their consent (informed consent document) to manage their case collaboratively, always ensuring:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Confidentiality. o User's self-determination. o Interventions shall never be detrimental to users or their situation. 	<ul style="list-style-type: none"> - "As I have told you, in this case, I will work jointly with other professionals (colleagues), who I may have to consult with. All of us are must keep the professional secret but I WANT TO REQUEST YOUR EXPRESS CONSENT to share information on your case with them if necessary". - "On our part, we assure you that nothing suggested during this intervention will be detrimental to you and any future decision is to be taken by YOURSELF". - "You will always have the final say".
	<p>Anticipation (announcement) that the accompanying process starts with a diagnosis (check) in depth, where the user's self-perception is essential.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "We will start by analysing your case in depth". For this purpose, we must have a long conversation on different aspects: your personal way to face the situation of necessity you are going through, your relationships with your relatives and friends, your life economic and material conditions, your health..." - "However, what we are MOST interested in is the things that work well in your life, your special abilities and personal resources". - "Once we have analysed all those aspects...we will go on to look for those paths to follow so as to improve things and how we can help you in the process".



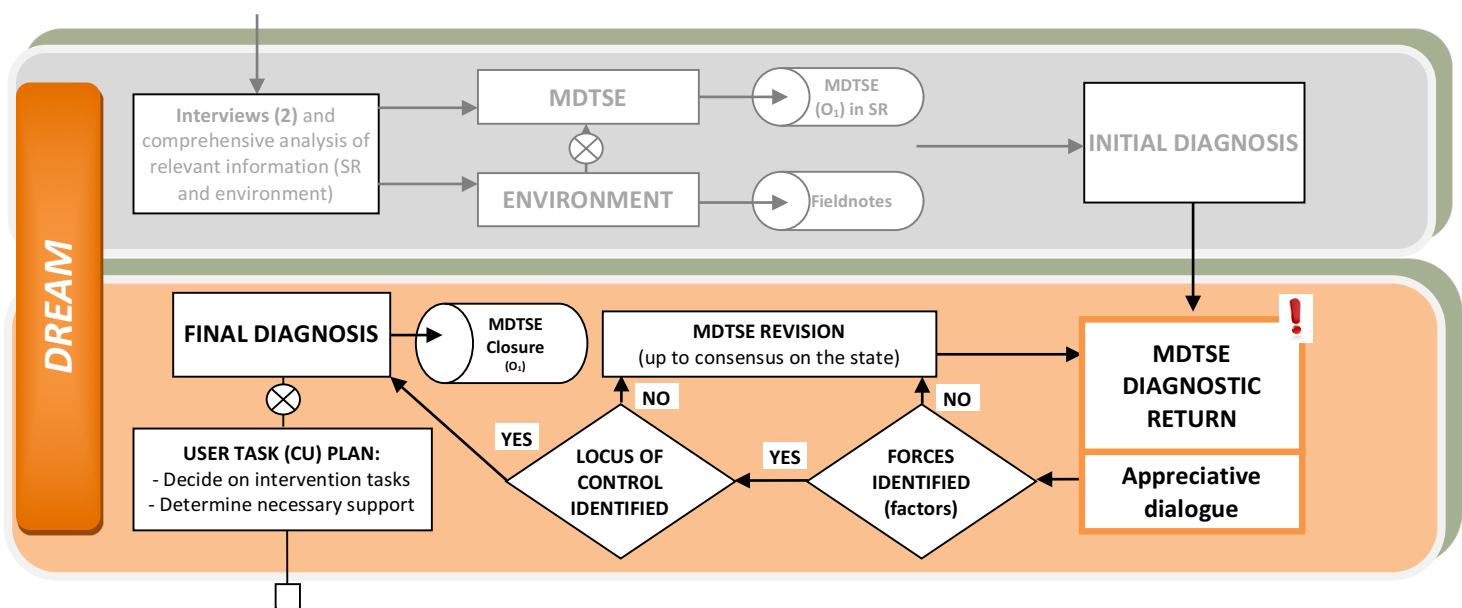
5.2. DREAM STAGE (wishes, motivations and leverages)

It is about incorporating an **APPRECIATIVE APPROACH** into the intervention, by providing **diagnostic feedback** which considers (present) forces and (future) dreams.

Professionals must act as MIRRORS, using maieutic resources.

It must not be forgotten that using MDTSE during the previous phase is a good occasion to LISTEN TO and UNDERSTAND the user's approach to his situation, as well as to ESTABLISH THE PROPER RELATIONSHIP.

Merely and mechanically filling a questionnaire and expecting results from it would be a serious mistake, as it would be a waste of precious time that could be spent trying to understand the process.



5.2.1. Objectives of this phase

- **Discover - REVEAL the strengths**, the persons' areas of interest, successes, dreams, etc. (power for change and leverage points where such power lies).
- **Evidence the future scenario** (individual and family life project).
- **Allocate responsibility** for the Case Plan elaboration to the participant (next phase).



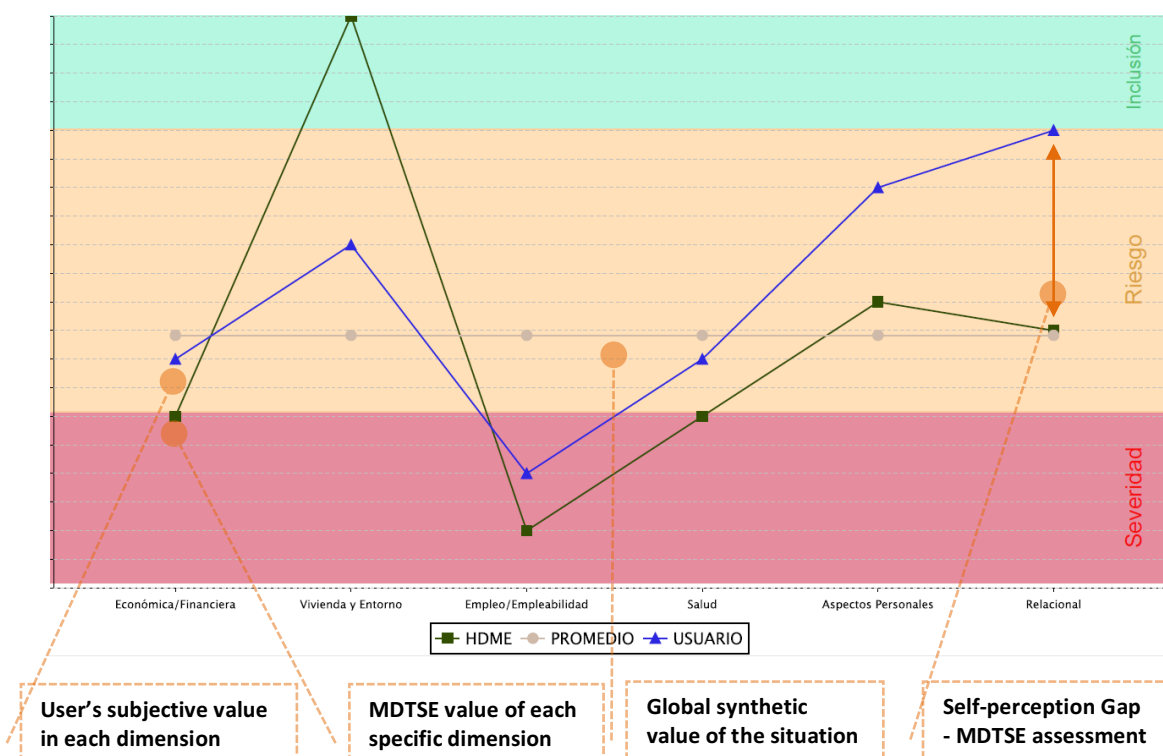
5.2.2. Basic tasks of this phase

- **Diagnosis return interview** to JOINTLY analyse the results of the MDTSE (it may last up to 1h. 30').

MDTSE RESULTS SUMMARY GRAPH

Once the diagnosis has been completed (it shall appear as “complete ” in the application) and, before “validating” it, it is necessary to INTERPRET and RETURN the data.

The resulting graph is as follows:



The graph enables to quickly and schematically view the state of each of the six of the dimensions analysed (economic, home, employment, health, personal and cohabitation) according to the MDTSE and the user's self-perception.

The grey line is a global state -the current equilibrium point- built basing on the MDTSE average assessment of the six dimensions. This point shall be located within one of the three bands considered (*severity, risk and inclusion*)

The question is...,

How can all this information be construed and processed?

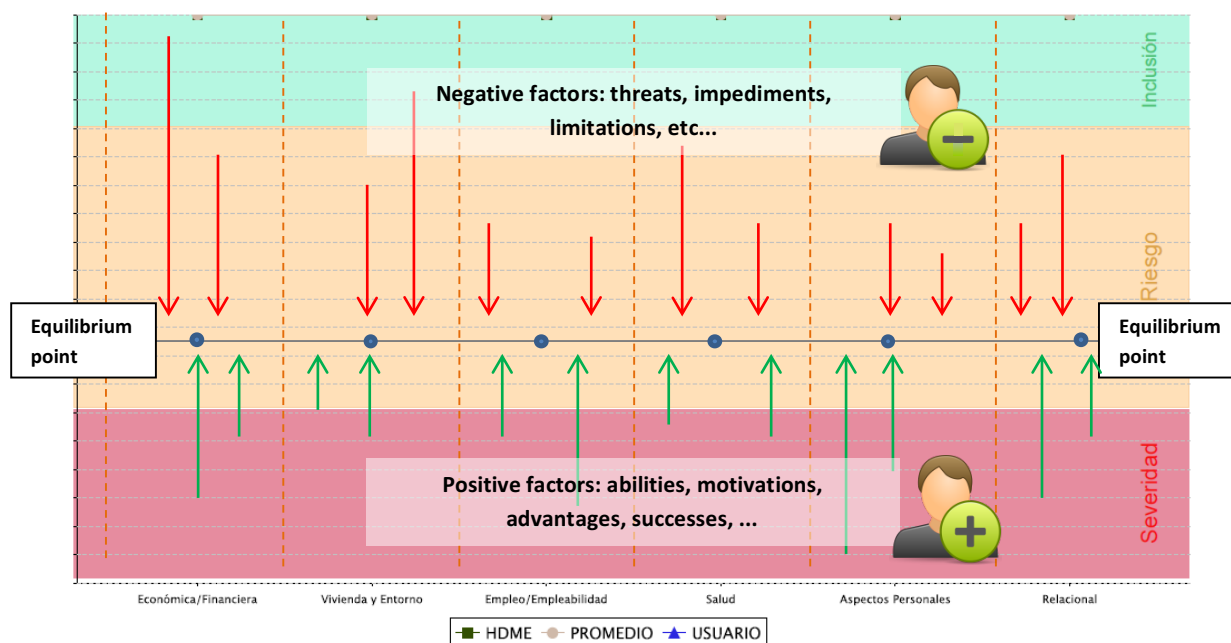


The FORCE FIELD approach must be incorporated into the summary graph to locate and interpret forces in dynamic equilibrium (the overall outcome results from the accumulation of many factors and it may be impossible to intervene in all of them at once). Therefore, **a dialogue** must be **initiated** about the interpretation.

The idea is very simple: the state or global equilibrium (global value) shall be modified when changing the intensity of any of the forces operate in either direction.

1) The **FACTORS** intervening in the case must be **IDENTIFIED**. Here the CM's knowledge on the case will be tested. At least those factors which affect the specific situation in a more evident manner shall be identified. The main sources of this knowledge are:

- Prior knowledge on the case (when applicable).
- Information contained in the Social Record (including the trajectory).
- Direct information obtained during the interviews with the user for MDTSE diagnosis.
- Other information of the environment (other professionals aware of the case, informants of the community context, etc...).



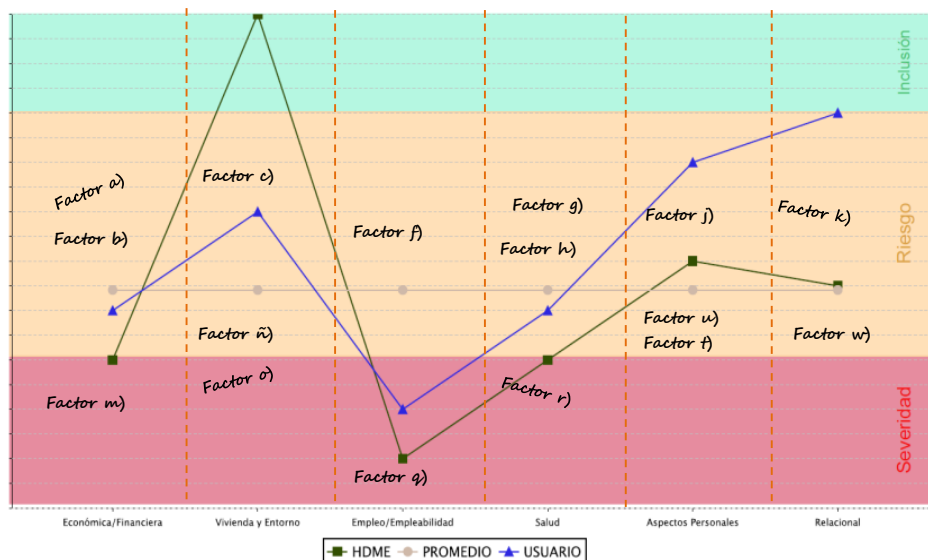
In this case, forces are equivalent to factors operating in the situation and may have different values (they may be “negative” or “positive”).

2) It is then convenient to **ELABORATE A LIST OF FACTORS** to associate them with the different dimensions and considering their value, while basing on the following assumptions:



- One factor itself may operate positively and negatively at the same time. For example, the disability factor may be considered negative for employability (more difficulties of access) and positive (advantages for the hiring of people with disabilities).
- The same factor may affect different dimensions. For example, a chronic disease may be considered a limiting factor in terms of present or future employability. However, that same factor would sometimes generate protective elements in other dimensions, such as subsidies, in case a disability were resolved.

Such a list may be directly written over the graph...



... or, when preferred to resort to the MDTSE charts:

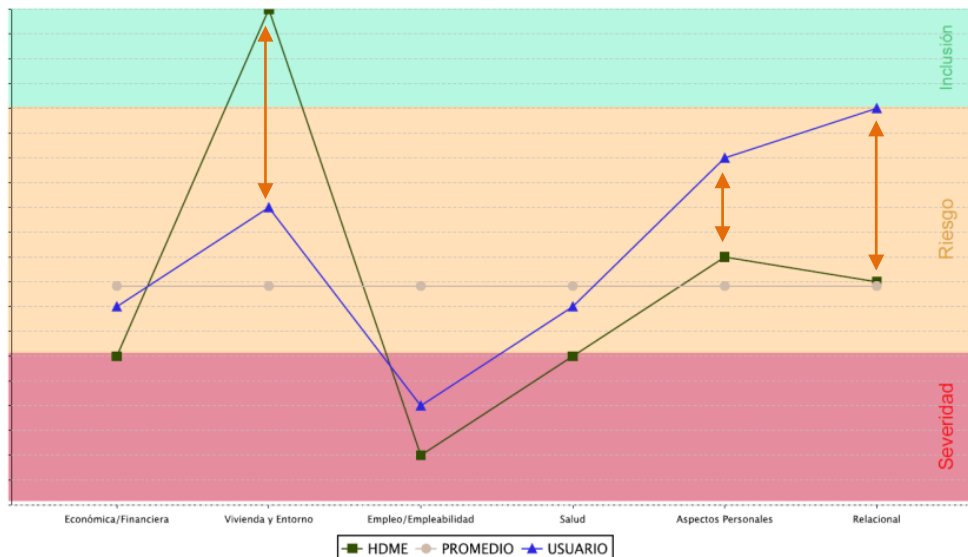
Dimensions	Factors +	Factors -
Economic/Financial	<ul style="list-style-type: none"> • Factor a) • Factor b) 	<ul style="list-style-type: none"> • Factor m)
Home and Environment	<ul style="list-style-type: none"> • Factor c) 	<ul style="list-style-type: none"> • Factor ñ) • Factor o)
Employment and employability	<ul style="list-style-type: none"> • Factor f) 	<ul style="list-style-type: none"> • Factor q)
Health	<ul style="list-style-type: none"> • Factor g) • Factor h) 	<ul style="list-style-type: none"> • Factor r)
Personal factors	<ul style="list-style-type: none"> • Factor j) 	<ul style="list-style-type: none"> • Factor t) • Factor u)
Relational	<ul style="list-style-type: none"> • Factor k) 	<ul style="list-style-type: none"> • Factor w)

It is about reflecting the most significant factors basing on the user's perspective. + factors totally allow for an **APPRECIATIVE APPROACH**.

3) It is necessary to base on the participant's self-perception and locate well the **GAPS between that perception and the MDTSE**.



Gaps enable to make questions and elaborate hypotheses.



In the above graph, there are three major gaps in the assessment of the three dimensions: dwelling/environment; personal aspects and cohabitation aspects. What may they be due to?

- They may be the result of a bad MDTSE calibration (as its use spreads, the correlation between MDTSE self-perceptions and values may be observed).
- They may be the result of a normalised (adaptable) perception of situations of necessity. For example, there are participants who consider that their economic situation is reasonable, even when they are technically below the poverty threshold.
- They may be the result of an exaggeration in the (positive or negative) perception, be it due to a desire to look normal, be it due to an expectation to obtain social benefits if a worse situation is pretended.
- It may be caused by a lack of risk perception (for example, in a two-year term eviction suspension order, some people cease to perceive the risk in the short term and normalise the situation, although there is still an eviction risk).

Whatever the case, it is convenient **to question the reasons behind those gaps** by always assessing self-perception (as it is the actual starting point). The GAPS are a good object of dialogue with the person (it is not only about changing perception, but also about contrasting and verifying it).

- 4) Once the factors associated with the situation have been made explicit (lists) and the gaps analysed, it would be convenient to **IDENTIFY THE** perceived and actual **LOCUS OF CONTROL** of such factors. In other words: for each factor identified, the following question must be answered:



What scope of action has the person with respect to the factor at this moment?

The scope of action shall be determined by issues like intellectual abilities, strengths, resistance, legitimacy to operate on the factor, etc.

Trying to act on a factor which does not belong to the current scope of control shall obviously be the reason of many blockages, frustration and, eventually, failure. Returning to the example of a court order dictating temporary suspension of an eviction proceeding, it offers a narrow scope of action with respect to home recovery, unlike the risk awareness and the possible scopes of action of keeping the ownership of the property.

On the other hand, there is a time factor. It may happen that an associated factor at this moment offers little scope of action in the short term (por example, a low level of employability-related training) and that there are positive actions, but which enable to face it in the long term (training is possible but it takes time).

Generally, awareness of control over the different factors associated with the situation in its different dimensions will somehow offer many clues on possible future performance.

- When **CONTROL** of the variable (factor) is essentially **EXTERNAL** to the person, there is no other way but to **FIND OUT and/or CONSIDER** said circumstances, be it in the shape of risk or opportunity. The identification of factors over which the person has little or no control (external locus of control) involves, in any case, dialoguing about whether the scope of action of the person can/must be increased with respect to such factors.
- b) When **CONTROL** of the variable (factor) is essentially **INTERNAL** to the participant, several strategies may be deployed depending on the value and intensity of said factor. In this case, it may be useful to adopt the SODA-MECA model¹⁴, which definitely anticipates what the case plan will be:

Internal control factor type	Basic action to perform (verb)
<i>Satisfactory (+)</i>	<i>Maintain</i>
<i>of Opportunity (+)</i>	<i>Exploit (take advantage, make good use)</i>
<i>Disadvantageous (-)</i>	<i>Correct</i>
<i>Assumed as a threat (-)</i>	<i>Address</i>

¹⁴ The actions to be developed from the internal locus of control may be based on the rule **SODA-MECA** suggested by Aguilar Idáñez M.J. (Trabajo Social. Concepto y Metodología [Social Work. Concept and Methodology]. p.326. Madrid 2013): **M**aintain what is **S**atisfactory; **E**xploit **O**pportunities; **C**orrect what is **D**isadvantageous and **A**ddress what can be **A**ssumed as a threat.



The range of possible actions to perform shall be a part of the strategy to be followed (Case Plan) and is the bridge between the diagnosis and the case plan phases.

The professional task is focused on the DIALOGUE with the participant for elaboration of all this material. To such an extent, this dialogue practice may be denominated: DIAGNOSTIC RETURN.

MDTSE then becomes a merely instrumental tool, never an end in itself. Without this interpretation, MDTSE makes no sense.

At this moment of the intervention, **it must be ensured that the person understands** each specific factor which intervenes in the situation, as well as determined what depends on users themselves and what depends on external factors.

The expression of the desires and the positive elements must be enhanced from the satisfaction state, strength and opportunity identified.

MDTSE SUMMARY STEPS FOR USE:

- 1.- Identification of factors influencing the state and each dimension (forces). Identify the intensity of said factors as well (remembering that intensity is a subjective element).
- 2.- Elaboration of a list of repeated factors by differentiating their value (+ or -).
- 3.- Analysis of any possible gaps between MDTSE and self-perception values.
- 4.- Location of the participant's subjective "locus of control" (it must be discussed with them) over each of the relevant factors.

Steps 1-4 may be subjected to careful consideration by users individually or with their cohabitation environment until a following session is held.

Simultaneously, considering the part of the intervention dealt with at this stage (DREAM), information absorption and situation confrontation abilities by participants must not be disregarded. Not everybody can face ANYTHING ANYTIME. The professional must assess whether or not there is power for change.

Once the above steps have been taken and a COMPREHENSIVE diagnosis has been AGREED UPON jointly with the participant, such diagnosis is VALIDATED on MDTSE.

5.2.3.Documentary records

- Fieldnotes or (notes taken during the interviews) or **TASK REPORT**.
- FINAL **MDTSE COMPLETED** and filed as of the ending date of the diagnosis. The RP is notified.
- Lists of factors, intensities, etc. (as well as Fieldnotes)



5.2.4. Potential eventualities

- There may be **comprehension difficulties** of the MDTSE result. A great effort must be made to adapt the language and ensure that the operation process of a force field can be understood by means of clear examples.
- **Other eventualities derived from natural resistances**, lack of openness, etc. Each person must be awarded with the proper timing.

5.2.5. Key outputs in the participant at the end of this phase

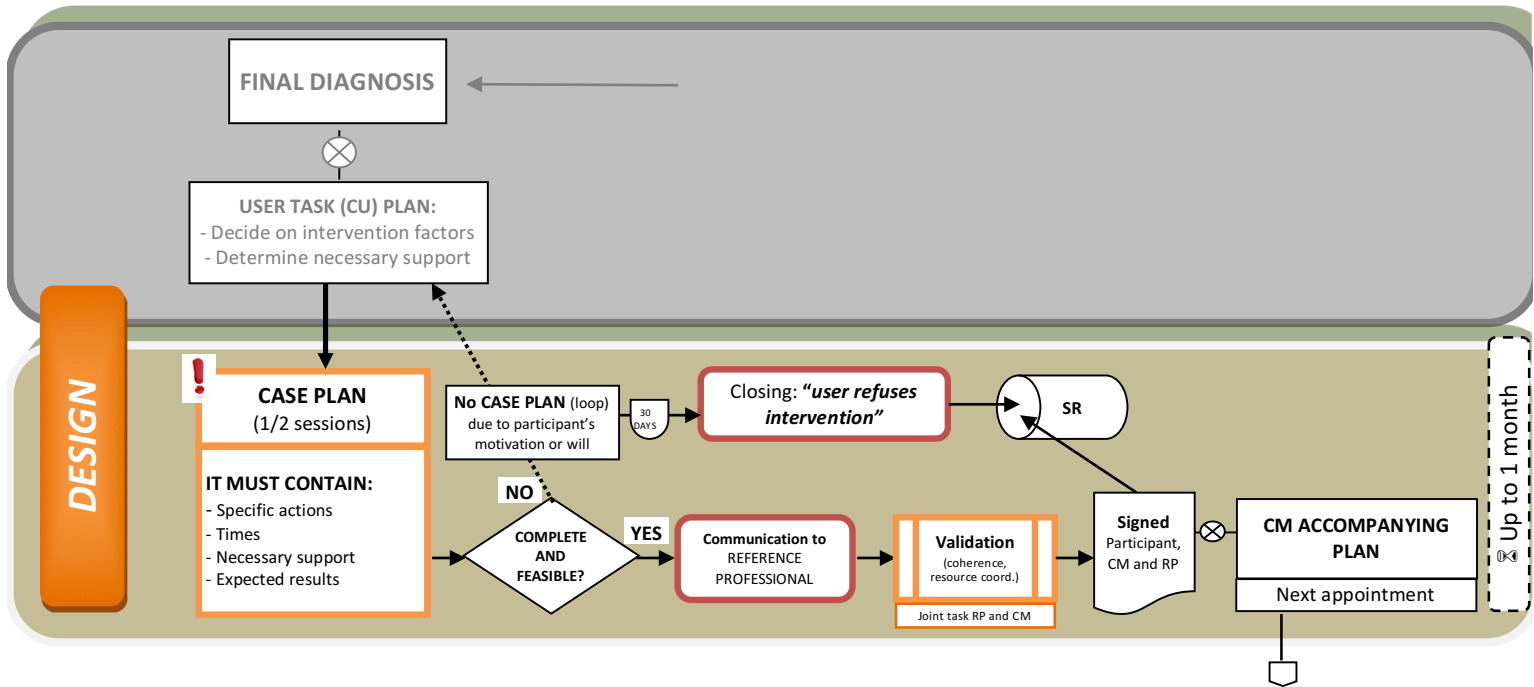
- **They have expressed their wishes** (life project – short-term dreams).
- **They have identified and now understand their situation** from multiple viewpoints.
- **They have identified and now understand the specific factors which affect their situation** and the degree of control that they exercise over them.
- **They understand** that complex situations must be faced **gradually**.
- **They understand the task** they have to perform towards the next step: **case plan**.

5.2.6. Professional results

- **Control of the situation** is gradually transferred to **the user**.
- **Roles have been reconfigured** (supplier/controller to companion).
- The **resources** (benefits and services) acquire an **instrumental value**: they will only be useful when they serve the purposes of the plan.



5.3. DESIGN STAGE (case plan)



If the goals of the previous phase have been met, the communicative relationship will have become more horizontal and the user more empowered, with a comprehensive understanding of the situation, a list of potentialities and strengths of the user and their environment, and a list of leverage points (aspects mobilising the person -wishes-expectations-dreams...).

At that stage of the intervention, the amount of DESIRE FOR IMPROVEMENT or CHANGE in participants must be perceived, as it is the main source of energy to successfully address the design phase (CASE PLAN).

Without a minimum desire for change (as the diagnostic return itself intends to boost), the case plan will be very difficult to design and much less to execute.

TIME management in the development of awareness by the participant is fundamental, but it must be anticipated that time control cannot be exercised from the professional point of view and each person and situation may require their own timing.

The PACT model also intends to act as an *accelerator* of personal times to address situations of change.



5.3.1. Objectives of this phase

- That participants elaborate and sign the case plan with the support required from the CM.

5.3.2. Basic tasks of this phase

- The participant elaborates (preferably in the C.U.) the case plan, which is then submitted to the CM during and *ad hoc* interview (1/2 interviews in a short period of time = 1 month).
- **The CM shall lean on the person as much as necessary when elaborating the initial plan.**
- **This initial Plan shall contain:**
 - **General case strategy:** it can be about “maintaining”, “increasing”, “ceasing”, “acquiring”, etc.
 - **Decision about the factors** on which interventions are being made by applying feasibility (possible) and domain (which can fit in) criteria. This reflection comes directly from the MDTSE.
 - **Specific actions.** They must be reduced, viable and there should always be one which is especially feasible and achievable in a short term.
 - **Timing** expected for each action. (Essential for monitoring/accompanying).
 - **Results expected for each action.** They must be measurable. Confusion with general objectives (e.g. “increase empowerment”) or generalities (“employability improvement”) must be avoided.
 - **Result measurement indicators.** They will not always be numerical. They can illustrate observable facts.
 - **Necessary support:** Necessary relational and environment support must be considered. To sum up, the question *who do we need?* must be answered.
 - **Monitoring** (expected ACCOMPANYING). With anticipated dates -at least for the first monitoring- depending on the timing of each intervention.
- **NETWORKED ACTION coordination:**

The Case Plan -before its closing (signature)- must be examined by the REFERENCE PROFESSIONAL so that they can review other actions (benefits and services) mobilised for the same C.U. and ensure coherence between the Case Plan and said actions.

If necessary, the Reference Professional may have to adjust other ongoing actions being developed by any other Network agent.



In this way, the need to mobilise services or benefits for the Case Plan must be known to the Reference Professional so that they can foster or support the activation of as many resources contained in the Map of the Network of Protection¹⁵ as may be necessary.

5.3.3. Documentary records

- **CASE PLAN FORM (summary) (ANNEX V)**, which is to be signed and incorporated into the SR (prior notification to the RP). It contains the Case Plan and the Networked Coordination chart to be filled in by the Reference Professional.

5.3.4. Eventualities

- **The participant does not elaborate a case plan.**
- **The participant elaborates an incomplete case plan.** (e.g., forgetting about some major dimensions or factors susceptible to be intervened).
- **The participant elaborates an inappropriate case plan.** (e.g., unrealistic).

In any of the above circumstances and always presuming that the previous phase has been completed, there can be a “**loop**” where the professional must decide on the timing of the intervention before closing (up to 30 days / 2 interviews could be suggested).

- The above eventualities due to difficulties to understand the process or other ones derived from natural resistance, lack of openness, etc.
- There is incoherence, incompatibility, overlapping, contradiction with other actions performed in the same CU (in which case, CM and RP must reorient the case plan towards the participant).

5.3.5. Key outputs in the participant at the end of this phase

- Participants **visualise their future** and set realistic steps to reach their expectations.
- **They identify and recognise the support** needed during the journey.
- They have had relevant people of their environment to participate in the case plan.
- **They undertake** to take specific actions in the short and the long term.

¹⁵ See ANNEX .

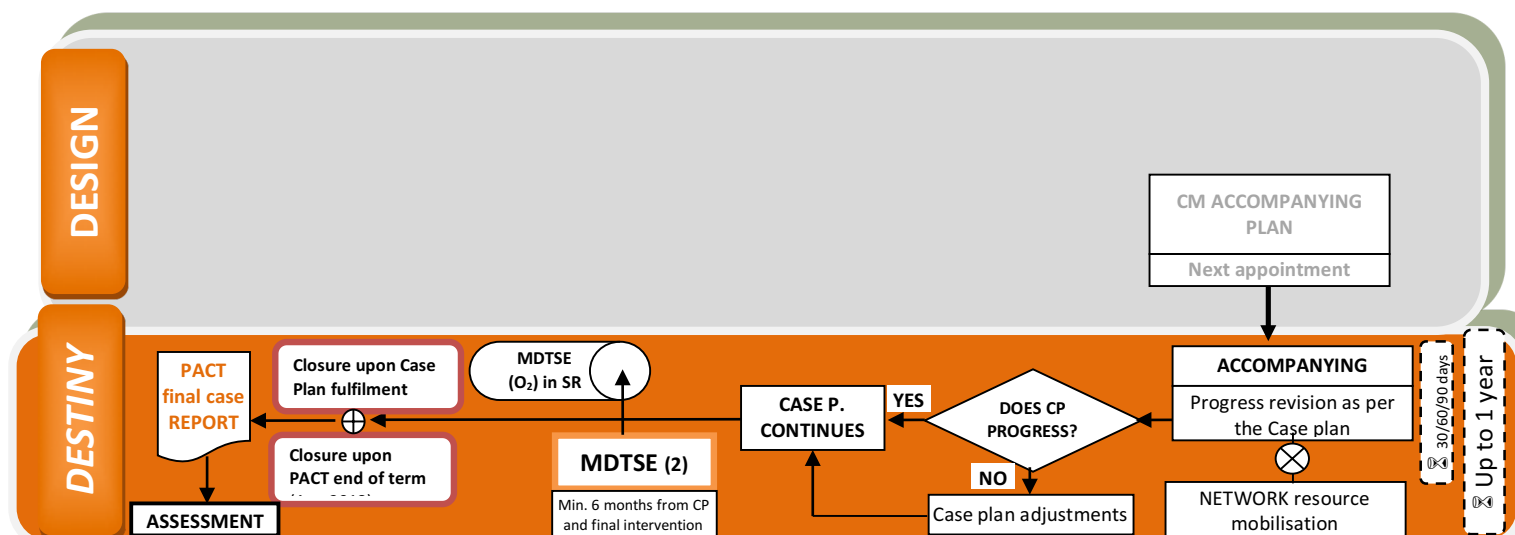


5.3.6. Professional results

- Control on key decisions has been transferred to the user.
- The Role has been totally reconfigured.
- **They undertake** to support the case plan (directly and through mobilisation of the special resources of the Network).
- The Case Plan is communicated to the RP and assumed by the whole NETWORK.



5.4. DESTINY STAGE (deployment and accompanying)



In the final phase, *destiny*, the case plan is executed. Considering the particular and individualised processing of each case, the objectives, terms and supports to be deployed shall be different, which may make this stage impossible to standardise.

Nevertheless, there are elements which must be present in all cases generally: case plan reviews and adjustments; the “measurement” of the progress through a second MDTSE pass to objectify advances; compliance with the project deadlines and the elaboration of monitoring reports and the final report of each case.

5.4.1. Objectives of this phase

- That participants develop the case plan, along with the CM when required and the deployed supports (Network).
- Analyse effects and impacts return them to the participant.

5.4.2. Basic tasks of this phase (it does not contain PACT assessment tasks)

- **Monitoring sessions.** As many as the CM and the participant deem fit. It is suggested, at least, a 30/60/90-day formula to control the first 6 months with three monitoring sessions.
- **MDTSE should be passed again** 6 months after initiating the case plan.
- Each monitoring session shall give rise to a report (succinct monitoring report).
- The RP is informed (or accesses the information) about the monitoring sessions.



- The CM mobilises Network resources (together with the RP, when required).
- The MDTSE is always used (observation 2) when a case is closed.
- Case closure is recorded in the FINAL REPORT, which is notified to the RP (entered in the system SR).
- Case closure also gives rise to the obtaining of all the data necessary for experimental assessment.

5.4.3. Documentary records

- **MONITORING REPORTS.**
- **MDTSE Observation 2 (results).**
- **FINAL REPORT.**

5.4.4. Eventualities

- **There is no progress in the case plan:** standstill. This eventuality must be communicated to the PILOT TEAM if, once 6 months have passed, no changes are appreciated. During a joint session, the manager may resolve to close the case.
- **CLOSURES:** reasons for closure before case plan completion may arise anytime. The reason for the PACT closure is to be recorded in the final report. Considering the number of cases (limited) and the enormous range of possibilities, closure categorisation shall be made afterwards.
- **Incomplete MDTSE O2:** if the participant refuses intervention, it is possible to go on to the second MDTSE professional observation, but there may not be any self-assessment information available on the participant.
- **Other.**

5.4.5. Key outputs in the participant at the end of this phase

- Impacts have been achieved (changes in behaviour/view) on the user.
- Participants have greater control over their own situation and assume responsibility for change.
- Participants are less dependent on the Social Services System.
- Participants have improved their position in the MDTSE inclusion-exclusion threshold.



- In general, the results expected by the PACT (observations of the assessment team).

5.4.6. Professional results

- Total role reconfiguration: ACCOMPANYING as a key task.
- Adhesion to the collaborative culture (Network).
- Collaborative work among colleagues as a source of knowledge and safety.
- In general, the results expected by the PACT (observations of the assessment team).



6. COLLABORATIVE WORK (PILOT TEAM AND NETWORK)

One of the PACT's main axes is the collaborative work among professionals from different agencies and levels within the organisations involved.

The materialisation of the networked approach and the shared learning is essentially conducted within the Pilot Team. Operation of this Team is encouraged at all times by the Support Team (a mixed three-people group of professionals from the Territorial Social Services Management, the Local Entity and one Entity of the Third Sector within the EAPN), who offers proper training, provides advice on use of the corresponding tools, teaches techniques to solve problems which may arise and collects -for proper systematisation- meaningful information on the Network operation.

Thus, the Pilot Team is established as a professional group aimed at mutual support for the learning and the support of the PACT philosophy in the processing of specific cases.

On the other hand, the Network of Protection agreements related to the information exchange, resources and the intervention model are materialised as the actual possibility to provide joint views and seek synergies among the resources applied to the specific cases.

6.1. FUNCTIONS OF THE PILOT TEAM

- Share relevant information of the cases managed.
- Foster mutual learning. Systematise and share the knowledge acquired.
- Serve as a support team for shared clinical diagnosis.
- Streamline the use of resources and the intensity of each case when different agencies converge.
- Share the knowledge on relational networks and other community resources, be they formal or informal (complete an actual Network map).
- Reasonably generate as many changes as deemed convenient in the model itself through experience-based suggestions.



6.2. PILOT TEAM SESSIONS

6.2.1. STANDARD sessions

- Case distribution session(s).

Once the basic contents of the PACT have been explained, considering the 4 given criteria: territoriality, rationality (between 2 and 5 cases per professional), specialisation (as deemed proper to each case) and bond (prior relationships with the case). The CM appointed shall call the participants once the latter received the corresponding letter (announcement).

They take place at the beginning of the pilots, after the training sessions (Mar/Apr 2017).

- Session after the first interviews.

After the development of the first interviews with PACT cases led by the CM, a Pilot Team session shall be held to:

- Determine and share any difficulties in the call procedure (letters, appointments via phone, etc.).
- Determine and share the participants' reactions towards the PACT intervention proposal.
- Determine the difficulties that have arisen in the communication of information to users and share communication improvement strategies.
- Determine the impacts in terms of empowerment and share strategies related to the change of professional-user positioning.

Session expected for May 2017.

- Diagnostic return preparatory session

Once the first approach has been overcome and upon completion of the information process (first cases), it is then convenient to review the MDTSE tool result handling process by conducting some "clinical diagnosis sessions" to provide enough training for diagnostic return.

Session expected for June 2017.

- Case plan preparatory session

Session to remind of the contents related to the case plans.

On the other hand, it shall be verified that all RP (present in the Pilot Team) are aware of the case plans to ensure coherence of the interventions performed (different services and benefits from all agents involved).



Session expected for June 2017, which may parallel diagnosis session(s).

- PACT knowledge collection session(s)

Session(s) to collect evidence on case progress and on the intervention plan monitoring sessions.

Two sessions or more, expected from January to June 2018.

6.2.2. AD HOC sessions

When any Pilot Team professional has any difficulty with case management, that is, related to the intervention model and/or the collaboration among the agencies, they shall submit the situation for processing by the Support Team, who shall convene and prepare the session by providing the proper methodology.

These difficulties during the interventions shall receive specific treatment when dealing with relationships with participants or ethical dilemmas.

Difficulties derived from mere procedures shall be reported to the Support Team for direct processing or transfer to the corresponding PACT work package management, with no need for the Pilot Team to hold a meeting.

6.2.3. Sessions with PACT evaluators

PACT evaluators (UVa) may hold evidence collection sessions along with the Pilot Team when convenient.





The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

7. ANNEXES

DOCUMENTOS PACT.



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

I.- Carta invitación a participantes



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

NOMBRE Y APELLIDOS

DIRECCION:

Estimado/a Sr/a

El motivo de esta carta es comunicarle que **ha sido usted seleccionado/a para ofrecerle una intervención de apoyo personalizado que tiene como finalidad apoyarle en la mejorar su situación.**

Esta intervención es experimental y se desarrolla a través de los servicios sociales de Castilla y León gracias a un proyecto de innovación cofinanciado por la Comisión Europea denominado PACT.

En los próximos días (entre el 17 de abril y el 19 de mayo), D/D^a _____, que es un/a profesional acreditado/a, perteneciente a la Red de Protección a las Familias de Castilla y León, **se pondrá en contacto con usted telefónicamente** para concertar una **entrevista individual** en la que le explicará **con todo detalle en qué consiste la intervención propuesta.**

Reciba un cordial saludo.

_____, a ___ de marzo de 2017

SELLO JUNTA DE CASTILLA Y LEON



El proyecto PACT está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

II.- HS resumida



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

(Contenido pactado en el ámbito de la Red de Protección a las Familias)

Identificación:							
DNI/NIE:		Nombre y Apellidos:			Sexo:		
F. Nacimiento:		País de nacimiento:		Nacionalidad:		Estado de vida:	
Fecha							
Inicio		Lugar			Estado actual		
Ultimo domicilio conocido							
Actualizada	Domicilio particular/ Centro	Domicilio	Localidad	Municipio	Provincia	C.P.	Teléf.
Coordinación de caso							
Provincia		Corporación Local		CEAS		Teléf. CEAS	
Titularidad CEAS							
Miembros de la unidad de convivencia							
Personas	Parentesco en relación con el titular de la Unidad de convivencia			Año Nacimiento	Edad actual	Sexo	
Datos de empleabilidad							
Nivel de estudios		Ocupación		Relación con la actividad económica			
Derechos reconocidos Dependencia:							
Fecha de última Resolución:		PIA:		Prestaciones reconocidas:			
Última prestación		Fecha:		Cuantía:			



Discapacidad:				
TIPO	Valor	Fecha desde	Fecha hasta	Carácter
Grado Discapacidad				
Movilidad reducida				
ATP				
Renta Garantizada de Ciudadanía				
Fecha de reconocimiento inicial:	Clasificación actual:	Última nómina:	Fecha:	Cuantía:
Valoraciones en CEAS				
Fecha	Valoraciones	Coordinación de caso		
Prestaciones y actuaciones en CEAS				
Fecha inicio	Prestaciones y actuaciones	Usuarios	Fecha fin	Coordinación de caso
Observaciones				
Intervenciones del TSAS				



III.- HS completa (estructura de información compartida en PACT)



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

PACT: ANÁLISIS DE CASO

1) Datos de gestión y actualización de la información en servicios sociales

Cód. Caso	
Área	
CEAS	
Fecha de apertura de HS	
Fecha solicitud RGC	
Situación nómina febrero	
Último informe social	

2) Perfil de la persona

Nacionalidad	
Fecha de nacimiento	
Grupo de Edad	
Género	
Estado Civil	
Clasificación RGC	
Tiempo en RGC (nom agosto 2016)	
Nivel de formación académica	

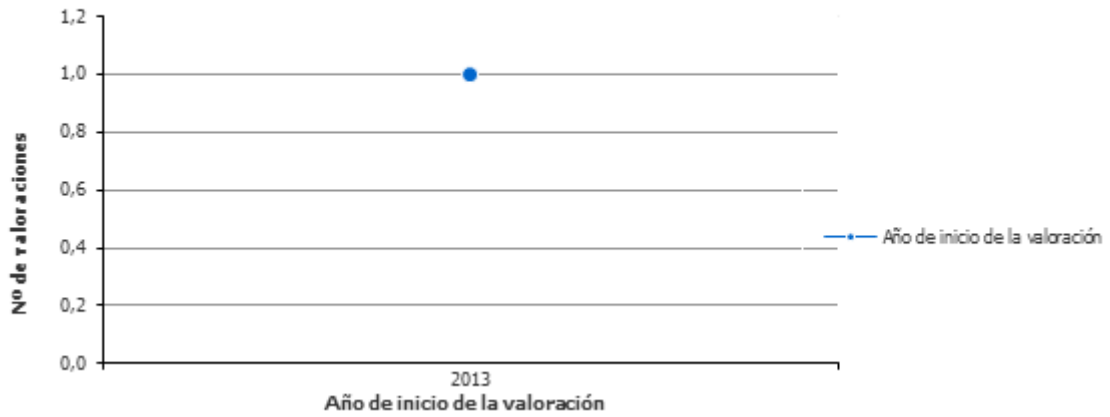
3) Perfil de la Unidad de Convivencia

Número de miembros	
Número de hijos	
Grupo - Minoría	
Menores escolarizados	
Asisten a centro educativo	



4) Trayectoria de valoración y atención por los servicios sociales

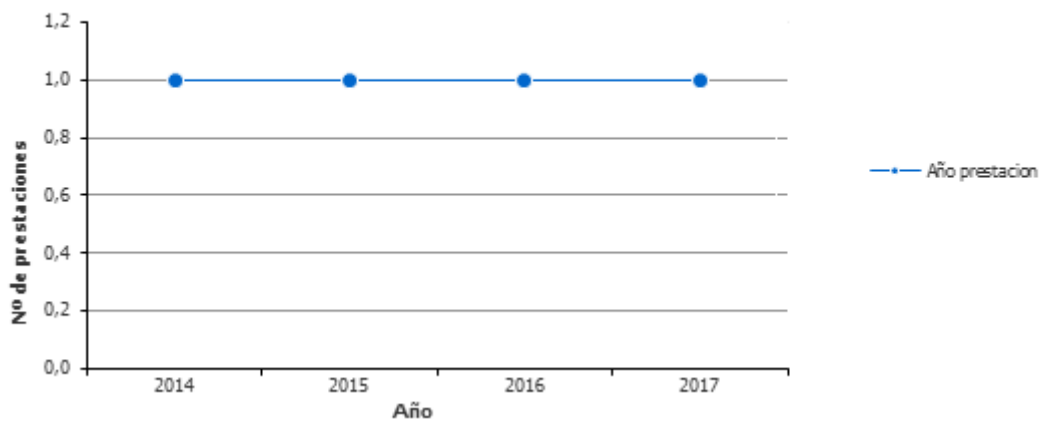
9.2. Trayectoria de valoraciones en SAUSS CEAS
Según grupo de valoraciones (Nivel 1)



Año de inicio de la valoración	4.- COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS

Grupo valoración (Nivel 1)	Descripción de la valoración (4º nivel)	Año de inicio de la valoración

9.1. Trayectoria de prestaciones/actuaciones en SAUSS CEAS
Según grupo de prestaciones (Nivel 1)



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

Año prestación	5.- COBERTURA DE NECESIDADES DE SUBSISTENCIA
-----------------------	---

Grupo prestación (Nivel 1)	Descripción de la prestación (4º nivel)	Año prestación

5) Trayectoria de valoración y atención por el Tercer Sector

Entidades de 3er sector que intervienen con la persona	
Principales intervenciones	
Observaciones de entidades del 3er sector	





The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

IV.- Consentimiento informado



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

FORMULARIO DE **INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO** ESCRITO

TERRITORIO PACT	DISPOSITIVO RED DE PROTECCIÓN
León Salamanca Valladolid (capital) Valladolid (provincia)	(indicar entidad/centro de pertenencia del coordinador/a de caso)
	COORDINADOR DE CASO ASIGNADO
	(indicar PROFESIONAL asignado como coordinador/a de caso)

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA INTERVENCIÓN SOCIAL PACT

Este documento sirve para que dé usted su consentimiento para una intervención del Sistema de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública de Castilla y León denominada **PACT**.

Si usted decide rechazar la intervención PACT, no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a otras prestaciones o servicios que estuviese recibiendo. Usted tiene la potestad de dar por finalizada la intervención cuando lo desee, sin que ello tenga ninguna consecuencia negativa.

La intervención PACT requiere además de su consentimiento, en la medida de lo posible, SU PARTICIPACIÓN y SU COLABORACIÓN. Se tiene evidencia de que a mayor grado de colaboración por su parte, mayores serán las posibilidades de éxito de la intervención.

Antes de dar su consentimiento es importante que esté bien informado. **NO DUDE EN PREGUNTARNOS TODO AQUELLO QUE LE GENERE DUDAS.** Estamos para atenderle.

LO QUE USTED DEBE SABER:

POR QUÉ HE SIDO USTED CONVOCADO/A PARA ESTA INTERVENCIÓN:

Su caso ha sido seleccionado mediante procedimientos estadísticos de muestreo aleatorio dentro de perfiles homogéneos, entre los que se encuentra el ser o el haber sido titular de Renta Garantizada de Ciudadanía.

EN QUÉ CONSISTE PACT. PARA QUÉ SIRVE:

PACT es un proyecto experimental en los servicios sociales financiado por la Comisión Europea que pretende **mejorar la atención que le prestamos**.

El objetivo de una Intervención Social PACT es apoyarle en la mejora de su situación personal y social a través de un chequeo y de plan de actuación personalizado, contando con acompañamiento profesional y con la coordinación entre las entidades que le atienden. La participación en dicho plan será siempre voluntaria y sometida a sus decisiones.

EN QUÉ SE BENEFICIARÁ:

PACT pretende **que usted adquiera un mayor control sobre su propia situación**, ampliar sus posibilidades de **mejora** y **ofrecerle un mejor servicio** mediante la coordinación de actuaciones de las entidades que le apoyan, ya sean estas públicas o privadas e incorporando los nuevos apoyos que se precisen.



CÓMO SE REALIZA:

- Aplicando criterios de proximidad, especialidad y vínculo le ha sido asignado un/a **COORDINADOR/A DE CASO** que es un profesional acreditado de la Red de Protección a Familias y que le acompañará durante todo el proceso.
- El **COORDINADOR/A DE CASO** actuará en colaboración con su **PROFESIONAL DE REFERENCIA** habitual (CEAS) (en ocasiones pueden coincidir).
- Ambos trabajan dentro de un equipo formado por profesionales de las distintas entidades de la Red de protección que están en su territorio. (EQUIPO DE PILOTAJE).
- Se realizará con usted un **DIAGNÓSTICO** completo de diferentes dimensiones vitales (personal, relacional, de salud, económica, laboral, de vivienda...). Los resultados de dicho diagnóstico le serán comunicados, explicados y son de su propiedad.
- Tras el diagnóstico se diseñará un **PLAN DE ACTUACIÓN** personalizado dirigido a la mejora de su situación. Dicho plan –elaborado siempre con su participación– contendrá actuaciones concretas, plazos y seguimientos pactados con usted.
- La **duración estimada** de la intervención PACT puede oscilar entre los **5 y los 14 meses**.

QUÉ EFECTOS PRODUCIRÁ:

La intervención PACT busca **mejorar su situación personal y social** a través de una atención personalizada y de una estrategia en las que usted tomará las decisiones sobre el camino a seguir y los pasos a dar.

La intervención PACT es plenamente **compatible y complementaria de otras atenciones, prestaciones y servicios** que usted esté recibiendo del Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública de Castilla y León.

La intervención PACT **no supone en ningún caso la pérdida de prestaciones o servicios** a los que ya accede cumpliendo los requisitos de acceso a los mismos contenidos en su regulación concreta.

A lo largo de la intervención, eso sí, se podrá buscar y sugerir una **mejor coherencia y complementariedad entre las prestaciones o servicios que usted estuviera disfrutando incluyendo otros nuevos a los que pudiera acceder**. Esta adecuación entre el plan de caso PACT y las prestaciones o servicios que reciba vendrá asegurada por su PROFESIONAL DE REFERENCIA (CEAS).

TRATAMIENTO COMPARTIDO DE SU INFORMACIÓN:

Los profesionales PACT actúan en Red. Esto significa que **las informaciones relativas a su caso podrán ser compartidas con otros profesionales en el seno del EQUIPO DE PILOTAJE PACT**. Todos cuantos intervengan en sesiones de método clínico **son profesionales acreditados y están sometidos a secreto profesional** asegurando la confidencialidad sobre su situación y sus circunstancias.

La información relacionada con su situación y los avances de la intervención serán anotados en su Historia Social. El carácter experimental de PACT hace que la información relativa a la intervención social pueda ser utilizada además con **finés de investigación**. En caso de difusión de resultados de dichas investigaciones, su información y sus datos serán **anonimizados**.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS DEL PARTICIPANTE

DNI / NIE:	APELLIDOS Y NOMBRE:
------------	---------------------

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO:

	APELLIDOS Y NOMBRE	ENTIDAD RED
COORDINADOR/A DE CASO		
PROF. DE REFERENCIA		
OTROS (EQUIPO PACT)		

CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña, _____ manifiesto que he comprendido la información anterior y que estoy conforme con la INTERVENCIÓN SOCIAL PACT que se me ofrece. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. He tomado consciente y libremente la decisión de participar en dicha intervención. Sé que puedo revocar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO (señalar X lo que proceda)

AUTORIZO a que se realicen las actuaciones previstas en la intervención PACT: Obtención de información, diagnóstico, plan de caso y seguimiento;

AUTORIZO a los profesionales que intervengan en el proceso a que realicen consultas y añadan o actualicen informaciones en mi Historia Social;

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que los profesionales del EQUIPO DE PILOTAJE PACT correspondiente, puedan tratar sobre mi caso en sesión conjunta;

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que los datos derivados de la intervención PACT puedan utilizarse con fines de investigación.

En _____ a ___ de _____ de 2017

EL/LA PARTICIPANTE

Fdo.:



RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña, _____ no autorizo a la realización de esta intervención social PACT habiendo sido informado/a de los posibles beneficios de la misma y renunciando a los mismos.

En _____ a ____ de _____ de 2017

EL/LA PARTICIPANTE

Fdo.:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención social PACT, habiendo sido informado/a de los posibles beneficios de la misma y renunciando a los mismos.

En _____ a ____ de _____ de 2017

EL/LA PARTICIPANTE

Fdo.:



V.- Modelo de plan de Caso



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

PLANILLA PARA PLAN DE CASO PACT

1.- IDENTIFICACIÓN DE CASO: CÓD .CASO ____ HDME Nº ____

ESTRATEGIA GENERAL SUGERIDA PARA ESTE CASO:

2.- FACTORES Y ACTUACIONES IDENTIFICADOS como objeto de intervención:

FACTOR seleccionado ⁱⁱ	ACTUACIONES previstas ⁱⁱⁱ	Actor ^{iv}	RESULTADO esperado ^v	DURACIÓN (nº meses) ^{vi}	INDICADORES VERIFICACIÓN ^{vii}

Observaciones/aclaraciones a la tabla anterior ^{viii}:

Fecha prevista de seguimiento actuaciones y resultados ^{ix}: __/__/201__

Plan acordado en *localidad*....., *día*..... *mes*..... *año*.....

Firma de la persona participante

Firma de Coordinador/a de caso



PLANILLA DE COORDINACIÓN PLAN DE CASO PACT

3. DESPLIEGUE / ACTIVACIÓN / AJUSTE / DE PRESTACIONES Y SERVICIOS DE LA RED^x. (A desarrollar de manera acordada con el/la **Profesional de Referencia** del CEAS).

- El plan de caso no requiere ajuste/revisión/activación de otras prestaciones o servicios. (pasa a punto 4)
- El plan de caso requiere ajuste/revisión/activación de otras prestaciones o servicios. (indicar en tabla)

PRESTACIÓN / SERVICIO	(COD) ^{xi}	ACCIÓN	ENTIDAD TITULAR	PLAZO PREVISTO
		Activar/desplegar <input type="checkbox"/> ; Mantener <input type="checkbox"/> ; Ajustar <input type="checkbox"/> ; Suprimir <input type="checkbox"/> Otra (indicar) _____ <input type="checkbox"/>		De __/__/__. a __/__/__.
		Activar/desplegar <input type="checkbox"/> ; Mantener <input type="checkbox"/> ; Ajustar <input type="checkbox"/> ; Suprimir <input type="checkbox"/> Otra (indicar) _____ <input type="checkbox"/>		De __/__/__. a __/__/__.
		Activar/desplegar <input type="checkbox"/> ; Mantener <input type="checkbox"/> ; Ajustar <input type="checkbox"/> ; Suprimir <input type="checkbox"/> Otra (indicar) _____ <input type="checkbox"/>		De __/__/__. a __/__/__.

Observaciones a la tabla anterior:

Conforme con el plan de caso:

Firma Prof. de referencia CEAS

4. SEGUIMIENTOS^{xii}.

Fecha ^{xiii}	Contenido/Observaciones ^{xiv}	Fecha próximo seguimiento
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__

5. RED / COORDINACIÓN^{xv}. Identificación de **DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL CASO.**

Dispositivo/entidad	Persona ^{xvi}	Rol ^{xvii}	Datos de contacto
CEAS _____		Profesional de referencia	E-mail: Telf.:
_____/_____		Coordinador/a de caso	E-mail: Telf.:
			E-mail: Telf.:
			E-mail: Telf.:

Observaciones a la tabla anterior:





Notas

- i. Indicar sentido general (global) de la intervención. Se sugieren infinitivos de acción como MANTENER, CORREGIR, AFRONTAR, MODIFICAR, APROVECHAR, AMPLIAR, ADQUIRIR, REDUCIR... En definitiva responde a QUÉ SE QUIERE CONSEGUIR.
 - ii. Factores –de los identificados en HDME- sobre los que procede intervenir de forma consensuada con la persona participante. Supone suficiente control o margen de maniobra sobre ellos. No conviene plantear un número excesivo de factores sobre los que intervenir. Pueden (deben) plantearse diversas acciones dentro de un mismo factor.
 - iii. Actividades previstas y actor (quién realiza la acción). Es muy oportuno intentar que, de las acciones previstas, alguna sea de corto plazo (no más de dos meses), fácilmente realizable y con impacto medible inmediato
 - iv. Participante / Coordinador de caso / Profesional de referencia / etc...
 - v. Identificar el RESULTADO CONCRETO que se pretende respecto a ese factor. No se trata de plasmar el deseo de situación final sino de una meta medible que pueda ser objeto de verificación posterior. Cada actuación debe desembocar en un resultado concreto.
 - vi. Meses previstos de duración desde la fecha del Plan hasta la consecución del resultado. Alguna de las actuaciones debería no prolongarse más allá de dos/tres meses.
 - vii. A través de qué observación / dato específico / hecho concreto se verificará el resultado.
 - viii. Incorporar explicaciones a la tabla de factores, acciones, resultados...
 - ix. El primer seguimiento MÍNIMO entre uno y dos meses. Puede dar lugar a reajuste de Plan de caso.
-
- x. Este apartado debe ser rellenado por el/la PROFESIONAL DE REFERENCIA.
 - xi. Indicar si se trata de prestación/ servicio o valoración codificada.
 - xii. Este apartado debe ser rellenado por el/la COORDINADOR DE CASO.
 - xiii. Indicar fecha en que se produce el seguimiento
 - xiv. Indicar estado, avances, logro de resultados esperados y/o ajustes necesarios.
 - xv. Identificación de todos los profesionales implicados en el Plan de Caso.
 - xvi. Nombre y apellidos
 - xvii. Indicar rol profesional (EDIS, EPAP, PAF, otros de segundo nivel, otros profesionales de entidad agente...) o voluntario (en el caso de entidades colaboradoras de la red u otras personas implicadas en el plan)



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

VI.- Mapa de recursos de la Red: ESTRUCTURA



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).



The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

EL MAPA DE RECURSOS DE LA RED DE PROTECCIÓN A LAS FAMILIAS

El mapa de recursos de la Red de Protección recoge de forma ordenada los servicios y prestaciones de las entidades públicas y privadas miembros de la Red de protección, con criterios homogéneos.

El mapa se configura en dispositivos, que son unidades funcionales de atención de la Red de protección, que incluyen tanto a los profesionales como al conjunto de los servicios y prestaciones que ofrecen dentro de la misma.

Se han establecido 5 clases de dispositivos, en función del conjunto concreto de prestaciones y servicios que ofrecen y del rol profesional que desempeñan en la Red.

En cuanto a lo primero, la denominación de las prestaciones y servicios del mapa toma como referencia el Catálogo de Servicios Sociales, identificándolos con las prestaciones que ya existen en dicho Catálogo (con referencia expresa a su codificación). En el caso de no existir esa equivalencia, se han definido como actuaciones, sin codificación.

En relación a lo segundo, los dispositivos adquieren la categoría de agentes o colaboradores de la red en función de si el tipo de prestaciones que ofrecen requieren la intervención de profesionales con una cualificación específica en el ámbito de los servicios sociales. De este modo, la configuración del mapa contribuye a organizar la gestión del acceso a la información compartida.

A continuación se describen los distintos dispositivos que configuran el Mapa.

DISPOSITIVOS DE LA RED DE PROTECCIÓN

1. DISPOSITIVOS DE LA RED DE PROTECCIÓN PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA, ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

En estos dispositivos, de carácter agente, se dispensan aquellas atenciones de primer nivel, que con carácter general se requieren en los procesos de inclusión social, como la información, orientación, valoración y asesoramiento, además de la cobertura de necesidades básicas.. Dentro de esta clase, se incluyen:

1.1. Unidades de Información de la Gerencia de Servicios Sociales

Prestan atención directa al público, facilitando información general de los programas, actividades, prestaciones, ayudas y servicios que son competencia de la Gerencia de Servicios Sociales, así como de los requisitos para acceder a ellos y el asesoramiento en la cumplimentación y presentación de la documentación necesaria.

1.2. Equipos de Acción Social Básica. CEAS

Los CEAS constituyen la unidad funcional de referencia del sistema de servicios sociales para la valoración de casos, dispensación de servicios y coordinación y seguimiento de las prestaciones.

Los profesionales de referencia para los individuos atendidos por parte de la Red de Protección forman parte de los equipos de acción social básica. Estos profesionales velarán por que dicha atención sea integral, coordinada y personalizada, y garantizarán su continuidad; ello sin perjuicio de las funciones que cada miembro de la Red de Protección desarrolle en la misma.

Los CEAS disponen de una amplia gama de servicios, dirigidos a la atención en diversos ámbitos de necesidad. Si nos ceñimos a la Red de protección -constituida por recursos destinados a



ofrecer a las personas en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social una respuesta individualizada e integral-, ofrecen los siguientes servicios del Catálogo de servicios sociales:

- **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre inclusión social
- **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión social
- **Prestación: 30.** Prestaciones económicas para la cobertura de las necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social.
- **Prestación: 31.** Prestación extraordinaria frente a situaciones de deuda hipotecaria.
- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos.
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones)

Junto con estos servicios incluidos en la tipología de recursos de la Red de Protección, se podrán dispensar otros, compatibles con éstos.

1.3. Equipos de acogida y atención primaria del Tercer Sector de Acción Social

Se encargan de las actuaciones de atención inicial a personas, familias o colectivos en situación o riesgo de exclusión social, prestando información, orientación y asesoramiento, así como de estudiar y analizar las necesidades planteadas o detectadas, prevenir situaciones de exclusión social y planificar la atención en colaboración con el interesado y su entorno familiar, proporcionando acompañamiento en los procesos de inclusión social y laboral.

Siempre que la atención haya de prolongarse en el tiempo, realiza el seguimiento de la evolución de las necesidades de la persona y/o los cambios que se produzcan en su situación personal y/o familiar.

Pueden también facilitar recursos para la cobertura de necesidades básicas de subsistencia, o el acceso a otros recursos complementarios, de promoción personal, familiar o laboral.

Para ser considerados dispositivos de la Red para la atención primaria, deben cumplir las siguientes condiciones:

- Incluir, al menos, uno de los siguientes servicios del Catálogo de servicios sociales:
 - **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre inclusión social
 - **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión social
- Estar realizada por profesionales del ámbito de los servicios sociales (trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, pedagogos u otras cualificaciones profesionales afines).

Junto con ello, pueden incluir otros servicios o atenciones compatibles:

- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de alimentación
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones, ayudas económicas y prestaciones en especie)

2. EQUIPOS DE APOYO TÉCNICO PERSONAL Y FAMILIAR PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

Son equipos específicos de carácter multidisciplinar, que forman parte del segundo nivel organizativo del sistema de responsabilidad pública de servicios sociales. Están integrados por profesionales especialistas, en función del ámbito o tipo de actuación a realizar, y van dirigidos a la atención de necesidades específicas en relación con la inclusión social.



Dentro de esta clase de dispositivo agente, se incluyen:

2.1. Equipos multidisciplinares para la inclusión del sistema público

2.2. Oficinas de insolvencia hipotecaria

2.3. Equipos para la inclusión social del tercer sector de acción social

Realizan intervenciones profesionales orientadas a potenciar las capacidades y competencias de las personas y/o sus familias, para favorecer su integración social. Abordan diferentes ámbitos de los individuos, como el cognitivo, emocional o conductual, mediante técnicas psicosociales y educativas, con la finalidad de promover su autonomía y mantener o mejorar su integración social y laboral y su participación en la vida comunitaria. Promueven o facilitan los apoyos necesarios para la cobertura de sus necesidades básicas y el afrontamiento de las situaciones de crisis.

Estos dispositivos ofrecen alguna de las siguientes prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios Sociales:

- **Prestación: 11.8.** Servicio de apoyo familiar para la inclusión social
Apoyo técnico a través del entorno familiar de las personas que lo necesitan para su inclusión social, con el objeto de promover la adecuada cobertura de sus necesidades básicas y su autonomía personal.
- **Prestación: 11.9.** Servicio integral de apoyo a familias en riesgo de desahucio
Información, asesoramiento e interlocución con las entidades financieras a las familias con dificultades para atender el pago de los préstamos hipotecarios y pueden perder su vivienda habitual, cuando ello constituye un riesgo de exclusión social.
- **Prestación: 24.12.** Servicio de apoyo técnico para la inclusión social.
Apoyo técnico a las personas que lo necesitan para su inclusión social, con el objeto de promover la adecuada cobertura de sus necesidades básicas y su competencia para su desarrollo personal y su participación en la vida comunitaria. Dirigido a personas y familias en situación de vulnerabilidad, de riesgo o en exclusión social.
- **Prestación: 24.3.** Servicio de apoyo técnico a jóvenes para la transición a la vida adulta.
Intervención profesional orientada a promover la autonomía personal de jóvenes de 18 años a 21 años provenientes del sistema de protección a la infancia y en riesgo de exclusión social, mantener o mejorar su integración social y promover su participación en la vida comunitaria.
- **Prestación: 25.4.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de personas en riesgo de exclusión social
Intervenciones profesionales orientadas a promover la inclusión social y laboral de personas en situación o riesgo de exclusión social, dentro de un itinerario integral de inserción. Dirigidas a personas en situación o riesgo de exclusión social, y de forma prioritaria, a los beneficiarios de Renta Garantizada de Ciudadanía.
- **Prestación: 25.1.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de menores provenientes de los sistemas de infancia
Desarrollan itinerarios individuales de inserción en el mercado laboral a través de actuaciones de orientación profesional, capacitación personal y formación dirigidos a jóvenes a partir de los 16 años que procedan del sistema de protección o que hayan cumplido o se encuentren cumpliendo medida judicial impuesta de responsabilidad penal de menores, o hayan participado en programas de solución extrajudicial.

Junto con ello, pueden incluir otros servicios o atenciones compatibles con éstos:

- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de alimentación
- **Actuación:** Provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones, prestaciones económicas y en especie)
- **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre inclusión social



- **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión social

3. RECURSOS DE ALOJAMIENTO PARA LA INCLUSIÓN

Aquellos dirigidos a garantizar la atención integral, continuada, y adaptada a las necesidades de las personas sin hogar, en situación o riesgo de exclusión social, promoviendo su vida autónoma con un estilo de vida normalizado, y potenciando sus capacidades y su integración social.

Como recursos de alojamiento de la Red se refieren a uno de estos servicios del Catálogo:

- **Prestación: 27.7.** Servicio de alojamiento para personas sin hogar
Atención integral, continuada, y adaptada a las necesidades de las personas sin hogar, promoviendo su vida autónoma con un estilo de vida normalizado, y potenciando sus capacidades y su integración social.
- **Prestación: 24.3.** Servicio de apoyo técnico a jóvenes para la transición a la vida adulta:
Atención integral, continuada, y adaptada a las necesidades de las personas entre 18 y 21 años que han estado en situación de desprotección, con un estilo de vida normalizado, promoviendo su vida autónoma, y potenciando su integración social.

Pueden incluir otros servicios o atenciones compatibles con las propias.

- **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre Inclusión Social
- **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de necesidades básicas (prestaciones económicas, ayudas de transporte...)
- **Prestación: 25.4.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de personas en riesgo de exclusión social
- **Prestación: 25.1.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de menores provenientes de los sistemas de infancia

4. DISPOSITIVOS COLABORADORES DE LA RED DE PROTECCION

Estos dispositivos desarrollan o participan en recursos, programas, servicios, actividades, prestaciones o cualquier otra actuación relacionada con la Red de Protección, que no contemplan la intervención profesional desarrollada por profesionales del ámbito de los servicios sociales, pudiendo ser realizadas por profesionales de ámbitos diversos, o por voluntarios.

Las prestaciones o actuaciones que llevan a cabo pueden tener un carácter complementario a las intervenciones que se realizan desde la atención primaria o desde los equipos de apoyo técnico para la inclusión social.

4.1. Recursos para el empleo

Son dispositivos que ofrecen servicios dirigidos a la atención de necesidades específicas relacionadas con el acceso al empleo, tanto los enfocados a la mejora de las capacidades del individuo para incrementar su empleabilidad, como los que inciden en el tejido empresarial para favorecer la contratación y el mantenimiento del empleo a los colectivos que presentan dificultades de acceso al mismo.

Se incluyen, por tanto, acciones como la formación laboral, la capacitación profesional o adquisición de aprendizajes o habilidades instrumentales para el desempeño de tareas; también se incluyen actuaciones o medidas de apoyo al autoempleo, contratos de inserción u otras medidas de fomento de la contratación individual.



Estos recursos tienen carácter de colaboradores, pues no requieren de profesionales del ámbito de servicios sociales, pudiendo ser complementarios a las intervenciones que se realizan desde la atención primaria o desde los equipos de apoyo técnico para la inclusión social, dentro del plan de atención individual de la persona.

Contempla recursos tanto del área de empleo como propios de los servicios sociales, agrupados en tres bloques:

✓ **Medidas personalizadas de inserción laboral:**

- **Actuación:** Programa de orientación, formación e inserción (OFI) del ECyL: acompañamiento integral y continuo al trabajador desempleado, basado en una orientación profesional adecuada, formación y una búsqueda activa de empleo.
- **Actuación:** Actuaciones de orientación para el empleo y el autoempleo.
- **Actuación:** Agencias de colocación.

✓ **Medidas de fomento a la contratación:**

- **Actuación:** Programa Mixto de formación en alternancia con el empleo: Medida activa de fomento del empleo del ECyL para mejorar la empleabilidad de las personas desempleadas, a través de la combinación de acciones de formación en alternancia con el trabajo efectivo y mediante la ejecución de obras o servicios de utilidad pública e interés social.
- **Actuación:** Empresas de Inserción.
- **Actuación:** Acciones dirigidas a empresas para el fomento a la contratación.

✓ **Formación para el empleo:**

- **Actuación:** Programa de formación para el empleo (FOD): acciones formativas organizadas por el ECyL dirigidas prioritariamente a trabajadores desempleados, desarrolladas por centros de formación inscritos y acreditados en el Registro de Centros y Entidades de Formación Profesional para el Empleo de Castilla y León.
- **Actuación:** Acciones de formación y capacitación para el empleo desarrolladas por entidades del tercer sector de acción social,

4.2. Dispositivos para la atención de necesidades básicas

Son aquellos que prestan atenciones de carácter instrumental en ámbitos concretos de necesidad, como puede ser la cobertura de necesidades o básicas de subsistencia (alimentos, higiene, pernoctaciones, etc) -que requieren en muchos casos la provisión inmediata o urgente-, o bien relacionadas con habilidades instrumentales básicas (aprendizaje del idioma, alfabetización).

Las prestaciones o actuaciones que llevan a cabo incluyen alguna de estas:

- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de alimentación
- **Actuación:** Provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones, prestaciones económicas y en especie)
- **Actuación:** Información sobre prestaciones y recursos incluidos en la Red

EL MAPA DE RECURSOS EN LA ATENCIÓN COLABORATIVA



La intervención en red para la atención integral requiere compartir información entre profesionales y recursos de diversa naturaleza y titularidad, poniéndolos al servicio de un plan individual de atención a las personas en riesgo o situación de exclusión.

El mapa constituye así un instrumento de ordenación de recursos, formulados con un lenguaje común, que permite dar a conocer los dispositivos pertenecientes a las entidades miembros de la Red de Protección en un territorio, su contenido y su condición de agentes o colaboradores.

De este modo, en el proceso de atención, será posible construir un plan de intervención que tenga en cuenta las prestaciones necesarias y la coordinación que se precisa para ponerlo en marcha. En todo caso, las actuaciones concretas y los apoyos que se barajen se habrán de estudiar conjuntamente entre todos los actores implicados, siempre velando por la coherencia en las actuaciones. Este papel corresponde al profesional de referencia del sistema público, quien ha de garantizar la integralidad y la continuidad de la intervención.



VII NOTAS METODOLÓGICAS (APRENDIZAJES INICIALES APORTADOS POR LOS ETL durante la fase de diseño del modelo de intervención)

De las sesiones de presentación de casos por parte de profesionales integrantes de los Equipos Técnicos Locales (ETL) de Salamanca, León y Valladolid se han extraído algunas lecciones aprendidas que son presentadas sucintamente acompañadas de un DISCUTIBLE comentario de desarrollo (recuadros en gris).





The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).

1. LA “CRONIFICACIÓN”: Hay diferentes trayectorias hacia la *cronicidad* entendida esta como la dependencia del sistema de apoyos y la pérdida de autonomía por un periodo de tiempo excesivo o ilimitado.

Respecto al término a la cronicidad o cronificación conviene diferenciar la CRONICIDAD DE SITUACIÓN (situación de exclusión prolongada en el tiempo) respecto a la CRONICIDAD EN EL CONSUMO DE AYUDAS (dependencia prolongada del sistema), en función del punto de vista...

		Dependencia del sistema de ayudas	
		ALTA	BAJA
Cronicidad de situación de vulnerabilidad	ALTA	1	2
	BAJA	3	4

- 1 = Vulnerabilidad continua + alta dependencia de ayudas
- 2 = Vulnerabilidad continua + baja dependencia de ayudas
- 3 = Vulnerabilidad intermitente o reciente + alta dependencia de ayudas
- 4 = Vulnerabilidad intermitente o reciente + baja dependencia de ayudas

En su primera acepción (vulnerabilidad) la CRONIFICACIÓN se aprecia cuando las personas no están en trayectoria de inclusión y –como hipótesis- presentarán ausencia de autonomía de subsistencia y dependencia de ayudas sociales por periodos muy largos en el tiempo (años).

Varían las INTENSIDADES y GRADOS. Así encontramos casos de riesgo de dependencia en los que el evento crítico pudo ser la pérdida de empleo estable asociado a la baja cualificación y/o a la edad (> 45 años). A medida que pasa el tiempo el riesgo de cronicidad se acentúa.

Encontramos casos en vulnerabilidad permanente que implica acercamiento a los servicios sociales públicos y privados de forma intermitente pero continuada y por factores múltiples –no solo económicos- (procesos en forma de espiral de FERMAT). Cambios coyunturales como pequeñas crisis, imprevistos, inseguridad laboral permanente, etc... hacen que se viva en la frontera de la exclusión.

Otros casos son casos de alta dependencia de los sistemas de protección sin apreciarse alternativas de salida. Por ejemplo una pérdida de empleo unida a una nula empleabilidad (por formación y/o edad) o a una enfermedad o discapacidad, permiten aventurar una dependencia total de ayudas de supervivencia económica en el corto y medio plazo.

En todos los casos hay que valorar si la tendencia es positiva, de estancamiento o de deterioro progresivo.

2. LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL – ¿Enfrentamos elementos culturales de difícil modificación?

Es evidente que algunos casos –familias- presentan dinámicas de repetición de patrones de exclusión que provocan que los egresados de las unidades de convivencia repitan las trayectorias de alta dependencia de las ayudas y las dinámicas de pobreza y exclusión.

Se percibe que la modificación de pautas culturales tendentes a la repetición de trayectorias es posible pero es muy lenta y requiere de cambios de muy largo plazo. En todo caso es clave detectar y analizar las situaciones en las que hay menores cuyas condiciones vitales de desventaja junto a los patrones de desarrollo se presentan como permanentes y de apariencia inmutable.

La TIP es el estadio más grave de la cronicidad y se confirma cuando los egresados de una Unidad Convivencial repiten las pautas de exclusión y las estrategias de supervivencia sin conseguir mejorar el punto de partida.

La existencia de MENORES en los núcleos convivenciales atendidos tiene que generar intervenciones que intenten MEJORAR la POSICIÓN DE INTEGRACIÓN de los descendientes.

La superación de **barreras y condicionantes** junto a las claves educativas, juegan aquí un **papel crítico**.



3. **MOTIVACIÓN del usuario COMO ELEMENTO ESENCIAL** (ojo a la diferente motivación respecto a los profesionales/entidades). Es el “**combustible**” de la intervención.

La clave operacional es la **ENERGÍA PARA EL CAMBIO**. La Intervención profesional y el planteamiento del Plan de Intervención, contendrán elementos de cambio de visión y de comportamiento que son imposibles de alcanzar por parte de las personas acompañadas si no existe un mínimo grado de **MOTIVACIÓN**.

Aquí la lectura profesional debe hacerse también en términos de existencia o no de **INCOMODIDAD, MALESTAR o SUFRIMIENTO** de las personas con la situación de partida. Si las personas atendidas están “subjetivamente bien” en su posición actual, no es plausible esperar un cambio. No hay **RAZÓN** para el esfuerzo que supone el cambio.

Dicho de otra forma, el **MALESTAR** con la situación es una fuente de motivación esencial. Si no se percibe el mismo, la **PALANCA de la INTERVENCIÓN SOCIAL** se podría quedar sin punto de apoyo. (Ver *principio de la palanca* en Peter M. Senge). Surge entonces la tentación de la coerción (denominada en ocasiones con el eufemismo de “condicionalidad”). ¿Es esta la única opción estratégica?

La otra fuente primordial de **MOTIVACIÓN** son los **ANHELOS conectados a proyectos vitales**. Desear un cambio posicional personal/familiar es fuente de energía (pulsión) para el cambio.

Si la percepción de caso es que se presenta un *diagrama energético PLANO* (no muestra interés o incomodidad...) o se parte de **AGOTAMIENTO Y/O ABANDONO** entonces no parece viable una intervención inmediata de impacto.

Procede **localizar el punto de palanca o esperar** (“espera activa”) que una crisis modifique la situación. La “espera activa” está ligada al vínculo. El usuario tiene que saber que en todo caso, el profesional está ahí.

En todo caso, la motivación expresada en términos de **DESEO DE CAMBIO** es un elemento crítico en la intervención.

No siempre se explicitan los deseos o los malestares. La lógica de la intervención nos lleva a una cierta mayéutica, esto es, a facilitar el discurso del usuario. De ahí la necesidad de diagnosticar y re-diagnosticar.

4. **CADA INTERVENCIÓN SE CIERRA cuando hay PASOS EVIDENTES HACIA LA AUTONOMÍA**. Procede diseñar los hitos del itinerario para que no se haga un “viaje eterno” o se entre en un bucle.

La baja tasa de autonomía lograda (¿?) y el transcurrir de tiempos muy prolongados en vulnerabilidad pueden generar (generan de hecho) frustración en usuarios y profesionales.

Lejos de enfatizar los “cierres” de caso por emancipación, es importante explicitar los avances sucesivos en forma de pasos dados (*steps*), por pequeños que sean, de forma que se evidencien los avances (outcomes) entendidos estos como los pequeños cambios de comportamiento, actitud o estado. Se persiguen – generalmente- mejoras progresivas y sostenidas más que “éxitos” espectaculares.

Otra cosa es considerar que la mayoría de casos expuestos como exitosos (casos de alta complejidad con diferentes dimensiones afectadas) tuvieron resoluciones de largo plazo 3 a 5 años.

Procedería, eso sí, determinar **conjunto de síntomas y/o tiempos de intervención a partir de los cuales conviene revisar la estrategia** o incluso cambiar de operador profesional directo para evitar **ESTANCAMIENTOS**.



5. VARIOS PROFESIONALES... – DIFERENTES ROLES:

En los casos presentados, generalmente intervienen diferentes profesionales desde diferentes entidades y programas.

Este es un PUNTO CRUCIAL en la intervención en exclusión. La adecuada ordenación (coordinación) de la intervención parece estar presente en la mayoría de los casos considerados “exitosos”. No obstante, sensu contrario, hay que abordar los peligros de la sobre-intervención (varios agentes actuando de forma redundante) o de la disparidad de estrategias (varios agentes interviniendo hacia diferentes direcciones)

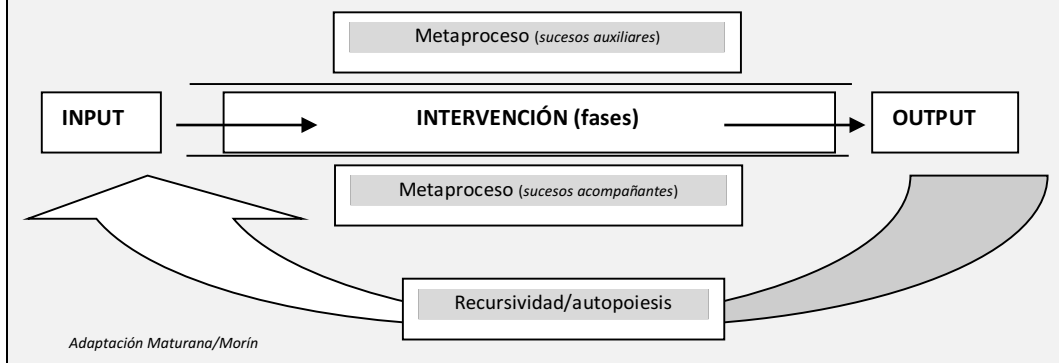
La **SISTEMATIZACIÓN** de la intervención PACT requerirá definir con claridad los ROLES profesionales SITUACIONALES relacionados con el caso y con la metodología de intervención para poder establecer las responsabilidades y las coordinaciones necesarias.

Así podremos encontrar diferentes perfiles (a discutir):

“COORDINADOR” DE CASO: Materializa el derecho a disponer de un profesional de referencia. Conoce las intervenciones y el plan de intervención (ambos integrados en el sistema de información). Por defecto es el TS de CEAS pero esta función puede ser trasladada a segundo nivel.

HIGH QUALITY CASE “HANDLER”: Es el/la profesional que conoce el caso en profundidad, conoce el proyecto de vida, el estado, la trayectoria y tiene el vínculo. Generalmente se trata de un segundo nivel de atención (de 3er sector o público) si bien puede ser ejercido por el primer nivel de atención CEAS.

“SUPERVISOR”/MENTOR: Un profesional integrado en las organizaciones PACT, experto en inclusión, que tiene experiencia y un alto grado de conocimiento del modelo de intervención propuesto. Apoya a los *equipos multiagente* en los procesos COMPLEJOS de intervención y proporciona apoyo en la lectura de los METAPROCESOS que surgen durante la intervención.



NOTA: Más adelante se reconfiguró el lenguaje a Coordinador de caso y Profesional de referencia tal como aparece en el Manual.

6. ESTRATEGIA COLABORATIVA - COORDINACIÓN DE ACTUACIONES ENTRE AGENTES: Esencial por generar sinergias y evitar contradicciones. También mejora el APOYO AL PROFESIONAL DE REFERENCIA por contar con visiones de otros/as colegas.

Las experiencias de resolución positiva en el abordaje de casos complejos de exclusión demuestran que es imprescindible la actuación coordinada y simultánea de diversas agencias y profesionales.

La cuestión es la SISTEMATIZACIÓN Y ORDENACIÓN DE ESTA PRÁCTICA. La “buena voluntad” es positiva, es necesaria... pero NO ES SUFICIENTE.

La **estrategia colaborativa**, para ser realmente eficaz y eficiente debe:

- Ser autorizada por el usuario.
- Ser percibida por el usuario.
- Contener procedimientos (tareas, roles, tiempos...) conocidos y compartidos por las agencias y sus profesionales.
- Generar evidencias (datos) en forma de TRAZABILIDAD
- Contener espacios de información RELEVANTE compartida (valoraciones)
- Permitir la investigación (información sobre patrones, patologías, intervenciones y huecos de desatención)
- Generar APRENDIZAJES (especialmente entre profesionales)



7. VISIONES DIFERENTES DE LA INTERVENCIÓN: Imprescindible SITUAR los PLANOS de la intervención. Poner en evidencia los intereses profesionales y del usuario y ALINEAR los que sea posible.

Los intereses del USUARIO de los servicios sociales al acercarse a los mismos no necesariamente coinciden –de hecho, generalmente no coinciden– con los objetivos de los servicios a los que acude.

El objetivo primario del usuario se sitúa muchas veces en la petición de ayuda puntual para la resolución de un problema/s concreto/s; muy lejos de realizar planteamientos globales de disminución de la vulnerabilidad o de adquisición de autonomía.

Desde esa óptica (que es mucho más compleja que lo relatado aquí) cabe la posibilidad de la mera atención a la demanda sin pasar a consideraciones más profundas o bien establecer un plan de intervención que conllevará otras atenciones y servicios que no habían sido realmente demandados. Surge aquí el problema de la LEGITIMIDAD de la intervención cuando no ha sido requerida por el usuario y/o explicitada por el profesional.

Se impone entonces –esto puede ser crítico– en los primeros momentos de la intervención, o de la revisión de caso, además del preceptivo análisis diagnóstico, el inicio de un proceso de COMUNICACIÓN en el que se desvelen los intereses de ambas partes, formulados en términos de posibilidad. ¿Pedir permiso?

La formulación de un PLAN DE INTERVENCIÓN más allá de la atención a la demanda concreta se convertiría en un MÉTODO INVASIVO que puede generar rechazo o incomprensión lógicos sin no se ponen encima de la mesa los objetivos profesionales (institucionales). Un plan de Intervención –si no pudiera ser acordado– al menos sí debe ser siempre explicitado con total HONESTIDAD y en todos sus extremos.

Conviene aquí recordar los axiomas de la comunicación humana de P.Watzlavick (1981) y muy especialmente el quinto axioma: los problemas derivados de la simetría y/o la complementariedad en la comunicación:

2. *Es imposible no comunicarse.*
3. *Existe un nivel de contenido y un nivel de comunicación.*
4. *La naturaleza de una relación se establece en función de la puntuación o gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales. Consiste en la interpretación de los mensajes intercambiados y cómo influyen en la relación comunicativa que se establece. En muchas ocasiones se considera que una respuesta es consecuencia o efecto de una información anterior cuando el proceso comunicativo forma parte de un sistema de retroalimentación.*
5. *Existen dos modalidades de comunicación: digital y analógica. En este caso, la comunicación digital se corresponde con lo que se dice y la comunicación analógica hace referencia a cómo se dice.*
6. *La comunicación puede ser simétrica y complementaria. En la comunicación simétrica existe cierta igualdad en el comportamiento. La comunicación complementaria se corresponde a un proceso comunicativo en el que los participantes intercambian distintos tipos de comportamientos y su conducta es, en esta relación, complementaria. Puede ser de superioridad o de inferioridad.*

8. Cuidado con los CÓDIGOS COMUNICATIVOS. Atención a los SIGNIFICADOS.

En línea con el apartado anterior: 6 (VISIONES DIFERENTES), es preciso atender a los códigos comunicativos de manera que la atribución de significados a los discursos (ya sean digitales o analógicos) desde un distinto esquema referencial de los subsistemas profesional y cliente puede llevar a error a ambas partes.

Por ejemplo: existen determinadas claves culturales en población gitana para cuya comprensión es preciso tener, o bien un vasto entrenamiento, o bien un asesoramiento especializado experto. Por citar alguna situación concreta, el SIGNIFICADO de los atributos = [mujer, 16 años] se modifican sustancialmente si se le añade [+ gitana]. Entonces, las expectativas de rol (culturales y comunitarias) ofrecerán probablemente una singularidad muy potente –no necesariamente compartidas por la usuaria–.

Otro ejemplo: “*nuestros usuarios nos mienten*”. A partir de ahí las lecturas de la situación desde el sistema profesional y la respuesta subsiguiente puede ser meramente punitiva o puede realizarse –además– un meta-análisis del comportamiento del usuario en términos de estrategia de supervivencia.

Al hilo de la imposibilidad de no comunicar referida más arriba... cabe atribuir significados a los silencios, cuando menos como hipótesis de trabajo.

En definitiva se trata de realizar META-LECTURAS de la comunicación compleja que, nuevamente nos remiten a la necesidad de contrastar las hipótesis con colegas conocedores del caso.



9. La instrumentalización (o abuso relativo) de las ayudas sociales: Lectura = ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA

En algunas de las intervenciones, especialmente cuando se trata de casos de trayectoria de alta cronicidad y dependencia, podría pensarse que quienes perciben de manera recurrente ayudas sociales “utilizan” el sistema con ese solo fin y desarrollan una estrategia de supervivencia que el propio sistema retroalimenta.

¿Cómo tengo que comportarme y qué tengo que decir (u omitir) para conseguir tal o cual ayuda?

Considerando que se trata de situaciones –generalmente- de auténtica necesidad, cuando se han desarrollado tales estrategias y han tenido un resultado exitoso, es razonable que en el futuro opere el principio de la recursividad organizacional:

Un proceso recursivo es aquel en el cual los productos y los efectos son al mismo tiempo causas y productores de aquello que les produce. (Morin 1990)

Esto quiere decir que si en el **TEATRO DE LA INTERVENCIÓN** se permite que el usuario tenga sensación de haber conseguido lo que buscaba mediante una estrategia no sincera, por ejemplo, *generando compasión...* el resultado final será el refuerzo de esa relación con el sistema. La próxima vez que se acerque al sistema, lógicamente, se comportará conforme el propio sistema le ha mostrado.

¿Otro tanto cabe aplicar al sistema y a sus profesionales?

10. HABILIDADES Y COMPETENCIAS de los usuarios = TESORO que hay que descubrir. El enfoque APRECIATIVO en clave diagnóstica.

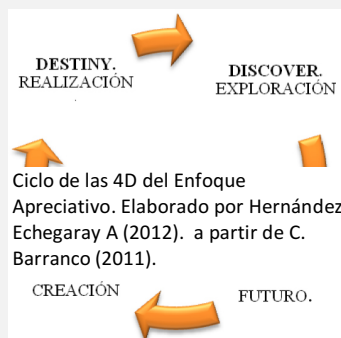
El proyecto PACT apuesta desde su diseño por el llamado ENFOQUE APRECIATIVO. Pero ¿cómo se concreta dicho enfoque?

Es muy habitual prestar toda la atención, desde el inicio la intervención, a las situaciones carenciales (en cualquiera de las dimensiones) porque además suelen ser el MOTIVO y el OBJETO DE LA DEMANDA INMEDIATA EXPRESADA y el inicio de la puesta en funcionamiento de servicios, atenciones y prestaciones por parte de los agentes implicados.

La necesidad de intervención –a veces inmediata/urgente- sobre aspectos carenciales hace que la mirada profesional se dirija con cierta exclusividad hacia estos (también es así en parte con la aplicación de la herramienta HMDE).

Sin embargo la experiencia parece mostrar que los casos de resolución positiva (mejora o emancipación) han tenido algún punto de apalancamiento en capacidades, habilidades o competencias positivas de los participantes (usuarios).

El enfoque APRECIATIVO de caso se concreta en una formulación de 4 pasos (4D):



1) *Discover*-Descubrimiento: Lo mejor de lo que ha sido y de lo que se es. Partir de lo que funciona.

2) *Dream*-Sueño: ¿Qué queremos que sea? Establecer la visión, siempre orientada hacia resultados.

3) *Design*-Diseño: Propuestas posibles de lo ideal. Co-construyendo el proceso para alcanzar el futuro soñado.

4) *Destiny*-Destino: Cambio positivo sostenido. Evaluación.

DISCOVER: Se trabaja esta fase desde el diagnóstico y la trayectoria con la información aportada por el usuario. Aquí es donde hay que descubrir los “tesoros” de las capacidades, habilidades, currículum

oculto, capital relacional de escalera, etc...

DREAM: Destino final del PI

DESIGN: Plan de intervención

DESTINY: Validación de alcances/logros.



11. EL VÍNCULO: Esencial. Determinación del mayor/mejor vínculo para la intervención. VÍNCULO SITUACIONAL => Retirada y sustitución si se aprecia SATURACIÓN.

En el proceso de intervención es poco probable que se pueda pactar un plan de atención o la adherencia a una serie de compromisos (comportamientos en definitiva) si no se ha establecido una relación SIGNIFICATIVA entre profesional y usuario.

Sandra Sassaroli define bien el vínculo "...como una relación horizontal, pero no simétrica, donde dos personas involucradas encarnan diferentes roles y en la que una de las partes tiene una función de ayuda hacia la otra. La creación del vínculo requiere que la persona necesitada de ayuda tenga confianza en quien quiere ayudarle [...], que la haya reconocido como un referente válido o la posibilidad de servir como modelo de actuación o guía en el proceso." (Sassaroli, citada por Darder y Vázquez, 1998: 36).

La construcción del vínculo como elemento de seguridad y ayuda requiere que el profesional se convierta en una persona significativa para el individuo al que quiere acompañar. [...]

En definitiva, el vínculo que se establece entre el trabajador social y el cliente es, en sí mismo, una fuente de ayuda y de beneficio, que permite al cliente desplegar una relación segura, de confianza y significativa en la que puede identificar sus problemas y entregarse a su resolución, a partir de una amplia comprensión de sus capacidades, posibilidades y recursos.

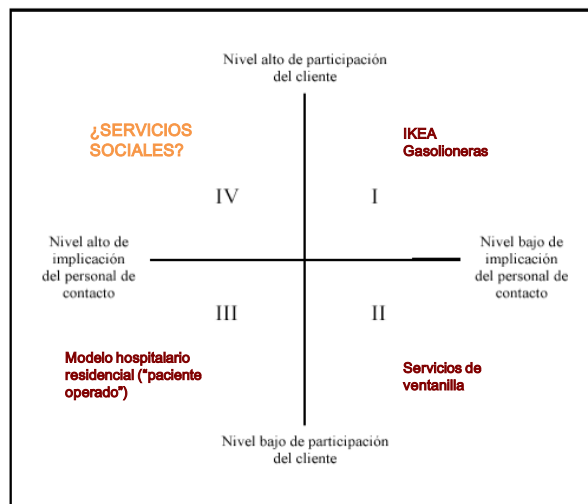
Carmina Puig i Cruells (2008)

Esto requiere (ver apartado 5 de este doc.) que exista una figura profesional con relación significativa que no siempre coincidirá con el "coordinador de caso" del nivel de atención primaria.

Por otra parte, si la relación (el vínculo) se corrompe o se satura... procedería la revisión y la sustitución, para lo que de nuevo es necesario un sistema de apoyo inter-profesional.

12. PARTICIPACIÓN USUARIO: Clave para la implicación.

Que este es un elemento clave, es una obviedad...



Adaptado de: Pierre Eiglier y Eric Langeard
"Servucción, el marketing de los servicios" (1989), McGraw-Hill

Pero... ¿cómo?

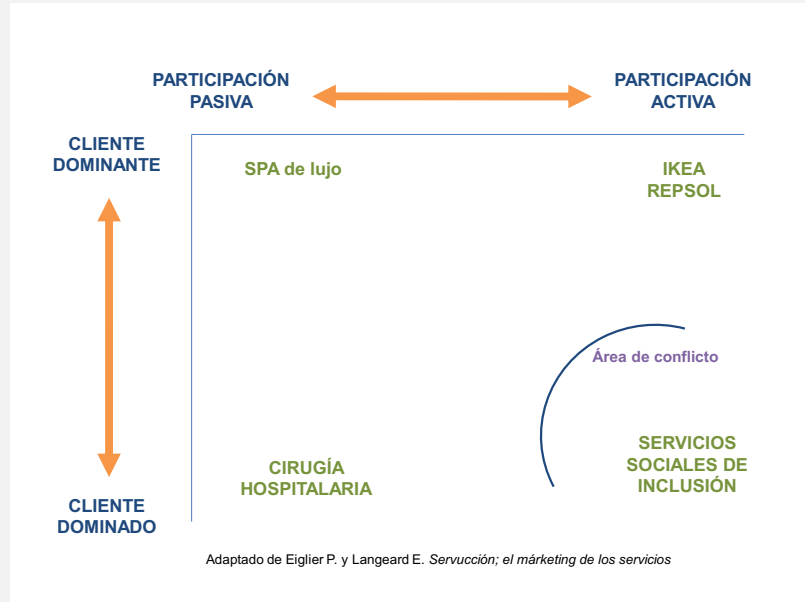


13. Empoderar (ver condicionalidad y participación) puede llevarnos a una ZONA DE CONFLICTO que hay que saber manejar. La lectura de estos conflictos tiene que objetivarse desde una mirada analítica profesional.

El empoderamiento (regir, en definitiva, la propia vida) supone incrementar el conocimiento del estado de la situación, de las alternativas o soluciones posibles, y una toma de decisiones.

Cuando el OUTPUT de procesos anteriores ha sido de manera recurrente la DEPENDENCIA del sistema (y en ocasiones la indefensión aprendida) podemos encontrarnos con situaciones en las que “forzar” la participación nos lleva a una zona de conflicto.

Precisamente se sale de esa zona gracias a la adquisición de poder para la toma de decisiones informadas.



Conviene determinar en qué zona se mueve la intervención en un momento dado y hacia donde se quiere llevar.

14. EQUILBRAR LA INTENSIDAD de empoderamiento y de traslado de responsabilidad es MUY DELICADO.

El reto es la graduación de los ritmos... especialmente en los procesos de empoderamiento. Pactar los ritmos, no cejar pero no agobiar.

RESPECTAR LOS TIEMPOS DEL USUARIO. Aprender a “jugar sin balón”. FLEXIBILIDAD

15. No es asumible trabajar estos procesos complejos desde la SOLEDAD PROFESIONAL. SIEMPRE se ha de tener complicidad con COLEGAS implicados (partners en la intervención) y no implicados (supervisores / mentores)

La enorme complejidad de los procesos de exclusión, la pertinencia de incorporar diferentes enfoques sobre un mismo caso y la necesidad de poner en funcionamiento –a veces de manera simultánea- un conjunto global de atenciones diferenciadas pero integradas en el mismo caso, conllevan una intervención MULTIAGENTE en la que todos deben comprender y pactar la direccionalidad de proceso de intervención al tiempo que sirven de apoyo unos a otros.

Las diferentes habilidades y conocimientos deben ser puestos al servicio de la resolución del caso en clave sinérgica.

Por otra parte, en ocasiones puede ser precisa la intervención de colegas expertos que no estén directamente implicados en el caso y que puedan aportar una visión diferente respecto a los metaprosesos y a los resultados de la intervención.



16. Población target del PACT (reflexión en clave interna para el pilotaje): Perceptores de RGC ¿Esto excluye otros sectores/personas afectados por situaciones de Exclusión Social?

Centrarse en perceptores de RGC puede empobrecer PACT por no incorporar al pilotaje algunos casos de –por ejemplo- **personas extranjeras** con problemas de documentación que hacen muy difícil su acceso a RGC).

Es cierto que se trata de un perfil de alta vulnerabilidad que en ocasiones presenta serias desventajas acumulativas de todo tipo (desarraigo; dificultad con el idioma; exclusión residencial; baja empleabilidad; derechos básicos limitados (p.ej: sanidad); si bien en ocasiones se aprecia una elevada motivación para la integración social.

No obstante, estimamos que la variabilidad de perceptores de RGC es muy elevada y que basta para la experimentación. Esto vendrá demostrado o falsado por la segmentación poblacional.

17. LECCIONES DE COMPLEJIDAD... NO funciona la planificación lineal de caso basada en CAUSALIDADES... Hay que atender a los micro-progresos y anotarlos entendiendo que el ESPACIO TIEMPO de los eventos significativos excede con mucho a los límites de la intervención...

- **AUTO-ECO-ORGANIZACIÓN y RECURSIVIDAD: Una MALA PRÁCTICA PROFESIONAL formará ineludiblemente parte del siguiente proceso de intervención en forma de RESISTENCIA y DESCONFIANZA. Pero lo mismo puede decirse en sentido positivo.**

- **PRINCIPIO DIALÓGICO: Una barrera puede ser leída como el camino de salida y viceversa. (p.e: situaciones de discapacidad no valoradas que pueden dar acceso a prestaciones)**

- **PRINCIPIO HOLOGRAMÁTICO: Inferencia bidireccional inductiva y deductiva (no unidireccional)**

El todo contiene la parte y una pequeña parte contiene el todo. Este principio básico del Constructivismo de Maturana y Morin permite comprender la complejidad y es una ventaja de la intervención social compleja ya que asegura la validez de las hipótesis por inferencia de la observación de un miembro de una unidad familiar más compleja.

En clave de intervención social..., lo micro, las observaciones de detalles o de cuestiones aparentemente sin importancia pueden contener una información importantísima (el ADN de la estructura relacional familiar por ejemplo). Se puede considerar aquí cierto valor predictivo.

Lo mismo se puede decir de la observación (necesaria) de un macro contexto... que contiene explicaciones de micro-comportamientos esperables.

18. OTROS APRENDIZAJES sobre los que se trabajó en los Equipos Técnicos Locales

- **SITUACIONES AISLAMIENTO SOCIAL** poseen la dificultad añadida de que es más complicado **GENERAR CLIMA Y VÍNCULO**.
- **PRESTAR MUCHA ATENCIÓN A LOS MOMENTOS VITALES CRÍTICOS** de los miembros de la UF (por ejemplo adolescencia)
- **PELIGRO DE ENTREGAR UN MERO “VADEMECUM” DE RECURSOS** (dónde pedir qué...) sin intentar realmente una **INTERVENCIÓN**.
- **MÉTODOS INVASIVOS – NO INVASIVOS...** Pedir permiso para **AMBOS**, aclarar los objetivos profesionales y la justificación de la “molestia”
- **BUSCAR PUNTOS DE APALANCAMIENTO** para el cambio = (1) Hijos/as (situaciones de cambio en los hijos/as; crisis en los hijos/as; conciencia de transmisión intergeneracional. (2) Sucesos vitales críticos; empeoramientos abruptos (si son detectados y aprovechados). Son **PUNTOS CRUCIALES** en la historia del caso. (3) Sucesos vitales naturales (emancipación)
- **ATENCIÓN A LOS “EFECTOS SECUNDARIOS”** de nuestros “tratamientos” (p.e. RGC sin plan adecuado=> peligro de adicción en forma de acomodación/dependencia/cierre a otras perspectivas o alternativas)
- **NO HAY EMPODERAMIENTO SI HAY PÉRDIDA DE DIGNIDAD => recuperar la dignidad empieza por tratar con dignidad (PIGMALIÓN).** Exquisito cuidado.



- **PLANTEAR METAS ALCANZABLES** (no abocar al fracaso por ser excesivamente ambiciosos) y **PROGRESIVAS**.
 - Los PII deben ser **REALES**. Eso puede llevar un tiempo de conocimiento mutuo y algunos ajustes.
 - Importante: **DESMONTAR ESTEREOTIPOS** al inicio. “La RGC no es el final... es el principio”
 - Comprender los **ROLES DIFERENCIADOS** en función de claves culturales.
 - Lectura de la **INDEFENSIÓN APRENDIDA**... sutileza.
 - ¡CUIDADO con la **SOBREINTERVENCIÓN!** Se da de dos maneras: Varios agentes interviniendo sobre lo mismo al mismo tiempo... / Varios agentes interviniendo sobre diferentes ámbitos con estrategias contradictorias.
 - Importancia de incrementar el **CAPITAL RELACIONAL**. En casos de difícil empleabilidad... los cursos pueden ser una vía para el acceso a mayor capital (sin que el empleo en sí sea el objetivo primario).
 - **USUARIO EXPERTO** tiene dos acepciones: **NEGATIVA** (consumidor habitual... sabe qué pedir a cada quien sin entrar en adherencia a PII) o **POSITIVA** (usuarios/as que han **COORDINADO** el caso y los recursos).
-





The project is co-financed by the European Commission through EaSI Employment and Social Innovation programme (2014-2020).