

Guia de suport per a la implementació

Pla personal de prevenció de la mort per suïcidi Estratègies comunitàries

Document de suport tècnic

Aquesta guia complementa el document operatiu del Pla personal de prevenció de la mort per suïcidi i ofereix criteris pràctics per a professionals dels àmbits sanitari, social i comunitari. No substitueix els protocols clínics, d'emergències o de protecció vigents, sinó que orienta la implementació del Pla com a procés compartit, centrat en la persona i en la seva xarxa de suports.

Ús previst	Persones destinatàries	Caràcter
Guia d'implementació i acompanyament professional del Pla personal.	Professionals de salut, serveis socials, atenció comunitària, equipaments i figures de coordinació.	Document orientatiu. Requereix adaptació al circuit local, consentiment de la persona i coordinació amb els serveis responsables.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

Índex

1. Finalitat de la guia.....	3
2. Principis de treball del Pla personal.....	3
3. Marc conceptual: del “pla de seguretat” al “pla personal”	4
4. Quan aplicar el Pla i quan no és adequat	4
5. Rols professionals i comunitaris	5
6. Procés d’elaboració del Pla: abans, durant i després	6
7. Orientacions per emplenar el Pla pas a pas.....	7
8. Incorporació de la mirada comunitària	10
9. Figura social i comunitària de suport	11
10. Coordinació entre serveis sanitaris, socials i comunitaris	12
11. Consentiment, confidencialitat, registre i accessibilitat	13
12. Adaptació a situacions i col·lectius diversos.....	14
13. Seguiment, revisió i indicadors bàsics	15
14. Annexos pràctics.....	16
15. Referències i recursos de suport	18

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

1. Finalitat de la guia

Aquesta guia té com a finalitat orientar els equips professionals en la implementació del Pla personal de prevenció de la mort per suïcidi i estratègies comunitàries. El Pla no s'ha d'entendre únicament com un formulari, sinó com un procés d'escolta activa i diàleg, identificació de suports, ordenació de recursos i coordinació entre agents.

El document operatiu del Pla recull la informació essencial que la persona i l'equip necessiten tenir disponible en moments de patiment intens. Aquesta guia explica com preparar, elaborar, compartir, activar i revisar aquest Pla amb criteris de seguretat, respecte de l'autonomia de la persona i mirada comunitària.

- **Objectiu principal:** Facilitar que el Pla sigui útil, comprensible, activable i revisable per la persona i per les figures professionals i comunitàries implicades.
- **Abast:** Acompanyament, derivació i coordinació. No substitueix la valoració clínica, l'atenció urgent ni els protocols específics de cada servei.
- **Enfocament:** Centrat en la persona, amb respecte de les seves decisions i reconeixement del seu context vital, dels vincles que poden actuar com a factors protectors.

2. Principis de treball del Pla personal

La implementació del Pla s'ha de basar en un conjunt de principis compartits que han d'orientar tant la conversa amb la persona com la coordinació entre serveis.

Principi	Aplicació pràctica
Centrat en la persona	La persona participa en la definició del Pla, decideix quins suports vol activar i pot revisar o modificar els acords. El Pla ha de respectar la seva autonomia, la seva trajectòria i els seus ritmes.
Parlar obertament del suïcidi i de la mort	El Pla ha d'evitar eufemismes que generin confusió. Cal poder parlar de mort per suïcidi amb un llenguatge clar, respectuós i no alarmista.
No reduir el suïcidi a una causa única	El patiment pot estar relacionat amb condicions de vida, dolor físic, solitud, violències, discriminacions, dol, precarietat, pèrdues o violència estructural.
Confidencialitat i consentiment	La informació només s'ha de compartir amb els agents necessaris i amb consentiment informat.
Rols delimitats	Els serveis sanitaris assumeixen l'atenció clínica; els serveis socials, l'acompanyament social i l'activació de recursos; els agents comunitaris, el vincle, l'acollida, la detecció i la derivació.
Flexibilitat i revisió	El Pla ha de canviar quan canvia la situació de la persona. Ha de ser un instrument viu i dinàmic, no un document tancat.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

3. Marc conceptual: del “pla de seguretat” al “pla personal”

El terme “pla de seguretat” pot resultar distant o excessivament clínic per a algunes persones. Per això es proposa la denominació “Pla personal de prevenció de la mort per suïcidi. Estratègies comunitàries”, que posa l'accent en la dimensió personal, relacional i territorial del suport.

Aquesta reformulació no elimina la necessitat de seguretat clínica, sinó que amplia la mirada: incorpora allò que ajuda la persona a sostenir-se, els vincles que poden acompanyar-la, els espais que generen pertinença i els circuits professionals que poden intervenir quan calgui.

Criteri de llenguatge

En la conversa amb la persona, cal prioritzar preguntes senzilles, concretes i comprensibles. Per exemple, és preferible preguntar “Què notes quan comences a estar pitjor?” que no pas “Quins signes prodròmics identifies?”.

El Pla pot tenir dues expressions complementàries:

- **Document professional o de registre:** Recull la informació rellevant per garantir continuïtat assistencial, coordinació i activació de circuits.
- **Document per a la persona:** Pot adoptar formats més accessibles i significatives: targetes, capsa de recursos, dibuixos, àudios, pictogrames, llista al mòbil, fotografies de llocs segurs o cartes escrites per ella mateixa o per persones de confiança.

4. Quan aplicar el Pla i quan no és adequat

El Pla és especialment útil quan la persona pot participar en una conversa amb certa capacitat de reflexió i decisió. Pot elaborar-se després d'una crisi, després d'un intent, en períodes de recuperació i estabilitat personal o de manera preventiva quan s'identifica risc o patiment intens.

Situació	Orientació professional
Crisi immediata o risc vital imminent	El Pla no és l'eina principal. Cal activar el protocol d'urgència, emergències o el circuit clínic establert. Es pot recuperar el Pla quan la situació estigui estabilitzada.
Després d'un intent de suïcidi	És recomanable valorar l'elaboració del Pla abans de l'alta o en el seguiment immediat, assegurant continuïtat amb salut mental, atenció primària, serveis socials i xarxa de suport.
Període de recuperació i estabilitat personal	És un moment adequat per identificar senyals d'alerta, estratègies que funcionen, persones de suport i recursos comunitaris significatius. Inclús abans d'haver patit mai cap intent de suïcidi.
Prevenició abans d'una crisi	El Pla pot ajudar a ordenar recursos, anticipar desencadenants i acordar què fer si la persona empitjora.
Reaparició de senyals d'alerta	Cal revisar si les estratègies del Pla continuen sent útils i si cal activar la figura referent o intensificar el seguiment.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

5. Rols professionals i comunitaris

La implementació del Pla requereix identificar qui fa què. La claredat de rols evita confusions, sobrecàrregues i falses expectatives. És recomanable que el Pla sigui impulsat per una persona professional amb vincle i confiança amb la persona, i amb formació específica en prevenció de la mort per suïcidi. Quan sigui possible, és convenient combinar una mirada clínica i una mirada social o comunitària.

Rol	Funcions principals	Límits
Figura professional referent / gestora de casos	Coordina l'elaboració, revisió i activació del Pla; garanteix la continuïtat; defineix circuits; recull alertes; fa de punt de contacte per a la xarxa implicada.	No ha d'actuar aïlladament ni assumir tota la responsabilitat sense circuit. Ha de treballar amb criteris compartits i suport institucional.
Professionals sanitaris	Valoració clínica, seguiment terapèutic, tractament, indicacions davant crisi, coordinació amb urgències i altres dispositius.	No han de delegar la valoració del risc en agents comunitaris.
Professionals de serveis socials	Valoració de factors socials, activació de suports, acompanyament en recursos, detecció de vulnerabilitats i coordinació amb salut.	No substitueixen la intervenció clínica quan hi ha risc o crisi.
Agents comunitaris o figures de confiança	Acollida, escolta, vincle, presència, detecció d'alertes, acompanyament a activitats, contacte amb la figura referent si cal.	No fan diagnòstic, teràpia, valoració del risc ni atenció d'urgència.
Persona i entorn proper	La persona decideix, revisa i valida els suports. L'entorn pot participar si la persona ho vol i dona consentiment.	No s'ha de forçar la participació de familiars, entitats o persones de l'entorn si no són segures o significatives per a la persona.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

6. Procés d'elaboració del Pla: abans, durant i després

El Pla s'ha d'elaborar en un espai de conversa cuidat. La qualitat del procés és tan important com el contingut final del document.

6.1 Abans de la conversa

- Confirmar que la situació no és de risc vital. Si ho és, activar el circuit urgent.
- Escollir un espai privat, tranquil i sense interrupcions.
- Explicar la finalitat del Pla: ajudar a anticipar moments difícils, ordenar suports i facilitar que la persona no hagi de decidir-ho tot en plena crisi.
- Aclarir què es registrarà, qui hi tindrà accés i com es gestionarà el consentiment.
- Valorar si convé fer la conversa en una sola sessió o en diverses trobades breus.

6.2 Durant la conversa

- Fer preguntes obertes, concretes i respectuoses.
- Validar el patiment sense dramatitzar ni minimitzar.
- Evitar judicis, sermons, culpabilització o frases que tanquen la conversa.
- Recollir exemples concrets: situacions, hores del dia, llocs, persones, activitats, frases, records, objectes o rutines que ajuden o empitjoren.
- Comprovar que cada acció del Pla és realista, possible i acceptable per a la persona.

6.3 Després de la conversa

- Entregar o facilitar a la persona una versió accessible del Pla.
- Registrar el Pla al sistema corresponent si està previst i hi ha consentiment.
- Acordar una data de revisió i qui farà el seguiment.
- Contactar, si s'ha acordat, amb les persones o recursos implicats per confirmar disponibilitat i límits.
- Assegurar que el circuit d'alerta és conegut per les figures que han de poder activar-lo.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

7. Orientacions per emplenar el Pla pas a pas

Aquest apartat ofereix criteris per ajudar els professionals a emplenar cada pas del Pla. Les preguntes són orientatives i s'han d'adaptar al llenguatge, edat, cultura, condicions i moment vital de la persona.

Pas 1. Senyals d'alerta, situacions i desencadenants

Identificar què acostuma a passar abans, o al començament, d'una crisi: pensaments, emocions, imatges, comportaments, situacions, llocs, horaris, conflictes o canvis corporals. També és útil diferenciar entre malestar habitual i senyals que indiquen empitjorament significatiu, sense convertir aquesta diferenciació en una valoració clínica rígida.

Preguntes útils	Exemples de respostes concretes
• Què notes en tu quan comences a estar pitjor? • Hi ha moments, llocs, conflictes o notícies que acostumen a precipitar el malestar? • Quines persones del teu entorn se n'adonen abans que tu? • Què ha passat altres vegades just abans d'una crisi?	• Deixo de contestar missatges durant dies. • Em costa sortir de casa i deixo d'anar al casal. • Penso que soc una càrrega. • Augmento el consum d'alcohol. • Em venen imatges de fer-me mal.

Pas 2. Estratègies personals per a la recuperació

Substituir la idea de "distracció" per estratègies que ajudin a recuperar presència, calma, sentit o connexió. Han de ser accions petites, concretes i practicables en un moment de patiment intens.

Preguntes útils	Exemples de respostes concretes
• Què t'ha ajudat altres vegades, encara que només fos una mica? • Què pots fer durant els primers 10 minuts per no quedar-te a soles amb el pensament? • Quines rutines, objectes, músiques, respiracions o moviments t'ajuden a tornar al present? • Què no t'ajuda i és millor evitar?	• Dutxar-me amb aigua tèbia. • Sortir a caminar 10 minuts per un recorregut conegut. • Posar una llista de música concreta. • Agafar una manta o objecte que em dona seguretat. • Fer una respiració guiada de 3 minuts. • Escriure a la llibreta sense haver de decidir res.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

Pas 3. Persones, espais i entorns que ajuden

Identificar persones, llocs i entorns socials que poden aportar companyia, pertinença o un canvi d'escenari segur. No cal que siguin persones a qui explicar-ho tot; poden ser presències quotidianes protectores.

Preguntes útils	Exemples de respostes concretes
• Amb qui pots estar sense haver de justificar-te massa? • Hi ha algun lloc on acostumes a sentir-te una mica més segur/a? • Quina activitat comunitària o espai del barri et fa bé? • A qui li agradaria que aviséssim si deixes d'anar-hi?	• Biblioteca del barri. • Club esportiu. • Passejar amb una veïna. • Grup de suport mutu. • Casal de gent gran. • Centre cívic. • Entitat cultural. • Parc o hort comunitari.

Pas 4. Persones a qui puc demanar ajuda directa

Diferenciar les persones que ajuden a sostenir el dia a dia de les persones a qui trucar o avisar quan el malestar augmenta. Cal acordar què se'ls pot demanar i en quins horaris o condicions.

Preguntes útils	Exemples de respostes concretes
• A qui pots dir "estic malament i necessito no estar sol/a"? • Quina frase podries enviar si et costa parlar? • Aquesta persona sap que pot formar part del Pla? • Què necessites que faci i què no vols que faci?	• Enviar el missatge pactat: "Necessito companyia. Em pots trucar?" • Demanar que vingui a casa o quedar en un lloc públic. • Demanar que ajudi a contactar amb la figura referent. • Demanar que retiri o allunyi un element de risc, si està acordat i és segur.

Pas 5. Professionals i serveis de contacte

Recollir els contactes professionals i serveis que poden activar-se en cas de crisi o empitjorament. És important que la persona sàpiga quin contacte és per seguiment ordinari i quin és per urgència.

Preguntes útils	Exemples de respostes concretes
• Qui és la teva figura professional referent? • Quan has de contactar amb el CAP, CSMA, serveis socials o urgències? • Què vols que consti perquè no hagi de repetir-ho tot? • Quin és el canal més segur i realista de contacte?	• Professional referent / gestora de casos. • CAP / infermeria / medicina de família. • CSMA o CSMIJ. • Serveis socials bàsics. • 061 Salut Respon. • 112 emergències en risc vital.

Pas 6. Fer l'entorn més segur

Definir mesures concretes per reduir l'accés a mitjans o situacions que poden incrementar el risc, sempre amb respecte, consentiment i criteri professional. Aquest pas ha de ser específic i no culpabilitzador.

Preguntes útils	Exemples de respostes concretes
• Què convé allunyar o limitar quan estàs pitjor? • Qui et pot ajudar a fer-ho de manera respectuosa? • Hi ha llocs, objectes, medicació o situacions que cal evitar temporalment? • Quina mesura és possible avui i no només en teoria?	• Guardar medicació en un lloc acordat. • Demanar suport per gestionar objectes de risc. • No quedar-se sol/a en determinades franges horàries. • Evitar consum d'alcohol o altres substàncies quan apareixen senyals d'alerta. • Acordar una estada temporal amb una persona de confiança.

Pas 7. El que dona sentit, continuïtat o motius per viure

Recollir elements que poden ajudar la persona a connectar amb la vida, sense convertir-ho en una exigència d'optimisme. Poden ser persones, animals, responsabilitats, records, valors, projectes petits, rituals o compromisos quotidians.

Preguntes útils	Exemples de respostes concretes
• Què t'ha ajudat altres vegades a aguantar fins l'endemà? • Hi ha algú, alguna cosa o algun compromís que vols que recordem en moments difícils? • Quines coses petites et connecten amb una mica de sentit? • Què voldries que et recordessin quan no pots veure sortida?	• La cura del meu gos. • Veure la meva neta. • Regar les plantes. • Recordar que altres crisis han passat. • La meua llibreta de frases. • Tenir una cita pactada demà. • No prendre decisions definitives quan estic en crisi.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

8. Incorporació de la mirada comunitària

La mirada comunitària implica reconèixer que la prevenció de la mort per suïcidi no es redueix a l'atenció clínica individual. Els vincles, els espais de pertinença, les activitats significatives, les condicions de vida i la capacitat del territori per acollir i derivar també poden actuar com a factors protectors.

8.1 Prescripció social acompanyada

La prescripció social pot ser útil quan no es concep com una simple derivació a una activitat, sinó com un procés acompanyat. En prevenció de la mort per suïcidi, cal evitar enviar la persona a un recurs comunitari sense preparar el contacte, sense valorar si és adequat i sense assegurar que l'entitat receptora sap què pot i què no pot assumir.

Fase	Criteris pràctics
Identificació del recurs	Triar recursos que tinguin sentit per a la persona, no només recursos disponibles. Valorar interessos, barreres d'accés, horaris, cost, llengua, mobilitat i experiències prèvies.
Contacte previ	Quan sigui necessari i amb consentiment, contactar amb el recurs abans de la incorporació per explicar el mínim necessari, aclarir rols i evitar exposar la persona.
Acompanyament inicial	Facilitar una primera visita, una trucada o una presentació amb una persona referent. Evitar que la persona hagi de sostenir sola el primer contacte.
Seguiment	Revisar si el recurs és útil, si genera benestar o si cal buscar una alternativa. No tots els recursos funcionen per a totes les persones.

8.2 Sociograma i mapa d'agents

El sociograma és una eina visual per representar agents, serveis, grups i relacions d'un territori. En aquest marc, permet identificar quins agents poden actuar com a portes d'entrada, espais de suport, antenes de detecció, recursos d'acompanyament o nodes de derivació.

- Agents sanitaris: CAP, CSMA/CSMIJ, urgències, salut pública, serveis d'addiccions.
- Agents socials: serveis socials bàsics, habitatge, dependència, violències, pobresa energètica, serveis d'atenció domiciliària.
- Agents comunitaris: biblioteques, centres cívics, casals, clubs esportius, entitats juvenils, associacions veïnals, grups de suport mutu, entitats de salut mental, equipaments culturals.
- Vincles informals: veïnat, comerços de confiança, persones referents, grups religiosos o culturals si la persona els reconeix com a significatius.

Ús recomanat del sociograma

El sociograma no és només un mapa de recursos. Ha de servir per detectar vincles, buits, duplicitats, agents amb capacitat de pont i necessitats de formació o coordinació. Pot utilitzar-se per planificar formacions, crear circuits locals i identificar recursos que poden formar part dels Plans personals amb consentiment de la persona.

9. Figura social i comunitària de suport

La figura social i comunitària és una persona voluntària, escollida o acceptada per la persona, que pot actuar com a suport de proximitat dins del Pla personal. Ha de disposar d'una formació bàsica específica i d'un canal clar de coordinació amb la figura professional referent.

9.1 Funcions

- Acompanyar des del vincle de confiança, amb presència respectuosa i sense judici.
- Conèixer només la part del Pla necessària per al seu rol i sempre amb consentiment de la persona.
- Ajudar a activar estratègies acordades: sortir a caminar, trucar a una persona, acompanyar a un recurs, recordar el circuit.
- Detectar canvis o senyals d'alerta pactats i comunicar-los a la figura referent.
- Facilitar la participació en espais significatius i reduir l'aïllament.
- Respectar els límits del rol i demanar suport quan la situació el supera.

9.2 Límits

- No fa diagnòstic ni valoració del risc d'intent.
- No substitueix professionals de salut, serveis socials ni emergències.
- No assumeix disponibilitat 24/7 si no està previst i sostingut pel dispositiu.
- No guarda informació de risc greu sense activar el circuit acordat.
- No fa teràpia, mediacions complexes ni intervencions clíniques.
- No ha de quedar sola com a única figura responsable del suport.

9.3 Formació mínima recomanada

Bloc formatiu	Continguts mínims
Comprensió del suïcidi	Mites, estigma, factors de risc i protecció, llenguatge respectuós, importància de preguntar i escoltar.
Escolta i acollida	Escolta activa, validació emocional, comunicació no jutjadora, què dir i què evitar.
Senyals d'alerta i derivació	Canvis observables, verbalitzacions, aïllament, comiats, augment de consum, circuit d'alerta.
Límits i confidencialitat	Rol no clínic, consentiment, informació mínima necessària, què fer davant de situacions de risc.
Autocura i suport	Impacte emocional, supervisió, espais de contrast i criteris per retirar-se del rol si cal.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

10. Coordinació entre serveis sanitaris, socials i comunitaris

La coordinació és la creació d'un sistema de treball compartit entre agents que poden tenir un paper en la prevenció, l'acompanyament i la resposta davant situacions de patiment intens o risc. No significa que tots facin el mateix, sinó que cadascú actua des del seu àmbit de responsabilitat i sap quan, com i amb qui ha de comunicar-se.

10.1 Proposta de circuit mínim

1. Identificar una figura professional referent del Pla.
2. Obtenir i registrar el consentiment informat de la persona per compartir informació limitada amb agents concrets.
3. Definir quins serveis i persones formen part de la xarxa de suport.
4. Establir canals de comunicació: seguiment ordinari, alerta i urgència.
5. Acordar quin tipus d'informació es pot compartir i quina no.
6. Fer una reunió inicial o contrast breu quan hi hagi diversos agents implicats.
7. Revisar el Pla després de crisis, canvis vitals, altes hospitalàries, abandonament de seguiment o pèrdua de recursos protectors.

Nivell de situació	Resposta orientativa	Canal
Seguiment ordinari	Revisió del Pla, actualització de recursos i comprovació de si les estratègies continuen sent útils.	Visita programada, trucada o coordinació periòdica.
Alerta o empitjorament	Contacte amb la figura referent; valoració professional; possible intensificació del seguiment o activació de recursos.	Canal pactat amb la figura referent o servei corresponent.
Situació de risc o crisi	Activació urgent segons protocol: emergències, urgències sanitàries o dispositiu establert.	061 / 112 o circuit local d'urgències.

10.2 Reunions i espais de coordinació

- **Reunió inicial de Pla:** defineix rols, senyals d'alerta, canals, límits i recursos. Hi participa la persona i els agents que accepti.
- **Seguiment periòdic:** pot ser mensual, bimensual o adaptat al nivell de complexitat. Ha de ser breu i orientat a decisions concretes.
- **Revisió després de la crisi:** s'activa després d'un intent, una urgència, un canvi de tractament o un episodi d'empitjorament rellevant.
- **Espai territorial:** reunió de circuit o grup motor per revisar funcionament global, necessitats de formació i coordinació entre serveis, sense tractar dades personals si no és necessari.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

11. Consentiment, confidencialitat, registre i accessibilitat

El Pla ha d'equilibrar la necessitat de continuïtat assistencial amb el respecte a la privacitat i a les decisions de la persona. La informació compartida ha de ser la mínima necessària per garantir suport i seguretat.

11.1 Consentiment informat

- Explicar per què es demana compartir informació i amb qui.
- Diferenciar entre informació clínica, informació social i informació comunitària.
- Permetre que la persona decideixi quines persones o entitats poden conèixer parts del Pla.
- Revisar el consentiment quan canviïn les persones implicades o la situació vital.
- Pactar anticipadament, quins serveis es poden activar i en quines situacions en cas de risc vital.

11.2 Registre

Quan el circuit ho permeti i amb consentiment, el Pla hauria de constar a la història clínica electrònica o al sistema de registre corresponent, especialment la informació necessària per garantir continuïtat: figura referent, senyals d'alerta, passos d'activació, contactes professionals i mesures de seguretat.

11.3 Accessibilitat

La persona ha de disposar d'una versió accessible del Pla. Això pot incloure lectura fàcil, pictogrames, àudio, targetes breus, versió digital al mòbil, traducció, suport d'una persona medidora o adaptacions cognitives i sensorials.

12. Adaptació a situacions i col·lectius diversos

El Pla ha de ser flexible i sensible a la diversitat. Cal evitar formularis rígids que no encaixin amb l'edat, cultura, capacitat comunicativa, situació social o experiència vital de la persona.

Situació o col·lectiu	Adaptacions recomanades
Infància i adolescència	Utilitzar llenguatge adaptat a l'etapa evolutiva, treballar amb referents adults segurs, coordinar escola/serveis si escau, incorporar dibuixos o targetes, evitar exposar la persona davant entorns que no siguin protectors.
Persones grans	Explorar dolor físic, dols, solitud, pèrdua d'autonomia, maltractament, responsabilitat de cures i barreres d'accés. Incorporar atenció primària, serveis socials i recursos de proximitat.
Persones neurodivergents	Fer preguntes concretes, evitar ambigüitats, usar suports visuals, anticipar passos, respectar necessitats sensorials i identificar senyals particulars d'esgotament o saturació.
Diversitat cultural i lingüística	Explorar significats culturals del patiment, família, mort, religió o comunitat. Utilitzar mediació o traducció si cal, sense perdre confidencialitat. Evitar suposicions que puguin resultar del prejudici.
Discapacitat	Adaptar format, ritme i canal. Garantir accessibilitat física, cognitiva i comunicativa. No confondre necessitat de suport amb manca d'autonomia.
Situacions de violència o control	Extremar la confidencialitat i coordinar amb serveis especialitzats. No incorporar persones de l'entorn sense valorar seguretat.
Precarietat, sensellarisme o inestabilitat residencial	Prioritzar recursos immediats, punts de contacte realistes, espais segurs i coordinació social. Evitar plans que depenguin d'un domicili o telèfon estable si no existeixen.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

13. Seguiment, revisió i indicadors bàsics

El Pla ha de revisar-se de manera periòdica i sempre que hi hagi canvis rellevants. La revisió no ha de ser burocràtica: ha de servir per comprovar si el Pla continua sent útil i si les persones o recursos implicats continuen disponibles.

Moments recomanats de revisió

- Després d'una crisi, d'un intent o atenció urgent.
- Després d'una alta hospitalària o canvi important de tractament.
- Quan la persona deixa d'assistir a activitats o seguiments habituals.
- Quan canvien les persones de suport, el domicili, la situació laboral, familiar o econòmica.
- Com a mínim, en la periodicitat acordada pel circuit o per la figura referent.

Indicadors útils per al seguiment del procés

Àmbit	Indicadors possibles
Elaboració	Nombre de Plans elaborats; percentatge amb figura referent identificada; percentatge amb consentiment registrat.
Accessibilitat	Percentatge de persones que disposen d'una versió del Pla; formats adaptats utilitzats; comprensió percebuda per la persona.
Coordinació	Plans amb serveis socials o comunitaris implicats; reunions de coordinació realitzades; temps de resposta davant alertes.
Comunitat	Nombre d'agents formats; recursos comunitaris incorporats; derivacions acompanyades; continuïtat en activitats significatives.
Qualitat percebuda	Valoració de la persona sobre utilitat, respecte, claredat i accessibilitat del Pla.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

14. Annexos pràctics

Annex 1. Checklist professional abans de tancar el Pla

- La persona entén per a què serveix el Pla.
- El Pla inclou senyals d'alerta i desencadenants concrets.
- Les estratègies són realistes i practicables.
- Hi ha almenys una persona o servei de contacte en cas d'empitjorament.
- La figura professional referent està identificada.
- Els agents comunitaris, si n'hi ha, tenen rol voluntari i delimitat.
- El circuit d'alerta diferencia seguiment ordinari, empitjorament i urgència.
- El consentiment està recollit i és específic.
- La persona té una còpia accessible del Pla.
- Hi ha una data o criteri de revisió.

Annex 2. Frases útils per obrir la conversa

Objectiu	Formulació possible
Explicar el Pla	"La idea és deixar escrit què et pot ajudar quan estàs pitjor, perquè en aquell moment no hakis de pensar-ho tot de zero."
Parlar del suïcidi	"Podem parlar de pensaments de mort o de suïcidi amb claredat. Fer-ho no vol dir jutjar-te ni espantar-nos, sinó poder ajudar millor."
Explorar senyals	"Quan altres vegades has començat a entrar en crisi, què ha passat abans o què has notat en tu?"
Activar comunitat	"Hi ha llocs o persones amb qui no cal que expliquis tot el que et passa, però que t'ajuden a no quedar-te sol/a?"
Consentiment	"Abans de compartir res amb ningú, acordarem què es pot dir, a qui i amb quin objectiu."

Annex 3. Model de fitxa de coordinació mínima

Camp	Informació a completar
Persona	Nom o identificador acordat.
Figura professional referent	Nom, servei, telèfon/canal i horari de contacte.
Serveis implicats	CAP, CSMA/CSMIJ, serveis socials, urgències, altres.
Figures de confiança	Nom, relació, què poden fer, horari o límits.
Agents comunitaris	Entitat/equipament, persona referent, acció acordada, informació mínima compartida.
Circuit d'alerta	Què fer davant empitjorament i què fer en una situació de risc.
Consentiment	Data, abast, persones/serveis autoritzats, límits.
Revisió	Data prevista o situació que activa revisió.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

Annex 4. Exemple de formulació d'una acció comunitària dins del Pla

Exemple

Quan la persona deixi d'assistir al grup de costura dues setmanes seguides sense avisar, la persona referent de l'entitat enviarà un missatge breu i no invasiu: "Hola, t'hem trobat a faltar. Vols que et truquem o prefereixes que t'escrivim més endavant?". Si la resposta indica malestar intens o no hi ha resposta després del segon intent, i sempre segons el consentiment acordat, la persona referent ho comunicarà a la figura professional del Pla. L'entitat no farà valoració clínica ni insistirà si la persona ha demanat no ser contactada.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**

15. Referències i recursos de suport

Les referències següents poden orientar la implementació comunitària, la formació d'agents i la justificació tècnica del Pla. Cal adaptar-les sempre al marc normatiu, clínic i organitzatiu de cada territori.

Consorti Hospitalari de Vic. (2021). *Programes comunitaris*. Memòria 2021.

<https://www.chv.cat/consorci/comunicacio/memories/2021-memoria/comunitat/programes-comunitaris/>

Consorti Hospitalari de Vic. (2024, 9 de febrer). *Osona Salut Mental del CHV lidera una iniciativa pionera per combatre la depressió i prevenir el suïcidi a Catalunya*.

<https://www.chv.cat/consorci/comunicacio/noticies/1493/osona-salut-mental-del-chv-lidera-una-iniciativa-pionera-per-combatre-la-depressio-i-prevenir-el-suicidi-a-catalunya>

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). *Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk*. Cognitive and Behavioral Practice, 19(2), 256–264.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Vizcaino, E., Villanueva, I., Puigcerver, L., Solans-Domènech, M., & Adam, P. (2024). *El valor de promover investigació enfermera: 30 casos de impacto derivados de las convocatorias de ayudas en el marco del PERIS 2017-2021* (Monográfico SARIS núm. 9). Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

<https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2024/investigacion-enfermera-saris9-aquas2024.pdf>

Nota. Inclou el projecte d'avaluació del programa infermer de seguiment a persones amb risc de suïcidi a Osona, de Judit Pons Baños.

World Health Organization. (2018). *Preventing suicide: A community engagement toolkit*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513791>

Zero Suicide. (s. d.). *Safety planning intervention for suicide prevention*. Education Development Center.

<https://zerosuicide.edc.org/resources/resource-database/safety-planning-intervention>

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**