



## CONSELL DE SALUT MENTAL LA UNIÓ

# L'EXTENSIÓ DELS PROGRAMES TPI ARREU DE CATALUNYA

Barcelona, 18 de juny de 2019

# Justificació

---

- ❑ Les psicosis són un dels principals problemes sanitaris de la salut mental, per l'elevada incidència, per com afecten el desenvolupament de les persones que els pateixen i l'impacte que produeixen en el seu entorn familiar i social.
- ❑ La major part dels trastorns mentals greus s'inicien en l'adolescència i la joventut. Sol comportar una ruptura important en aquesta etapa vital, que afecta al llarg de la vida.
- ❑ La fase pre-psicòtica sol ser perllongada, i amb aparició de símptomes subtils i confosos, cosa que dificulta la detecció.
- ❑ La durada de la psicosi no tractada és un factor de mal pronòstic. Gran part de la discapacitat associada al trastorn i el major deteriorament es dona en els primers 2 anys.
- ❑ L'evidència mostra que la intervenció precoç, inicial o prèvia a un episodi, atenua la fase aguda i millora el pronostic evolutiu.



# El passat de l'atenció a les psicosis el segle XX

---

- Tardança en la detecció i tractament de les psicosis (durada de la psicosi no tractada de 1 a 2 anys).
- Alt ús de la coerció a l'entrada als serveis assistencials.
- Baixa vinculació dels joves als serveis i tractaments amb pobres resultats assistencials.
- Alta taxa de suïcidi en els primers 3 anys.
- Els CSMIJ's no tracten la psicosi en joves, els CSMA's no atenen als joves i es detecten discontinuïtats en l'assistència.



# Fonaments del canvi en el maneig de la psicosi

---

- Reducció del temps sense tractament per obtenir millors resultats.
- Evitació de la coerció i millora de l'accés i la vinculació als serveis.
- Adaptació de l'organització assistencial a la població jove i a les seves necessitats.
- Reducció de la taxa de suïcidis.
- Afavorir la recuperació mitjançant una intervenció integral, intensiva i continuada.

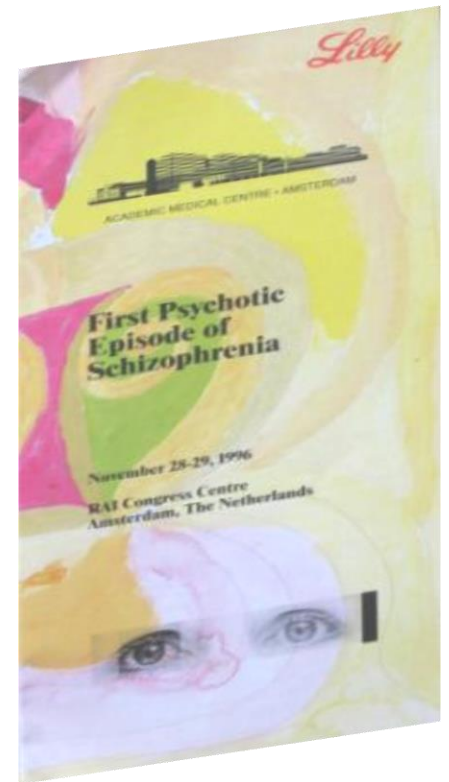
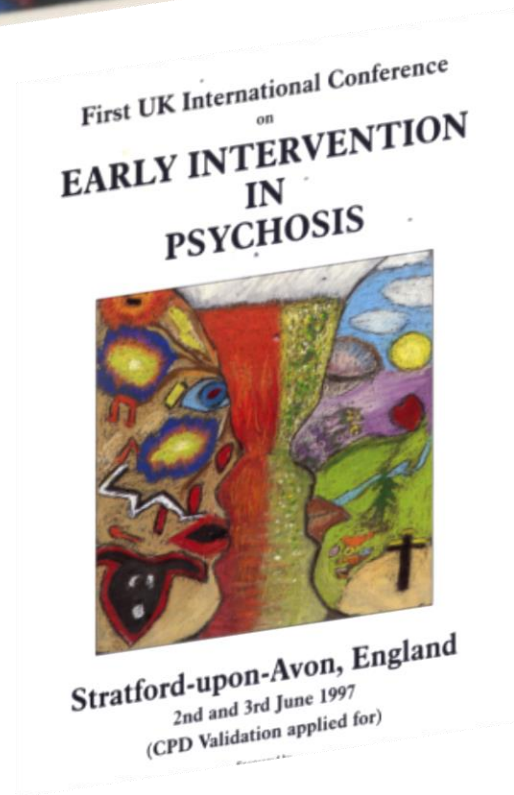
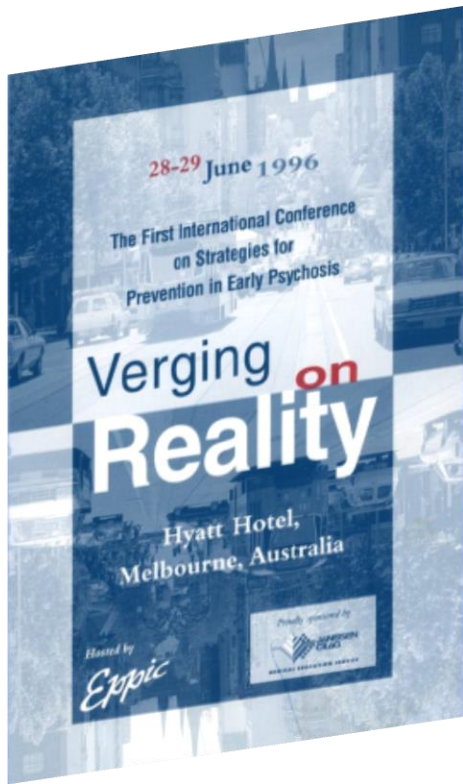


# Intervenció primerenca: un canvi de paradigma internacional en el maneig de la psicosi

---

- ❑ Inici d'un canvi de paradigma en l'abordatge a les psicosis enfocat als primers episodis en els països anglosaxons.
- ❑ Creació de serveis i programes d'atenció a la psicosi incipient.
- ❑ Inici de la recerca sobre les fases inicials de les psicosis i el seu tractament.
- ❑ Creació de la "International Early Psychosis Association".





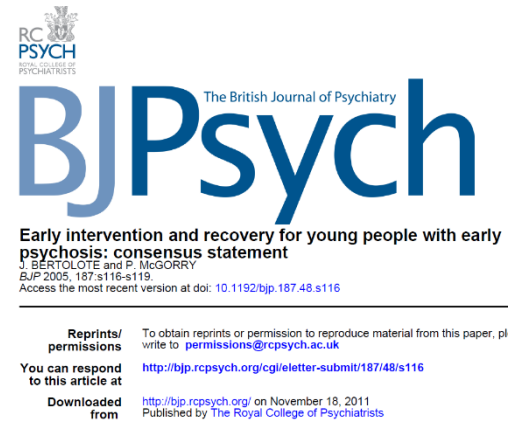
*CPS - TPI  
PDSMiAd*

# Declaració de consens sobre la intervenció precoç i la recuperació dels joves amb psicosis incipient

P.McGorry. B.J.Psychiatry 2005

L'Organització Mundial de la Salut conjuntament amb la International Early Psychosis Association (I.E.P.A.) l'any 2005 van fer una crida per afavorir la detecció i la intervenció primerenca en els trastorns psicòtics:

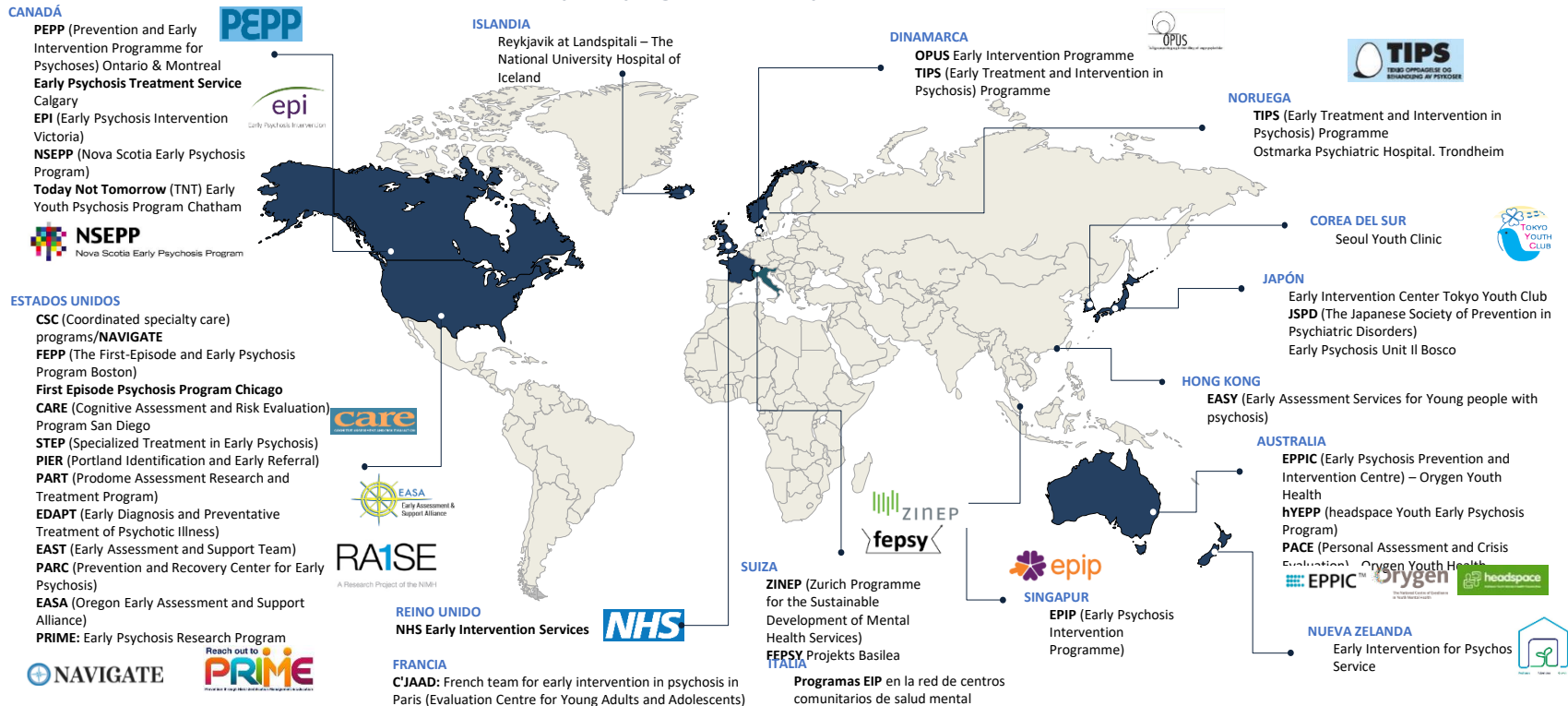
**“Intervenció precoç i recuperació per joves amb psicosis incipients: declaració de consens.”**



# Intervención Temprana en Psicosis a nivel internacional

En la actualidad, persisten importantes diferencias en cuanto a los servicios de intervención temprana disponibles, incluso en países con un alto grado de desarrollo (Libro Blanco).

## Principales programas ITP implementados a nivel internacional



Fuentes: Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. London School of Economics (2016) Nolin, M., Abdel Baki, A., Tibbo, P., & Malla, A. (2014, November). Early intervention for psychosis in Canada: what is the state of affairs. In 9th International Early Psychosis Association (IEPA) conference, Tokyo, Japan. Elaboración propia para Italia y Francia.

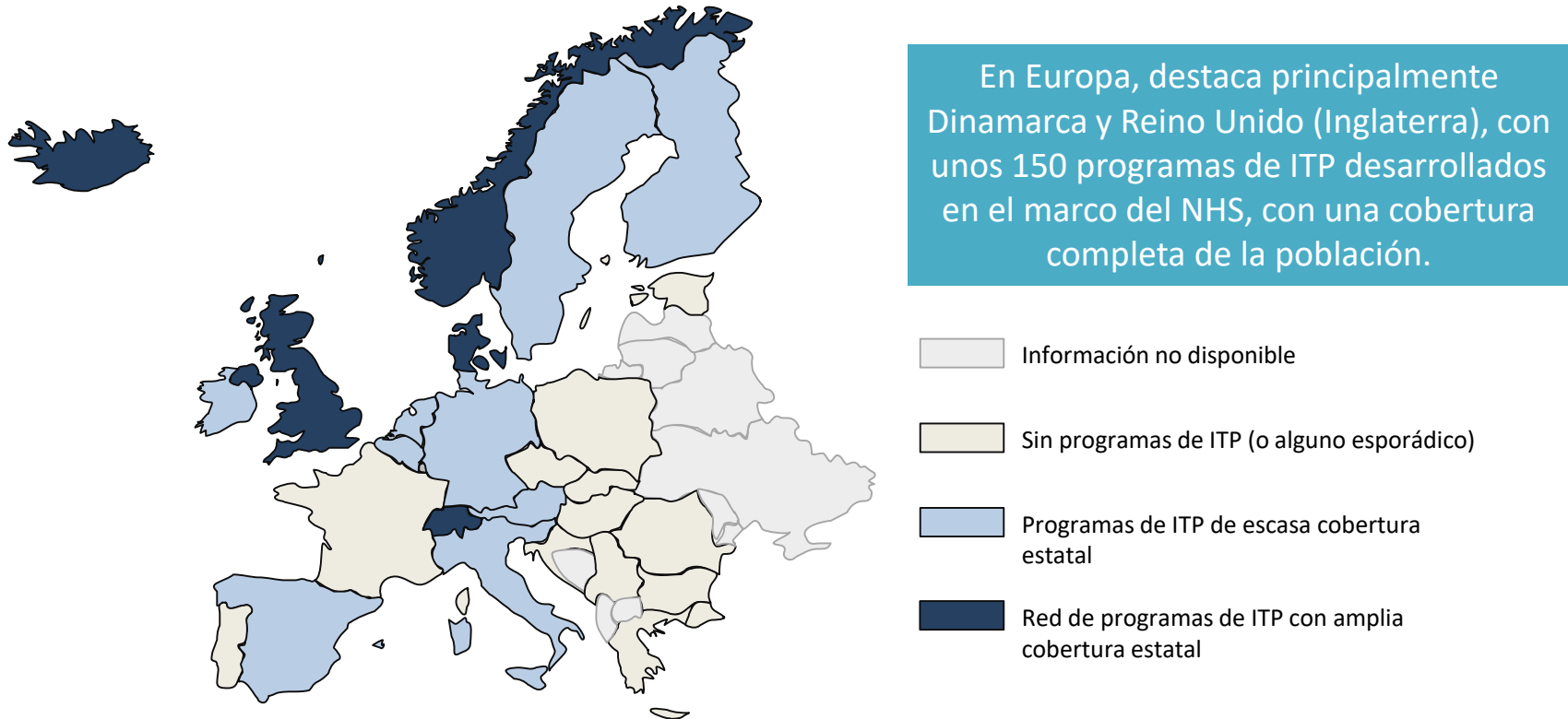




# Intervención Temprana en Psicosis a nivel europeo

En la mayoría de los **países europeos** los servicios de intervención temprana son una excepción más que un componente habitual de los servicios de salud mental.

## Grado de implementación de programas de intervención temprana en psicosis en Europa

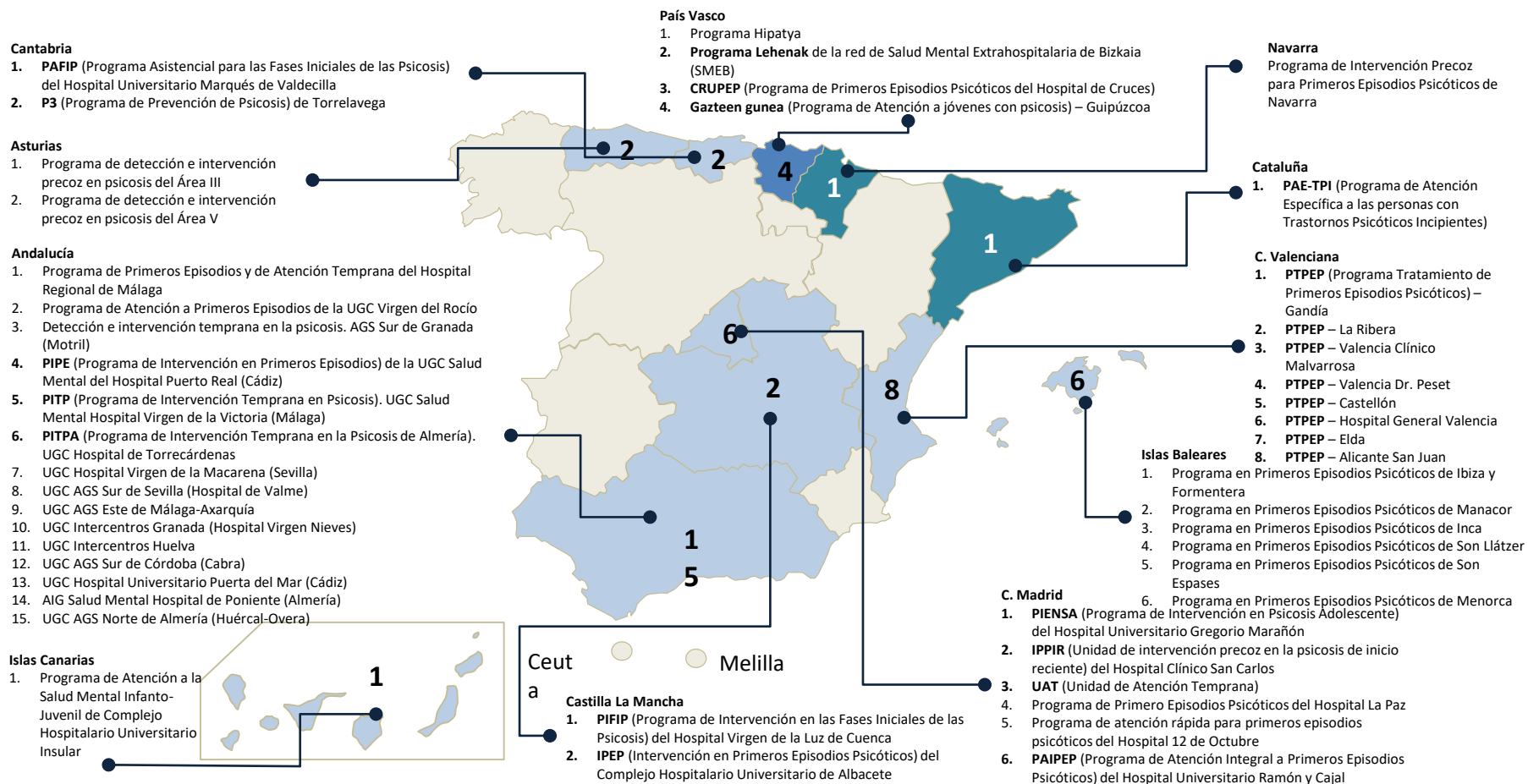


Fuente: Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. London School of Economics (2016)



# Intervención Temprana en Psicosis: la situación en España

Durante el desarrollo de este Libro Blanco, se han identificado un total de **48 Programas de ITP activos** en España con una gran heterogeneidad en cuanto a nivel de desarrollo y ámbito de actuación.



**CPS - TPI**  
**PDSMIAd**

NACIONAL

# La situació a Catalunya

---

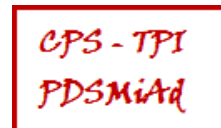


# La situació a Catalunya: les polítiques de salut mental

## ❖ Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Juny 2006:

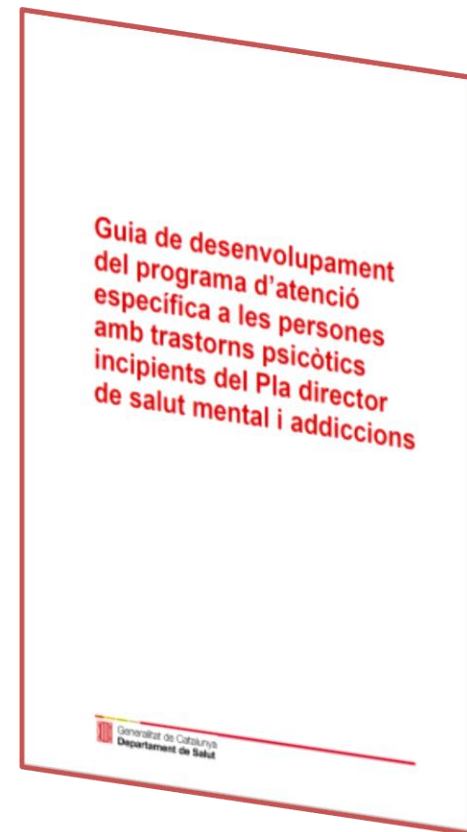
Defineix el nou model d'atenció i organització dels serveis, els objectius i les línies estratègiques:

- Prioritza l'atenció a les persones amb psicosis incipient.
- Inici d'experiències pilot, i pla d'avaluació.
- Constitució de la Comissió Pedagògica i de Seguiment del PAE-TPI del PDSMA.



# Elaboració de la Guia del PAE-TPI

- ❖ **Promoure una implantació homogènia dels programes pilot.**
- ❖ **Identificar necessitats de formació i facilitar la formació continuada dels professionals dels equips.**
- ❖ **Realitzar l'avaluació i el seguiment dels programes.**
- ❖ **Impulsar la recerca aplicada (Comitè d'Investigació, 2010 estudis multicèntrics).**



# Objectiu general i objectius específics

## Objectiu general:

- Aconseguir la **detecció primerenca** i la **intervenció precoç** en els Trastorns Psicòtics per disminuir incidència, reduir danys i millorar-ne el pronòstic.

## Objectius específics:

- Identificar estats mentals d'alt risc.
- Detectar precoçment primers episodis psicòtics i reduir el temps sense tractament.
- Oferir una valoració i un tractament integral i integrat adaptat a les fases inicials.
- Facilitar la recuperació d'un episodi psicòtic i la prevenció de recaigudes.
- Promoure vinculació i participació.
- Aportar suport a la família.



# Població diana

---

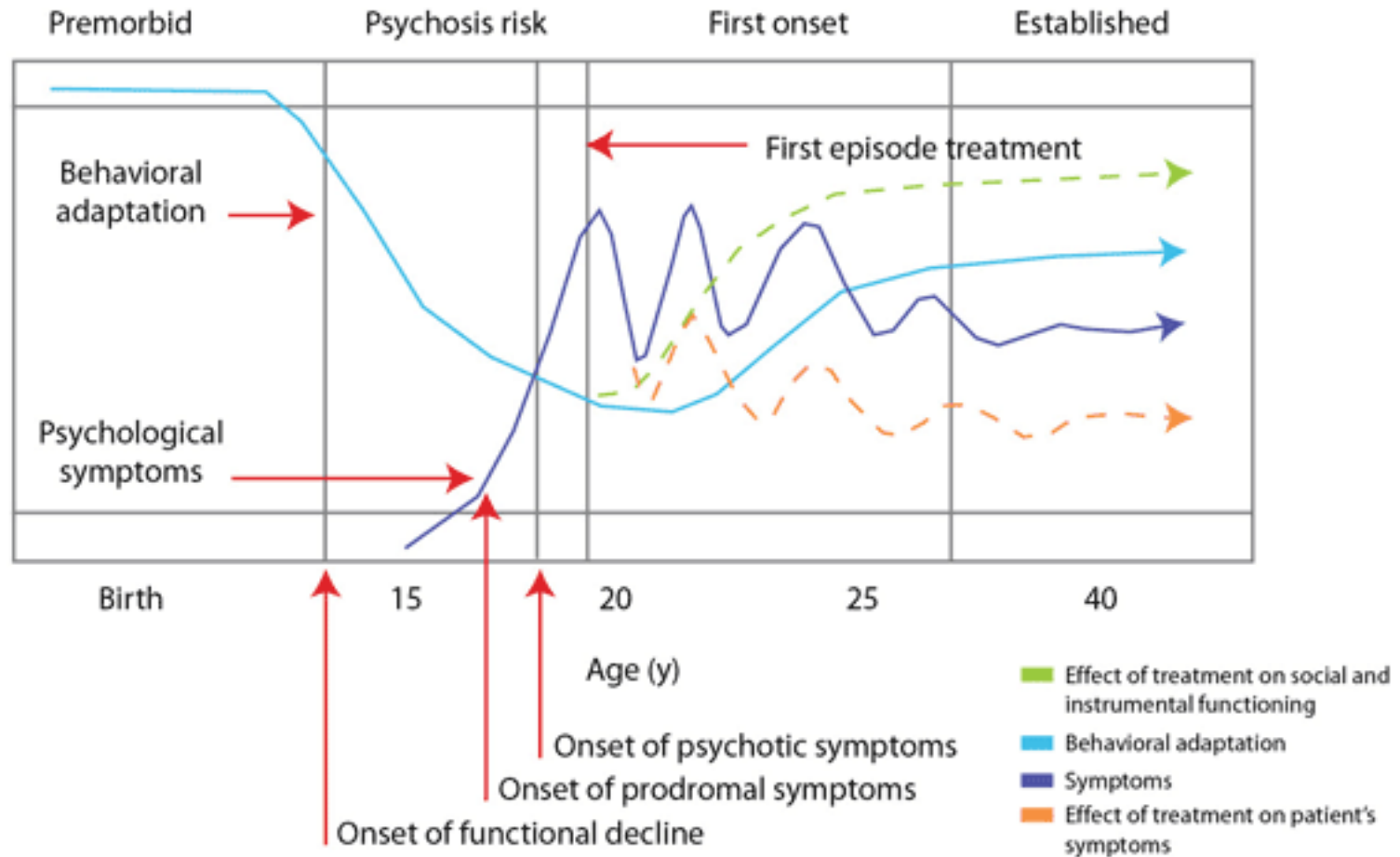
Persones **entre 14 i 35 anys**, que presenten les següents condicions clíniques:

- ❖ **Estats Mentals d'Alt Risc (EMAR)** de desenvolupar un trastorn psicòtic.  
Importància dels factors de risc.
- ❖ **Primers episodis** psicòtics.
- ❖ **Persones en període crític o de recuperació** que inclou els **5 anys** posteriors a la presentació d'un primer episodi psicòtic.



Figure 1

# The early stages of psychosis



CPS - TPI  
PDSMiAd



# criteris EMAR

---

- Factors de risc genètic. Història familiar de trastorn psicòtic.
- Síntomes positius subumbral.
- Trastorn esquizotípic.
- Síntomes psicòtics breus, intermitents i limitats (SPBIL), de durada inferior a una setmana, amb remissió espontània.

**Declivi  
funcional  
significatiu**



# Primers episodis psicòtics (PEP)

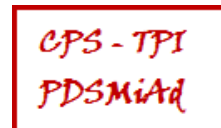
---

## Condicions clíniques:

- ❑ Manifestacions psicòtiques franques.
- ❑ Compatibles amb trastorns psicòtics (afectius i no afectius).

### Diagnòstics més freqüents:

- Esquizofrènia
- Trastorn d'idees delirants
- Trastorn psicòtic agut
- Trastorn esquizoafectiu
- Trastorn esquizofreniforme
- Trastorn psicòtic no orgànic
- Episodi maníac
- Trastorn Bipolar
- Episodi depressiu breu amb símptomes psicòtics
- Trastorn depressiu recurrent amb símptomes psicòtics



# Període Crític o de Recuperació (PCR)

---

**Persones que estan en el termini de  
5 anys després d'un primer episodi  
psicòtic.**



# Període Crític o de Recuperació (PCR)

El camí a la plena recuperació:  
la relació longitudinal entre la remissió simptomàtica i la recuperació psicossocial.

*Psychological Medicine* (2012), 42, 595–606. © Cambridge University Press 2011  
doi:10.1017/S0033291711001504

ORIGINAL ARTICLE

## Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years

M. Álvarez-Jiménez<sup>1,2\*</sup>, J. F. Gleeson<sup>3,4</sup>, L. P. Henry<sup>1,2</sup>, S. M. Harrigan<sup>1,2</sup>, M. G. Harris<sup>5</sup>, E. Killackey<sup>1,2</sup>, S. Bendall<sup>1,2</sup>, G. P. Amminger<sup>1,2,5</sup>, A. R. Yung<sup>1,2</sup>, H. Herrman<sup>1,2</sup>, H. J. Jackson<sup>6</sup> and P. D. McGorry<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centre for Youth Mental Health, The University of Melbourne, Melbourne, Australia

<sup>2</sup> Origen Youth Health Research Centre, Melbourne, Australia

<sup>3</sup> Australian Catholic University, Department of Psychology, Melbourne, Australia

<sup>4</sup> School of Population Health, The University of Queensland, Brisbane, Australia

<sup>5</sup> Department of Child and Adolescent Psychiatry, Medical University of Vienna, Austria

<sup>6</sup> The Department of Psychology, The University of Melbourne, Melbourne, Australia

**Background.** In recent years there has been increasing interest in functional recovery in the early phase of schizophrenia. Concurrently, new remission criteria have been proposed and several studies have examined their clinical relevance for prediction of functional outcome in first-episode psychosis (FEP). However, the longitudinal interrelationship between full functional recovery (FFR) and symptom remission has not yet been investigated. This study sought to: (1) examine the relationships between FFR and symptom remission in FEP over 7.5 years; (2) test two different models of the interaction between both variables.

**Method.** Altogether, 209 FEP patients treated at a specialized early psychosis service were assessed at baseline, 8 months, 14 months and 7.5 years to determine their remission of positive and negative symptoms and functional recovery. Multivariate logistic regression and path analysis were employed to test the hypothesized relationships between symptom remission and FFR.

**Results.** Remission of both positive and negative symptoms at 8-month follow-up predicted functional recovery at 14-month follow-up, but had limited value for the prediction of FFR at 7.5 years. Functional recovery at 14-month follow-up significantly predicted both FFR and remission of negative symptoms at 7.5 years, irrespective of whether remission criteria were simultaneously met. The association remained significant after controlling for baseline prognostic indicators.

**Conclusions.** These findings provided support for the hypothesis that early functional and vocational recovery plays a pivotal role in preventing the development of chronic negative symptoms and disability. This underlines the need for interventions that specifically address early psychosocial recovery.

Received 7 April 2011; Revised 23 June 2011; Accepted 5 July 2011; First published online 19 August 2011

**Key words:** First-episode psychosis, functional recovery, remission.

### Introduction

While previous outcome studies have typically examined the clinical course and outcome of schizophrenia according to the presence or intensity of positive psychotic symptoms (Lieberman *et al.* 1993; Eaton *et al.* 1998; Ho *et al.* 2000; Malla *et al.* 2006), modern therapeutic goals have been extended to address outcomes that are meaningful to patients, carers and clinicians, with growing emphasis on full functional recovery (FFR) (Andreasen *et al.* 2005)

[i.e. a return to former, or even improved, social and vocational functioning (Kane *et al.* 2003)].

The need to widen the scope of outcome measurement in psychosis was recently addressed in the consensus definition of symptomatic remission by including negative symptoms in the criterion set (Andreasen *et al.* 2005), which are known to be strongly associated with functional outcomes (Cassidy *et al.* 2010). According to Andreasen and colleagues (2005), remission is a necessary step toward full recovery. Conversely, it has been argued that interventions aimed at early functional and vocational recovery have the potential to ameliorate or even prevent chronic psychotic symptoms and disability (Killackey *et al.* 2008), which suggests a bidirectional

\* Address for correspondence: Dr M. Álvarez-Jiménez, Centre for Youth Mental Health, The University of Melbourne, Australia.  
(Email: malvarez@unimelb.edu.au)



# Cartera de serveis

---

- ❖ **Estratègies de detecció.**
- ❖ **Accessibilitat.**
- ❖ **Valoració / Diagnòstic.**
- ❖ **Intervencions.**



# Estratègies de detecció TPI

Població general:	Professionals no especialitzats
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilització de la població general (alfabetització en psicosis). Campanyes informatives.</li><li>• Dissenyar i difondre material informatiu estandarditzat, TIC.</li><li>• Coneixement dels recursos i circuits territorials.</li><li>• Mitjans específics adreçats a població jove (TIC, RRSS...)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salut Comunitària: Accions formatives als agents comunitaris (educació, serveis socials, sanitaris i recursos comunitaris) de cada territori.</li><li>• Activitats de formació en detecció precoç dels professionals sanitaris (APS, PSiE).</li><li>• Proporcionar instruments de cribatge.</li></ul>



# CRITERIS DE DERIVACIÓ

Instrument de cribratge:

Programa EDIE  
(Manchester)

PROGRAMA DE DETECCIÓ I INTERVENCIÓ PRECOÇ  
EN PSICOSI

CRITERIS DE DERIVACIÓ

LLISTAT DE SÍMPTOMES	PUNTUACIÓ	
PREOCCUPACIÓ FAMILIAR	1	0
CONSUM EXCESSIU D'ALCOHOL	1	0
CONSUM DE DROGUES	1	0
DISCUSSIONS AMB FAMILIARS I AMICS	1	0
PASSA MÉS TEMPS SOL	2	0
DIFICULTAT PER A DORMIR	2	0
FRANCA DISMINUCIÓ DE GANA	2	0
ANIM DEPRESSIU	2	0
CONCENTRACIÓ ESCASSA	2	0
INQUIETUT	2	0
TENSIÓ O NERVIOSISME	2	0
PERDUA D'INTERÉS	3	0
NOTAR QUE LA GENT ET MIRA	3	0
ESCOLTAR COSES QUE ELS ALTRES NO ESCOLTEN	5	0
IDEES DE REFERÈNCIA	5	0
CREENCES ESTRANYES, SUSPICÀCIA	5	0
MANERES ESTRANYES DE PENSAR O PARLAR	5	0
AFECTE INADEQUAT	5	0
ASPECTE O CONDUCTA ESTRANYA	5	0
HISTÒRIA FAMILIAR DE PSICOSI I A MÉS AUGMENT DE L'ESTRÉS O DETERIORAMENT DEL FUNCIONAMENT	5	0

SI LA SUMA DE PUNTS ÉS IGUAL O SUPERIOR A 20  
CAL CONSIDERAR DERIVACIÓ AL PROGRAMA

SI LA SUMA ÉS INFERIOR A 20 PERÒ PUNTEJA EN ELS ÍTEMS EN  
NEGRETA CAL CONSIDERAR LA DERIVACIÓ AL PROGRAMA

SI HI HA SIGNES FÍSICS, INFORMAR DAVANT LA POSSIBILITAT DE:  
ABÚS DE SUBSTÀNCIES, ANOMALIES DE LA FUNCIÓ HEPÀTICA,  
INFECCIÓ SISTEMÀTICA, CARENCIES NUTRICIONALS,  
TRASTORNS METABÒLICS, ANOMALIES CARDÍACQUES,  
ANOMALIES DEL SNC I D'ALTRES



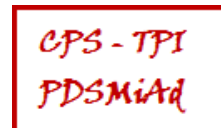
CPS - TPI  
PDSMiAd

# Detecció → Accessibilitat

---

## FONAMENTAL:

- Informació clara per a tots els agents territorials.
- Circuits clars. **QUAN, COM i A ON derivar**. Informació de contacte.
- Horaris d'acollida sense demora.
- Contacte directe amb els professionals derivadors.





# Accessibilitat

---

- Elaborar i difondre en cada territori els criteris i el circuit assistencial PAE-TPI, facilitadors de la coordinació i derivacions entre serveis.
- **Garantir una primera visita en un període inferior a una setmana.**
- Quan l'inici del procés apareix en el marge 17-18 anys, valorar la conveniència de prolongar la assistència en CSMIJ o bé començar al CSMA, para facilitar la vinculació i la continuïtat assistencial.



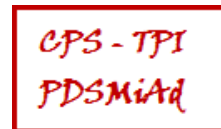
# Valoració Integral

---

- ❑ **Objectiu:** valorar les necessitats d'atenció en totes les àrees vitals.
- ❑ Basat en el paradigma de la Recuperació, a nivell clínic i funcional.
- ❑ Informació compartida per tots els dispositius assistencials. Evitar duplicitats i buits.

## Àrees de valoració:

- Anamnesis completa
- Al·lèrgies i alertes
- Exploració psicopatològica general
- Exploració psicopatològica específica
- Valoració de riscos
- Funcionament global
- Valoració d'infermeria
- Valoració social
- Cribratge cognitiu
- Qualitat de Vida
- Estil de recuperació
- Grau de adherència



# Intervenció específica

---

- Estratègies d'intervenció en un marc biopsicosocial integral enfocada a la recuperació personal, funcional i clínica.
- Pràctica assistencial que garanteixi una intervenció inicial àgil i ràpida.
- Que fomenti l'adherència al tractament, en base a un pla terapèutic individualitzat:
  - ✓ Que integri els diferents abordatges **adaptats a les necessitats**.
  - ✓ Elaborat amb la **participació activa** de la persona afectada.
  - ✓ Que inclogui la **família** i entorn proper.
  - ✓ Que contempli un **Pla de Crisi i prevenció de recaigudes**.



# Estratègies d'intervenció psicològica, psicosocials, farmacològiques, i de prevenció i educació per a la salut

---

## INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA MULTIMODAL

**Intervencions biològiques**

**Tractaments psicològics**

**Intervencions de rehabilitació  
cognitiva**

**Intervencions familiars**

**Intervencions psicoeducatives**

**Intervenció cognitiva-conductual de  
l'addicció al Cànnabis**

**Morbiditat mèdica. Prevenció i  
educació per a la salut**

**Prevenció de recaigudes i abordatge de  
les situacions de crisi**

**Intervencions per a l'orientació  
formativa, laboral i l'organització del  
lleure.**



# Els Programes i experiències pilot a Catalunya 2007-2016

---



# Els Programes i experiències pilot a Catalunya 2007-2016

- Des del 2007 s'han desenvolupat programes d'atenció als trastorns psicòtics incipients en 12 territoris de Catalunya.
- Dóna cobertura assistencial a un **27,4% de la població diana objecte del programa a Catalunya.**



CPS - TPI  
PDSMiAd

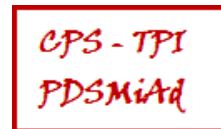
# Avaluació de les experiències pilot:

---



- 3.276 persones ateses (65% dones)
- 47,2% primers episodis, seguit pel 25% d' EMARs
- Incidència en programa de 18 casos /100.000 hab., dins del rang de referència internacional

- Més del 50% dels casos són derivacions de serveis comunitaris (abans la major part de les derivacions venien dels hospitals).
- Bona accessibilitat al programa: 98% dels casos atesos en menys de 2 setmanes.
- Més del 70% de les persones ateses han rebut tractament psicològic.
- Un 83% dels casos continuen vinculats als 12 mesos.
- Un 82% ha millorat en funcionalitat clínica i social.
- Menor ús de serveis hospitalaris: freqüentació a urgències i estades hospitalàries.



# Estudi comparatiu PAE-TPI vs atenció convencional (I)

---

## ❖ Sobre la mostra:

- a) Les persones ateses en el PAE-TPI tenen una edat mitjana inferior (2 anys) a les ateses des del PE.
- b) Des del programa PAE-TPI hi ha una major identificació de persones en risc de psicosi en comparació amb el PE.

## ❖ Accessibilitat:

- a) 2/3 de la població atesa en el PAE-TPI té una DUP <3 mesos; en canvi, només 1/3 de la població atesa en PE compleix aquest estàndard.
- b) El temps d'espera per ser atès al PAE-TPI és inferior a 15 dies; en canvi en el PE supera el mes.

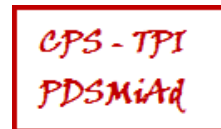




# Estudi comparatiu PAE-TPI vs atenció convencional (II)

---

- ❖ **Adequació:** El PAE-TPI ofereix intervencions psicoterapèutiques en major proporció que l'atenció convencional.
- ❖ **Continuïtat:** El PAE-TPI té capacitat per donar atenció especialitzada sense interrupció amb una taxa d'abandonaments inferior l'atenció convencional.
- ❖ **Efectivitat:** El PAE-TPI té major capacitat per millorar l'estat psicopatològic i funcional de les persones que l'atenció convencional.
- ❖ **Seguretat:** El PAE-TPI ha demostrat major capacitat de monitoritzar els riscos dels tractaments farmacològics mitjançant instruments de mesura vs. l'atenció convencional.



# Conclusions

---

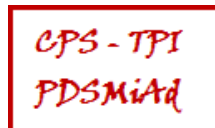
CONSOLIDACIÓ DE LES  
12 EXPERIÈNCIES PILOT

CONSOLIDACIÓ D'UNA  
PRÀCTICA  
ASSISTENCIAL  
INNOVADORA

ARRELATS EN EL  
TERRITORI

PRÀCTICA DE  
MODALITATS  
ASSISTENCIALS  
ADAPTADES A LES  
PRIMERES  
MANIFESTACIONS  
CLÍNIQUES DE LA PSICOSI

REALITZADA PER  
PROFESSIONALS  
EXPERIMENTATS,  
FORMATS I MOTIVATS



# Conclusions

---

REDUCCIÓ DUP

ELEVADA  
ADHERÈNCIA I  
CONTINUÏTAT  
ASSISTENCIAL

ACCESSIBLES

BONA DISPONIBILITAT

EFFECTIVITAT  
MESURADA PER GAF

QUALITAT DELS  
TRACTAMENTS

REALITZACIÓ DEL  
PROJECTE DE  
RECERCA



# Situació actual i direccions de futur

---



# Pla de Salut i Estratègies del Pla director de SMiAd



CPS - TPI  
PDSMiAd

# PLA DE SALUT – ESTRATÈGIES PLA DIRECTOR SMiA



## LE 3. Atenció basada en la comunitat

Actualitzar la **cartera de serveis de CSMIJ i HDIJ** prioritant l'atenció a les persones amb trastorn mental greu.

Implantar a tot el territori l'atenció a la **psicosi incipient**

Actualitzar i desplegar la **cartera de serveis del CAS**.

Culminar el desplegament dels **serveis de rehabilitació comunitària**, actualitzant la cartera i fent èmfasi en la inclusió comunitària i la integració laboral.

Finalitzar el desenvolupament de serveis de gestió de casos (**PSI**) i ampliar-los a la població adolescent.



CPS - TPI  
PDSMiAd

# Objectiu 2017-2018: implantació 100% de la població de Catalunya

**60 nous  
programes-  
Increment de  
8M d'Euros**

Regió Sanitària	Psicosi Incipient (% Població 14 – 35 anys)	
	2007	2017
Alt Pirineu - Aran	0%	100%
Barcelona ciutat	47%	
Camp de Tarragona	28%	
Catalunya Central	0%	
Girona	25%	
Lleida	67%	
Metropolitana Nord	7%	
Metropolitana Sud	0%	
Terres de l'Ebre	96%	
CATALUNYA	23%	

**Cobertura de 1.777.000 persones (14 a 35 anys) a  
Catalunya**



# Revisió de la Guia: Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb trastorn psicòtic incipient



- ❑ **MODEL ORGANIZATIU**
- ❑ **ESTRATÈGIES D'IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA**
- ❑ **ASPECTES ORGANITZATIUS**
- ❑ **L'EQUIP COMUNITARI DEL PAE-TPI**
- ❑ **PROCÈS ASSISTENCIAL**
- ❑ **CARTERA DE SERVEIS**
- ❑ **PLA DE FORMACIÓ**



*CPS - TPI*  
*PDSMiAd*



# Model Organitzatiu

---

- **TERRITORIAL:** desplegament del programa per territoris i poblacions de referència.
- **TRANSVERSAL:** articula els diferents dispositius i serveis del territori (infantil i juvenil, adults, addiccions, rehabilitació i hospitalització).
- **COMUNITARI:** estableix un programa de base i desenvolupament comunitari amb un enfocament assertiu.



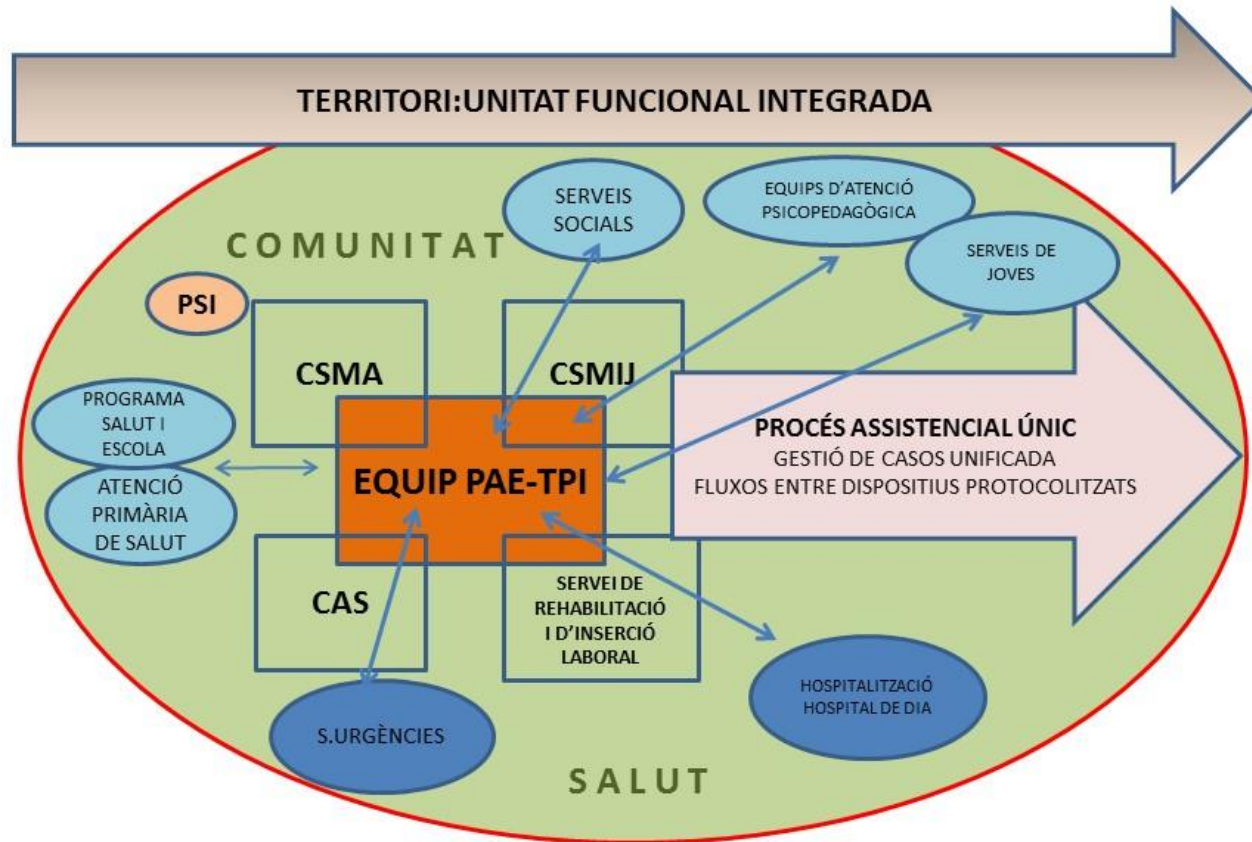
# Estratègies d'implementació del programa

---

- **Assegurar la participació i la integració** de tots els dispositius de SM de cada territori.
- **Constituir un comitè operatiu** i designar un **coordinador territorial** del programa.
- **Establir la ruta assistencial.**
- **Potenciar** la cooperació amb un plantejament integrador, superar diferències en la gestió de casos i en la delimitació de funcions.
- **Assegurar la formació** dels professionals generals i especialitzats.

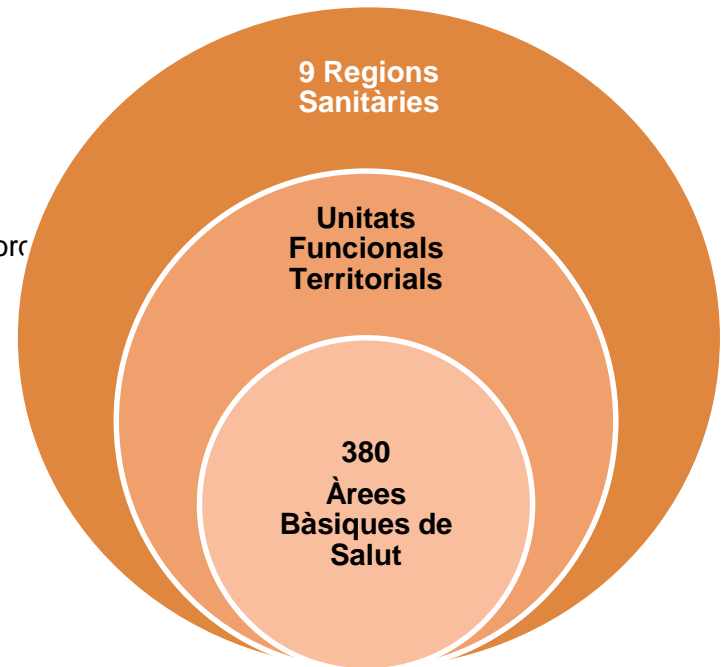


# L'equip PAE-TPI



CPS - TPI  
PDSMiAd

# Organització sanitària territorial



CPS - TPI  
PDSMiAd

# Dimensió i capacitat

---

<b>DIMENSIÓ POBLACIONAL:</b>	<b>100.000 habitants</b>
<b>INCIDÈNCIA ANUAL:</b>	<b>20 casos</b>
<b>PREVALENÇA ANUAL ATESA EN 5 AÑOS:</b>	<b>100 casos</b>



# Pla d'actuació 2019 - 2020

---

Es preveu en base a 3 nivells d'activitat

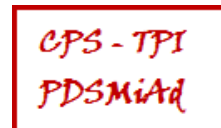
1. Presentació del programa al territori: gestors i proveïdors del CatSalut.  
Suport a la implantació.
2. Formació específica als professionals dels equips, segons necessitats detectades: **Neuropsicologia, tractaments farmacològics, Intervencions psicològiques, EMAR.**
3. “Mentoring” per part dels equips experts als nous equips. Per afavorir una implantació tan homogènia com sigui possible.



# Pla d'implementació (CatSalut)

---

- ❑ Concreció de l'àmbit territorial d'intervenció del Programa (PAE-TPI).
- ❑ Constitució de la Unitat Funcional Integrada. Composició de l'equip del PAE-TPI. Identificació d'un coordinador.
- ❑ Sessions territorials informatives per RRSS i proveïdors.
- ❑ Identificar i canalitzar les necessitats de formació dels professionals d'APS i dels equips PAE-TPI.
- ❑ Definir els circuits territorials i vetllar pel seu funcionament, així com establir els protocols de derivació entre els serveis del territori.
- ❑ Identificar quins elements de la cartera pot garantir cada territori i com respondre si hi ha mancances.



# Comissió Pedagògica

## X Jornada dels programes d'atenció específica al trastorn psicòtic incipient.

L'expansió dels programes TPI arreu Catalunya

Divendres 30 de novembre de 2018

Auditori del Centre de cultures i cooperació transfronterera

Carrer de Jaume II 67, Lleida



Col·laboren:



Immaculada Baeza

Daniel Berge

Jordi Cid

David Clusa

Joan de Pablo

Montserrat Dolz

Esther Jordà

Víctor Martí

Judith Martínez

Lluís Lalucat

Esther Lobo

Luis Miguel Martín

Ana Regidor Bonafonte

Carlota Romans

Vanessa Sánchez

Maite San Emeterio

Mercè Teixidó

Anna Tomàs

Josep Pifarré

Cristina Vila

José María Vázquez



CPS - TPI  
PDSMiAd



**Moltes gràcies per la seva atenció!**

[lluis.lalucat@chmcorts.com](mailto:lluis.lalucat@chmcorts.com)

