

# La gestió de casos

a l'Atenció Primària  
Metropolitana Sud



# Alguns drets reservats

2022. Gerència Territorial Metropolitana Sud. Institut Català de la Salut.  
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de  
Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 internacional.

La llicència es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Figures i resum visual: Elena Pintado Outumuro i Iris Lumillo Gutiérrez

Disseny gràfic: Javier Bagán Granados

Edició: 1a edició: L'Hospitalet de Llobregat, octubre de 2022

Assessorament lingüístic: Jordi Magrinyà Domingo

Revisió corporativa: Xènia Tijeras Roca

Número de registre:

### **Autoria**

Borreguero Guerrero, Eduard  
Carrillo Ciércoles, Laura  
Cervantes Gispert, Mercè  
Fernández Balmon, Maria Ángeles  
Fernández Pavón, Helen  
Gahete Santiago, Antònia  
Gómez Pelegrina, Alicia  
Lumillo Gutiérrez, Iris  
Masachs Mestre, Eva  
Mazeres Ferrer, Oscar  
Mendez Galeano, Carmen  
Pintado Outumuro, Elena

### **Direcció del document**

Lumillo Gutiérrez, Iris  
Pintado Outumuro, Elena

### **Revisió del document**

Alcalà González, Dulcenombre  
Alvarez Muñoz, Gemma  
Amblàs Novellas, Jordi  
Artigas Lage, Montserrat  
Bertran Culla, Josefa  
Calamardo Carbonell, Núria  
Calvet Tort, Gemma  
Campreciós Rodríguez, Paula  
Casas Albiach, Eva  
Casas Thomsen, Angelique  
Comín Colet, Josep  
Contel Segura, Joan Carles  
Copetti Fanlo, Silvia  
Corral Morillas, Sofía  
Cuenca Caballero, Rosana  
Delmas Ljungberg, Margarita  
Díaz Martínez, Miquel  
Domènech Pejo, Montse  
Domínguez Carmona, Jose  
Esteve Balagué, Lluís  
Enjuanes Grau, Cristina  
Escosa Farga, Àlex  
Fernández Ruiz, Jordi

Fernández Solana, Coral  
Fisa Aregall, Mònica  
Garcia Prado, Rafael  
Garcia Tarrida, Eva  
Garrido Valero, Vicenta  
Gómez Garcia, Daniel  
Gómez Pelegrina, Alicia  
González Álvarez, Melissa Tatiana  
González Sierra, Adela  
Gordillo Sánchez, Jordi  
Herrero Rabella, Maria Àngels  
Jiménez Pancorbo, Mónica  
Jiménez Romero, Verónica  
Julià Nicolàs, M Teresa  
López Gonzalo, Esther  
Luna Gámez, Rosa  
Luna Ortiz, Antonia  
Martínez Borràs, Rosa  
Martinez Carmona, Sònia  
Mestre Boleda, Laura  
Millan Chillarón, Maite  
Miravet Jiménez, Sònia  
Moreno Galbar, Asunción  
Moreno Pineda, Maria del Rocío

Muñoz Ortí, Francesca  
Nava Rojas, Marita  
Neiro Bazán, Ana  
Pérez Moreno, Beatriz  
Ramirez Torralbo, Rosa  
Rebull Santos, Cristina  
Rios Jiménez, Ana  
Rivilla Frías, Daniel  
Ruiz Gil, Eulàlia  
Sallent Claparols, Mercè  
Sancho Campos, M Pilar  
Sancho Novell, Laia  
Solsona Serrano, Alicia  
Suarez Guzman, Zulma Estela  
Tost Mora, Jordi  
Valverde Castillo, Mónica  
Vaquero Cruzado, Jesús Antonio  
Vaquero Garcia, Marisa  
Vélez Delgado, Verónica  
Viñals Sequeira, Elena

# Índex

Presentació	5	3. Complexitat relacionada amb els professionals i el sistema assistencial:	21
Introducció	6	Criteris d'inclusió en el programa de gestió de casos	22
Objectius del programa de gestió de casos	10	Escenaris d'actuació de la infermera gestora de casos	23
Desenvolupament competencial de la infermera gestora de casos	11	1. Proposta de primera visita. Inclusió en el programa de gestió de casos	24
Perfil competencial de la infermera gestora de casos	12	2. Visita de seguiment de gestió de casos	29
Funcions de les Gestores de Casos	13	3. Abordatge de les persones en situació de descompensació	32
1. Assessorament	13	4. Atenció pal·liativa	33
2. Coordinació	14	5. Coordinació	35
3. Pla d'intervenció	15	6. Assessorament	36
Algoritme d'inclusió en gestió de casos	16	7. Alta del programa Gestió de Casos	37
Catàleg de prestacions	17	Organització funcional	38
1. Atenció a les persones i el seu entorn cuidador	17	1. Unitats Territorials d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat	38
2. Atenció a professionals	19	2. Abast poblacional	38
3. Formació, docència i recerca	19	3. Activació de la infermera gestora de casos	38
Població diana	21	4. Activació segons l'origen de la demanda	39
1. Complexitat relacionada amb la situació clínica de la persona:	21	Indicadors d'avaluació	40
2. Complexitat relacionada amb l'àmbit social/contextual:	21	Bibliografia	43

Des de l'Atenció Primària de l'Àrea Metropolitana Sud (APMS), ens plau presentar el marc operatiu de les Infermeres Gestores de Casos (IGC) en la cura de persones que presenten condicions de fragilitat moderada o avançada i amb necessitats complexes d'atenció.

El present document defineix el rol de les Infermeres Gestores de Casos en totes les seves funcions, juntament amb les competències específiques que se'n deriven. Així mateix, el document ofereix un catàleg de prestacions ampli i adequat a les necessitats de les persones afectades, del seu entorn cuidador i dels professionals que conformen la xarxa assistencial i intervenen en el procés d'atenció.

Per altra banda, es descriuen els set escenaris d'actuació més habituals en la pràctica diària de les infermeres per tal d'estandarditzar els processos i garantir la qualitat i l'equitat en la prestació de les cures.

Finalment, cal destacar que aquest document és fruit del consens i treball en equip entre professionals amb expertesa en programes de gestió de casos, cronicitat i atenció pal·liativa.



La gestió de casos es va originar com a model de prestació de serveis durant la segona meitat del segle XX als Estats Units. El seu objectiu principal era el de donar resposta a persones amb necessitats de salut i socials complexes que requerien una atenció integral que pal·liés els efectes resultants (a tots els nivells) de la fragmentació dels serveis assistencials(1).

El model, es va desplegar a l'entorn hospitalari en les treballadores socials i l'aleshores figura emergent de l'advanced practice nurse (infermera de pràctica avançada) (1–3). En aquell moment es va centrar en l'atenció a les transicions a l'alta des dels serveis hospitalaris fins la comunitat, en aquelles persones amb problemes de salut mental, de dependència i necessitats d'atenció a domicili. Essencialment, se cercava prevenir reingressos hospitalaris i reduir-ne costos (4–6).

Partint d'aquesta experiència, nombrosos països amb condicions socials i de salut similars (augment de l'envelliment, dependència, etc.), com ara el Canadà, Anglaterra, els Països Baixos i Austràlia, entre altres, han anat implementant progressivament el model en diferents àmbits d'atenció. Tanmateix, cadascun d'aquests estats ho duu a terme tot ajustant la prestació de serveis tant a l'organització del seu sistema de salut com a la pròpia normativa relativa a l'exercici professional de les infermeres (7).

Per aquesta raó, al llarg de tot aquest temps les Infermeres Gestores de Casos s'han anat adaptant i desenvolupant en cada país de forma heterogènia. Aquesta variabilitat d'experiències (relacionades amb el desenvolupament competencial, els objectius de salut i la població diana) constitueix el principal motiu pel qual actualment no existeix una única definició estandarditzada i reconeguda internacionalment per a la gestió de casos (8,9). No obstant això, l'eix vertebrador del model s'ha anat consolidant amb el temps, fent que els professionals reconeguin en la gestió de casos línies estratègiques fonamentals, com ho són: l'atenció integral centrada en la persona i el seu entorn cuidador, la coordinació eficient entre serveis assistencials i la continuïtat de cures.

A més, l'evidència científica internacional sobre models de gestió de casos i la seva efectivitat, s'ha vist dificultada arran de la variabilitat amb què aquests es reproduïen en la comunitat. Ens referim, per una banda, a l'especificitat de la població diana a què es destinen els programes: persones fràgils, població geriàtrica, persones amb trastorns mentals greus, persones amb problemes crònics complexos (PCC), persones amb malaltia crònica avançada (MACA), o persones amb una sola malaltia crònica greu o progressiva.

I per l'altra, als objectius del model: adequar l'ús dels serveis, millorar l'accessibilitat, reduir despeses, garantir la continuïtat assistencial, individualitzar l'atenció (10–16), etc. També es mostren diferències significatives en relació amb el nivell assistencial on es desenvolupa el rol de la infermera gestora de casos: hospitalari (model intramurs) o comunitari (model extramurs); que integra el sector sociosanitari en les seves intervencions o que no ho fa (17).

Tot i això, la trajectòria històrica de la gestió de casos ha permès elaborar anàlisis d'experiències concretes d'implantació dels diferents models existents, que mostren un impacte positiu en:

- Augment de la capacitat funcional de la persona, maneig de la medicació, reducció d'institucionalitzacions, mortalitat, reingressos hospitalaris i racionalització d'ús de serveis (18–24).
- Millora en l'adherència terapèutica per part de persones amb trastorns mentals greus i dependència, amb malalties cròniques o oncològiques (25–31).
- Millora de la qualitat de vida de les persones i cuidadors atesos, així com del seu grau de satisfacció amb l'atenció rebuda (32).

Per tant, des d'una visió global, la gestió de casos facilita l'accessibilitat i la integració de tots els nivells assistencials i dels diferents proveïdors; se sustenta per una valoració acurada de necessitats, tot establint un diagnòstic de situació i planificant les intervencions a realitzar tant amb la persona com l'entorn cuidador; i tot això ho fa, de forma selectiva, sobre poblacions d'alta complexitat, mitjançant la coordinació amb la resta de membres de l'equip assistencial d'atenció primària i garantint el continuïtat assistencial.

A Catalunya s'ha desencadenat un intens procés d'envelliment poblacional en els darrers anys, fruit de l'augment sostingut de l'esperança de vida. Aquest fenomen es tradueix per al sistema social i sanitari en un augment de fragilitat, de malalties cròniques, degeneratives i de dependència (33).

La pluralitat inherent als nostres recursos socials i sanitaris, fruit de la nostra demografia, els àmbits d'atenció, la variabilitat clínica i els diferents proveïdors, entre altres aspectes que generen fragmentació i duplicitat de serveis i dificulten el trànsit fluid i eficient de persones pel sistema, ha comportat la necessitat d'incorporar noves estratègies d'atenció a les persones amb condicions de fragilitat i cronicitat complexa i avançada. Per aquest motiu, a l'Atenció Primària Metropolitana Sud (APMS) es van implementar progressivament les Unitats Territorials d'Atenció a la Complexitat Clínica (UTACC) proposades pel Departament de Salut l'any 2010 (34). Aquestes unitats, seguint les experiències d'altres països, van apostar per centrar-se en l'atenció a la cronicitat amb infermeres amb perfil de pràctica avançada.

El programa de la gestió de casos en destacava especialment com a modalitat més freqüent.

Una de les mesures estructurals que es van produir va ser incorporar la figura d'infermera gestora als equips d'atenció primària de salut.

Així doncs, emmarcada en l'àmbit de la cronicitat i amb visió de pràctica avançada, va esdevenir la base relacional entre l'atenció a les persones en situació de complexitat clínica i social i el sistema sanitari. El paper de la infermera en la implementació i execució d'aquest model és essencial i a la literatura trobem àmplia evidència científica que demostra que la gestió de les cures de les persones grans fràgils i amb necessitats assistencials complexes millora notablement quan hi intervé una figura amb pràctica avançada coordinant aquests processos i proporcionant l'atenció sanitària (1,7).



Figura 1. Esferes de la complexitat en l'atenció en salut. Adaptació de Kuipers, et al (2).



El model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA), assenyala que un 5% de la població general s'hi veu afectada i requereix un model d'atenció específic. Concretament, un 4% presenta condició de cronicitat complexa i un 1% avançada. Aquest model ha d'estar basat en programes de gestió de cas proactius i de contextos assistencials integrats que garanteixin una atenció personalitzada i adaptable a les seves necessitats sociosanitàries i a la complexitat que presenten en qualsevol de les següents tres dimensions (33):

Per tant, l'essència de la pràctica assistencial de la infermera gestora de casos s'adreça a les persones (i el seu entorn cuidador) amb necessitats de cures d'alta intensitat (35) derivades de la seva situació de complexitat clínica, social i assistencial, que requereixen una atenció integrada i integral, en qualsevol de les etapes del cicle vital. Per tot el que s'ha exposat anteriorment, el model de gestió de casos que posa en pràctica l'APMS aposta per les infermeres com a les seves impulsores i garants de llur model (36). Aquesta aposta es fonamenta en el fet que aquestes tenen les competències específiques tant per liderar el procés de la gestió del cas (mitjançant activitats de planificació, organització i coordinació dels recursos necessaris per a l'atenció de col·lectius de persones amb complexitat), així com per

proporcionar l'atenció directa a les persones i entorn cuidador que ho requereixen. Amb el marc operatiu que es presenta, es dona forma i contingut a la línia estratègica a seguir per part de les gestores de casos de l'APMS, en consonància amb la visió del Departament de Salut en la proposta de desplegament inicial de les Unitats Territorials d'Atenció a la Complexitat Clínica (UTACC).

Finalment, pretén homogeneïtzar la prestació de cures a tota la regió i garantir l'equitat en l'accés al programa, així com servir de guia de treball per als professionals implicats en la gestió de casos i els Equips d'Atenció Primària. Alhora, ha de permetre avaluar els indicadors que simplifiquin l'anàlisi posterior de l'eficiència del programa.

# Índex

- Ajudar a assolir el màxim nivell de salut i benestar possible.
- Millorar l'experiència d'atenció rebuda.

## Objectius específics:

- Millorar la seguretat de les persones reduint complicacions evitables i les conseqüències dels seus processos de salut crònics.
- Millorar la seguretat de les persones facilitant les transicions dins del sistema sanitari i social.
- Millorar la qualitat de vida de les persones ateses.
- Millorar la qualitat de l'atenció de les persones ateses pel programa.

## Objectius operatius:

- Identificar i facilitar opcions i recursos adequats per a les persones amb malalties cròniques complexes i el seu entorn cuidador.
- Millorar la coordinació assistencial i reduir la fragmentació dels serveis sanitaris i socials.
- Facilitar la pràctica cooperativa entre els professionals dels diferents àmbits d'atenció.
- Promoure un clima de compromís i comunicació directa entre pacient, entorn cuidador i professionals dels serveis.
- Avaluar les necessitats de manera holística i centrada en la persona amb objectius mutus i permetent la gestió dels recursos adequada al pacient i als proveïdors implicats.

# Objectius del programa de gestió de casos

Reduir  
complicacions  
evitables

Facilitar les  
transicions  
dins del  
sistema  
sanitari i  
social

Augmentar la  
qualitat de  
vida de les  
persones

Millorar la  
qualitat de  
l'atenció de  
les persones  
ateses

En l'esfera internacional, les gestores de casos són considerades professionals amb un alt grau d'expertesa i amb un paper clau en l'abordatge interdisciplinari de la persona i el seu entorn cuidador, alhora també coordinadores de tot el procés d'atenció (37,38).

Les principals competències que en destaquen són: habilitats comunicatives i per al maneig de conflictes, treball en equip; proactivitat en la millora del procés assistencial; capacitat educativa per generar autonomia i responsabilitat amb la persona atesa i l'entorn cuidador; capacitat per assessorar altres professionals i donar-los suport en la presa de decisions; capacitat pedagògica per a la formació de nous professionals en la gestió de casos; i finalment, capacitat crítica amb inquietud per a la innovació i la recerca (34,36–41).

Tot i que la pràctica professional de gestió de casos s'estén a tots els entorns sanitaris i socials i és aplicable a diverses disciplines, en el nostre context s'aposta per la figura de la infermera donades les seves característiques competencials. Els resultats positius en salut no poden ser assolits sense les competències especialitzades que les gestores de casos apliquen durant tot el procés de gestió del cas. Aquest fenomen implica que el perfil competencial sigui de pràctica avançada. Per facilitar el rendiment eficaç i competent, la infermera

gestora de casos ha de demostrar coneixements sobre els serveis sanitaris, dinàmiques de comportament humà, recursos comunitaris, pràctica ètica i basada en l'evidència, aplicació d'estàndards clínics i resultats i sobre la tecnologia de la informació sanitària i mitjans digitals rellevants per a la gestió de casos (38).

El concepte d'Infermera de Pràctica Avançada (IPA), segons la Case Management Society of America, es caracteritza essencialment per "la capacitat de pensament crític, judici clínic orientat a resultats i habilitats avançades en l'avaluació, diagnòstic i individualització de les cures de forma autònoma, tot utilitzant la millor evidència científica disponible".

El Consell Internacional d'Infermeres, la defineix com una "infermera especialista, que ha adquirit de forma progressiva una base de coneixements experts, les capacitats per adoptar decisions complexes i les competències clíniques necessàries per a l'exercici professional ampliat que ve caracteritzat pel context o el país on aquesta està acreditada per exercir" (41,42).

Per tant, el desenvolupament de la IPA, aplicada a la gestió de casos d'Atenció Primària, suposa un rol fonamental per garantir els estàndards d'atenció que es proposen internacionalment (37,38).

### Formació reglada

1. Diplomatura en infermeria, grau d'infermeria o equivalent.
2. Màster, postgrau i/o especialitat relacionat amb la categoria.

### Coneixements

Coneixements sobre els perfils de pacients crònics i/o fràgils i sobre les línies d'abordatge de condicions de cronicitat.

### Experiència prèvia

Experiència professional mínima de 2 anys en l'àmbit d'Atenció Primària.

### Formació complementària:

- Formació en gestió de casos en infermeria o equivalent.
- Formació en cronicitat, fragilitat, i/o altres condicions de salut que generin vulnerabilitat.
- Formació en lideratge professional i treball en equip.
- Formació en tècniques de comunicació assertiva, resolució de conflictes, o equivalent.
- Realitzar activitat docent a estudiants de grau, residents, i/o professionals.

Realitzar activitat investigadora, participant o duent a terme projectes de recerca o de millora de l'atenció sanitària.

### Coneixements:

Coneixements dels recursos socials i sanitaris més comuns a l'àmbit de l'Atenció Primària (serveis socials, ens locals, salut mental, PADES, centres sociosanitaris, etc.).

Coneixements dels sistemes informàtics relacionats amb l'àmbit de la infermeria.

### Competències específiques:

Actituds, habilitats i coneixements per al treball en equip, gestió d'emocions, comunicació, planificació, organització i prioritització.

A continuació es proposen tres principals funcions de les infermeres gestores de casos (què fan) aplicades a l'àmbit d'atenció primària. A més a més, dins de cadascuna d'elles s'especifiquen les competències específiques per assolir-les (com ho fan).



## 1. Assessorament

### 1.1 Assessorament a persones, entorn cuidador i comunitat.

- Capacitat educativa per generar canvi en l'autonomia, autogestió i autocura de les persones ateses.
- Proporcionar assessorament i suport per a la presa de decisions ètiques.
- Donar educació sanitària adequada.
- Exercir funcions de consultoria en la millora de l'atenció a la persona i de la pràctica infermera, basant-se en coneixements sobre cronicitat avançada i cures pal·liatives.
- Assessorar a persones individuals, grups professionals i no professionals i altres centres i institucions comunitàries.
- Facilitar i activar de forma efectiva els recursos sanitaris i socials al territori dins el procés de la gestió del cas.

### 1.2 Assessorament a professionals

- Capacitat docent per formar professionals i residents en període de formació.
- Identificar les necessitats d'aprenentatge de diferents professionals i

contribuir al desenvolupament dels programes formatius i d'altres recursos.

- Actuar com a docent clínica d'estudiants d'infermeria, medicina i altres professionals.
- Exercir funcions de consultora o assessora per a la millora de l'atenció a la persona.
- Proporcionar assessorament i suport a la presa de decisions als professionals dels EAP
- Participar activament en la valoració, desenvolupament, implementació i avaluació de programes de millora de la qualitat en col·laboració amb altres líders infermeres.
- Participar en investigacions per monitorar i millorar la qualitat de les pràctiques referents a les cures a la persona atesa.
- Avaluar els programes de formació i recomanar-ne la revisió en cas que sigui necessari en el seu propi àmbit.
- Col·laborar amb informàtics en el disseny de les TIC per a projectes que garanteixin la qualitat i la investigació infermera.
- Difondre el coneixement infermer i el seu impacte generat a través de presentacions i/o publicacions d'àmbit local, regional i/o internacional.

## 2. Coordinació

- Donar suport als professionals dels EAP en processos assistencials, derivacions, i en la utilització de recursos específics.
- Facilitar la transició eficient de les persones ateses a través del sistema social i sanitari.
- Col·laborar amb altres professionals o serveis per optimitzar l'estat de salut de la persona atesa, en qualsevol etapa del seu cycle vital.
- Coordinar el pla d'atenció interdisciplinari per la utilització adient dels recursos, fent coincidir necessitats i prestació de serveis, tot garantint una atenció integrada.
- Prevenir la duplicitat de serveis i facilitar-ne la integració interdisciplinària i interinstitucional.
- Desenvolupar pràctica col·laborativa amb serveis socials especialment en persones amb complexitat concurrent sanitària i social.
- Contribuir a mantenir actualitzats els directoris de serveis i recursos del territori.
- Participar en la planificació estratègica de rutes assistencials i programes de millora de la qualitat d'unitats o serveis, i en el disseny de processos assistencials.

## 3. Pla d'intervenció

- Desenvolupar la pràctica clínica avançada basada en el treball en equip amb tots els professionals implicats en la persona.
- Garantir una atenció proactiva, continuada i integrada a les persones en condició de cronicitat complexa i avançada, en qualsevol etapa del seu cicle vital.
- Realitzar una valoració multidimensional i de necessitats de la persona atesa que permeti establir un diagnòstic situacional.
- Dur a terme i documentar la història clínica de la persona atesa i l'examen de qualsevol de les dimensions de la persona.
- Utilitzar la investigació per guiar la pràctica i el canvi de protocols clínics.
- Fer un diagnòstic clínic en la seva àrea d'especialització (per coneixement i experiència acumulada) i d'acord amb els protocols de salut.
- Recollir i interpretar la informació de l'avaluació clínica i desenvolupar un pla de cures.
- Identificar i iniciar les proves diagnòstiques i procediments necessaris.
- Realitzar els procediments específics especialitzats.

## Funcions de les Gestores de Casos

- Avaluar com responen al tractament la persona atesa i/o la família, i també modificar el pla de cures en funció de com hi responguin.
- Comunicar i consensuar amb la persona atesa i la seva família el pla d'atenció com la seva resposta al tractament.
- Proporcionar educació especialitzada a la persona atesa i a la seva família.
- Promoure l'autonomia del pacient i dels cuidadors i procurar un abordatge ètic de les decisions sempre consensuades.
- Realitzar o facilitar la gestió de conflictes mitjançant la presa de decisions compartida, la comunicació efectiva i el treball en equip.





El catàleg de prestacions de les infermeres gestores de casos es basa en tres àrees d'actuació principals derivades de les seves competències específiques:



Atenció a les persones i el seu entorn cuidador



Atenció a professionals



Docència i recerca

Figura 2. Àrees d'actuació de la infermera gestora de casos

## 1. Atenció a les persones i el seu entorn cuidador.

### Cribratge i valoració del cas

- Valorar amb els professionals de referència la inclusió al programa de gestió de casos.
- Realitzar cribratge proactiu de persones beneficiàries del programa mitjançant triggers.
- Valoració multidimensional de la persona i entorn cuidador (idealment al domicili) i avaluació de la xarxa de suport.

- Valorar necessitats d'atenció i opcions identificades, així com oportunitats i barreres de col·laboració, amb el pacient i/o cuidador, i membres de l'equip interprofessional per oferir més atenció integrada.
- Pactar el compromís de l'usuari i entorn cuidador amb el procés de gestió del cas.
- Valorar la trajectòria previsible del procés de salut i els canvis a afrontar per la persona i l'entorn cuidador.
- Adequació i adherència del règim terapèutic.
- Facilitar la coordinació amb els professionals de referència de la persona, integrant l'aportació de tots ells sense substituir-los.

### **Realitzar el pla d'atenció individualitzat en coordinació amb els diferents professionals de referència, la persona i el seu entorn cuidador.**

- Establir els objectius basant-se en les necessitats, valors i preferències d'atenció i les intervencions per assolir-los, d'acord amb el compromís de la persona i l'entorn cuidador.
- Proporcionar educació per a la salut i foment de l'autocura.
- Indicar i dur a terme procediments diagnòstics i terapèutics accessibles a l'atenció primària de salut.

- Adequar la intensitat terapèutica en cada moment, de forma consensuada.
- Planificar de manera proactiva la resposta d'avant escenaris de descompensació previsible.
- Informar dels recursos socio-sanitaris disponibles al territori i la seva activació si escau.
- Promoure i participar en grups de treball per generar pactes amb tot l'ecosistema d'actors implicats en l'atenció domiciliària (Banc de productes, serveis socials, voluntariat...).

## **Desenvolupar el pla d'intervenció: seguiment de persones incloses en el programa de gestió de casos.**

Les activitats de seguiment inclouen l'avaluació del progrés de la persona i l'entorn cuidador amb les intervencions planificades, és a dir, avaluar si els objectius i les intervencions continuen sent adequades, rellevants i realistes:

Seguiment proactiu de persones i l'entorn cuidador en funció de les necessitats emergents.

- Gestió de la demanda en aguditzacions i/o situacions de crisi al domicili amb capacitat de resposta ràpida.
- Educació sanitària de la persona i l'entorn cuidador a fi d'empoderar-los en el maneig i l'ús adequat dels circuits establerts.

- Acompanyament en la presa de decisions complexes.
- Coordinació i gestió de visites, tot evitant duplicitats i trasllats innecessaris.
- Atenció a les transicions entre diferents àmbits d'atenció.
- Modificació si escau de les intervencions planificades segons necessitats.
- Optimització dels recursos mitjançant l'ús de les rutes assistencials preestablertes.
- Contribució en l'elaboració del PIIC de qualitat i vetllar perquè sigui un document dinàmic en el temps i en cada transició assistencial.
- Acompanyament en la reflexió ètica i en el procés d'elaboració del PDA i/o DVA.
- Atenció pal·liativa precoç amb adequació de cures al final de vida.
- Establiment, en el pla d'atenció compartit, del pla de contingència per determinades situacions de crisi previstes i possibles respostes d'acord amb diferents escenaris.

- Acompanyament durant el dol.

## **Tancament dels serveis de gestió de casos**

El tancament del cas consisteix a suspendre els serveis de gestió de casos quan la persona ha assolit el màxim nivell de competències en relació amb el seu procés de salut i els objectius establerts prèviament, els millors resultats possibles o quan les necessitats i els desitjos de la

## **2. Atenció a professionals**

Assessoria i lideratge

- Donar suport clínic i en la presa de decisions a la resta de professionals d'atenció primària sobre la millora de la persona atesa com a expertes en cronicitat. Tant a la consulta com, si escau, en visites presencials al domicili de la persona.
- Facilitar la comunicació entre els diferents proveïdors que donen atenció a l'usuari.
- Generar contextos de treball interdisciplinari entre proveïdors assistencials (espais de discussió i avaluació conjunta de casos, com ara sessions clíniques, conferències de cas, etc.) que permetin el treball coordinat i la integració de l'atenció.
- Impulsar el desplegament de la ruta de complexitat territorial i ser garant del correcte funcionament entre els diferents actors.

- Contribuir a mantenir actualitzat el directori de serveis i recursos del territori i tenir capacitat per a activar-los en funció pactes establerts en l'àmbit territorial.
- Participar en la revisió i difusió de les rutes assistencials del territori.

## **3. Formació, docència i recerca**

### **Formació interna, per mantenir la capacitat dels professionals de les UTACC**

- Establir un pla de formació contínua de la Unitat d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat (UTACC) d'acord amb les necessitats individuals i globals, per donar resposta a les situacions clíniques, socials i assistencials.
- Desenvolupar un pla d'acollida al nou professional per augmentar la capacitat clínica i, sobretot, en competències crítiques (resolució conflictes, comunicació assertiva, lideratge, etc.).

## Docència

- Sessions periòdiques de formació a l'Equip d'Atenció Primària i Atenció Continuada Urgent Temporal sobre el maneig de situacions de fragilitat, cronicitat complexa i avançada.
- Desenvolupar formació acreditada als diferents equips del Servei d'Atenció Primària.
- Sessions de consultoria per comentar casos de pacients, amb l'EAP i amb l'hospital de referència.
- Docència per a estudiants universitaris de grau/postgrau i als residents d'infermeria i medicina en col·laboració amb la Unitat Docent.
- Donar formació de cuidadors professionals i no professionals.

## Recerca

- Desenvolupar pràctica clínica i atenció basada en l'evidència.
- Elaborar i/o participar en projectes de recerca.

Les persones a qui va dirigit el programa són aquelles amb condició de cronicitat i amb criteris de complexitat associada, sigui clínica, social i/o assistencial (33). Es detallen a continuació:

## **1. Complexitat relacionada amb la situació clínica de la persona:**

- Multimorbiditat. Patologia crònica única greu o progressiva. Malalties minoritàries.
- Evolució dinàmica.
- Aparició de síndromes geriàtriques amb criteris de gravetat/progressió (polifarmàcia, determinant cognitiu, fragilitat...).
- Síntomes persistents intensos i refractaris.
- Alta utilització de serveis o consum de recursos. Alta probabilitat de patir descompensacions.
- Classificació dins del grup de 5% de més risc segons el grup de morbiditat agrupada validat per part de professionals referents.

## **2. Complexitat relacionada amb l'àmbit social/contextual:**

Situació social de risc o disfuncional per atendre les necessitats en una o més de les àrees següents:

- Organització de la cura.
- Unitat familiar i/o entorn cuidador.
- Cohesió familiar i clima afectiu.
- Condicions estructurals, seguretat, confort o privacitat.
- Xarxa relacional i d'entorn.

## **3. Complexitat relacionada amb els professionals i el sistema assistencial:**

- Benefici de gestió multidisciplinària. Necessitat d'accés a diferents dispositius.
- Incertesa en les decisions i els dubtes de gestió. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la seva gestió clínica.
- Benefici d'estratègies d'atenció integrada.

## Criteris d'inclusió en el programa de gestió de casos

Persones amb fragilitat moderada-avançada, necessitats complexes d'atenció i/o amb necessitats pal·liatives que presenten les següents característiques:

- Necessitat de cures d'alta intensitat (35).
- Alta probabilitat de patir crisis i/o descompensacions en l'evolució natural de les malalties cròniques, presència de molta simptomatologia i amb mal control (síntomes persistents intensos i refractaris).
- Evolució de la situació dinàmica i que requereix seguiment i vigilància en el temps.
- Múltiples reingressos o alta freqüentació de visites a urgències derivades de descompensació de les patologies en el darrer any.
- Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents recursos que requereix el seu procés d'atenció, especialment en situació d'agudització o crisi.
- Davallada funcional o cognitiva amb síndromes geriàtriques de nova aparició que compleixin criteris de gravetat/progressió.
- Necessitat de coordinacions derivades de la situació de complexitat social relacionada amb el procés de salut.
- Necessitat d'aproximació d'abordatge pal·liatiu o d'atenció pal·liativa.

## Escenaris d'actuació de la infermera gestora de casos

A continuació, es presenten els set escenaris d'actuació més habituals en l'operativa de la infermera gestora de casos a l'atenció primària. S'esquemmatitza en una taula l'activitat principal que cal realitzar (què fer), com dur-la a terme (com fer-ho), i amb quins recursos bibliogràfics o de registre compta el professional per assolir-ho (12,13,33,37,38,43).

Els escenaris desenvolupats per guiar en la pràctica clínica són:

1. Proposta de primera visita. Inclusió en el programa de gestió de casos.
2. Visita de seguiment de gestió de casos.
3. Abordatge de les persones en situació de descompensació.
4. Atenció pal·liativa.
5. Coordinació.
6. Assessorament.
7. Alta del programa de gestió de casos.

## 1. Proposta de primera visita. Inclusió en el programa de gestió de casos.

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?				
<b>Fase 0. Cerca proactiva.</b>						
Realitzar una selecció proactiva de persones susceptibles de beneficiarse dels serveis de gestió de casos.	<p>Revisar proactivament llistats per problemes de salut i fer sessions clíniques periòdiques amb l'equip referent sobre persones amb les següents situacions:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clíniques</th> <th>Socials</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilitat</li> <li>• Condicions de salut cròniques o avançades</li> <li>• Dificultat per a l'autogestió i adherència als règims de salut</li> <li>• Atenció pal·liativa</li> <li>• Abús o negligència</li> <li>• Malaltia mental</li> <li>• Risc i/o intent de suïcidi</li> <li>• Deteriorament funcional i/o cognitiu</li> <li>• Polifarmàcia</li> <li>• Admissions múltiples, readmissions. Múltiples proveïdors d'atenció i/o cap proveïdor d'atenció primària</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreres per accedir a cures i serveis</li> <li>• Dificultats econòmiques</li> <li>• Manca de suport social adequat, inclòs el suport del cuidador</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Clíniques	Socials	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilitat</li> <li>• Condicions de salut cròniques o avançades</li> <li>• Dificultat per a l'autogestió i adherència als règims de salut</li> <li>• Atenció pal·liativa</li> <li>• Abús o negligència</li> <li>• Malaltia mental</li> <li>• Risc i/o intent de suïcidi</li> <li>• Deteriorament funcional i/o cognitiu</li> <li>• Polifarmàcia</li> <li>• Admissions múltiples, readmissions. Múltiples proveïdors d'atenció i/o cap proveïdor d'atenció primària</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreres per accedir a cures i serveis</li> <li>• Dificultats econòmiques</li> <li>• Manca de suport social adequat, inclòs el suport del cuidador</li> </ul>	<p>A través dels <a href="#">Grups de Morbiditat Ajustats</a> (44) o altres triggers.</p> <p>Descàrrega manual de llistats per problemes de salut a l'estació clínica de treball.</p> <p>Sol·licitud d'exploració de dades al gabinet tècnic territorial.</p>
Clíniques	Socials					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilitat</li> <li>• Condicions de salut cròniques o avançades</li> <li>• Dificultat per a l'autogestió i adherència als règims de salut</li> <li>• Atenció pal·liativa</li> <li>• Abús o negligència</li> <li>• Malaltia mental</li> <li>• Risc i/o intent de suïcidi</li> <li>• Deteriorament funcional i/o cognitiu</li> <li>• Polifarmàcia</li> <li>• Admissions múltiples, readmissions. Múltiples proveïdors d'atenció i/o cap proveïdor d'atenció primària</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreres per accedir a cures i serveis</li> <li>• Dificultats econòmiques</li> <li>• Manca de suport social adequat, inclòs el suport del cuidador</li> </ul>					
<b>Què fer?</b>	<b>Com fer-ho?</b>	<b>Amb quin recurs?</b>				
<b>Fase 1. Valoració de la fragilitat i condició de PCC/MACA</b>						
Revisar la Història Clínica (HC) de l'usuari abans de la primera visita.	<p>Revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemes de salut destacables, la seva evolució. Actualitzar-los.</li> <li>• Situació basal prèvia (física, mental, sociofamiliar)</li> <li>• Visites a urgències i/o hospitalitzacions l'últim any</li> <li>• Pla de medicació actual</li> <li>• Proves complementàries</li> <li>• Criteris de condició PCC/MACA</li> <li>• Seguiment actiu a hospital o recurs socio sanitari.</li> </ul>	<p>Per a la revisió HC:</p> <p>e-cap, Historial Electrònic de Salut (HES)</p> <p>Per a la identificació de la seva condició:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificació PCC a HC.</li> <li>• Identificació MACA i/o alta diagnòstic <a href="#">Atenció Pal·liativa</a>.</li> </ul>				



Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
<b>Fase 2. Diagnòstic situacional</b>		
Realitzar diagnòstic situacional.	<p>Valoració multidimensional i de necessitats*, incloent la persona, entorn cuidador, i context assistencial.</p> <p>*L'avaluació de les necessitats hauria de contemplar si existeix:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manca d'atenció integrada</li> <li>• Ús de serveis inadequats</li> <li>• Falta d'un proveïdor principal o de qualsevol proveïdor</li> <li>• Manca d'adhesió al pla d'atenció</li> <li>• Barreres en la comunicació</li> <li>• Manca d'educació o comprensió del procés de salut</li> <li>• Consum i abús de substàncies</li> <li>• Determinants socials desfavorables</li> <li>• Manca d'avaluació contínua de les limitacions de l'usuari</li> </ul> <p>Es recomana avaluar patrons d'atenció o comportament amb què s'associa l'augment de la gravetat de la condició, si la seguretat del pacient està compromesa, si existeix un retard en l'activació d'altres nivells d'atenció, si presenta lesions o malalties d'alt cost o altres complicacions relacionades amb la medicina, condició psicossocial o funcional.</p> <p>Es recomana realitzar la valoració al domicili habitual de la persona, independentment de si esta inclòs al programa d'atenció domiciliària</p> <p>Registrar la valoració multidimensional al PIIC</p>	<p>Valoració multidimensional (segons GPC i pla de cures ARES) amb suport dels instruments (disponibles a eCAP):</p> <p><u>Clinica:</u>  <a href="#">HexComRed</a>; <a href="#">Necpal</a>; <a href="#">VGI - express</a>.</p> <p><u>Síntomes:</u>            ESAS</p> <p><u>Funcional:</u> Barthel</p> <p><u>Nutricional:</u> MNA</p> <p><u>Mental:</u> Lobo/Pfeiffer/MMSE, Test Isaac</p> <p><u>Emocional:</u> Yesavage,</p> <p><u>Social:</u> Tirs, Zarit.</p> <p>Síndromes geriàtriques (si escau): caigudes o inestabilitat de la marxa (SPPB), Timed up&amp;go, lesions relacionades amb la dependència (Braden), deteriorament cognitiu o delirium (CAM), disfàgia (EAT-10/MECV), incontinència, restrenyiment (Bristol)</p> <p>*Valoració necessitats assistencials, personals, bàsiques i essencials de la persona i el seu entorn:</p>
Consensuar objectius assistencials.	<p>Establir objectius d'atenció i intervencions per gestionar les necessitats i oportunitats d'atenció identificades en consens amb la persona i/o entorn cuidador i altres membres de l'equip assistencial.</p> <p>Es recomana:</p> <p>Promoure la consciència d'objectius en la persona.</p> <p>Valorar l'actitud davant els possibles riscos.</p> <p>Identificar diferents opcions i ajudar a la persona i/o entorn a reflexionar sobre les seves preferències.</p> <p>Assessorar en la presa de decisions.</p> <p>Revisar que siguin coherents amb l'evidència existent.</p> <p>Documentar els objectius pactats en un pla d'atenció individualitzat de gestió de casos.</p> <p>Registrar els acords al PIIC.</p>	<p><a href="#">Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP)</a></p> <p><a href="#">Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)</a></p> <p><a href="#">Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.</a></p> <p><a href="#">Protocol territorial d'adequació de la intensitat terapèutica. Àrea Metropolitana Sud de Barcelona.</a></p>
Valorar l'adequació de la intensitat terapèutica.	<p>Valorar el nivell d'intensitat terapèutica (nivells de tractament) segons perfil de la persona.</p>	

Fase 3. Pla d'Intervenció Individualitzat		
Fer intervencions derivades de la valoració multidimensional .	<p>Propostes generals derivades de:</p> <p>Valoració clínica:            Si detecció de dèficits &gt; Abordatge segons pràctica clínica avançada i de manera interdisciplinària (compartir cas amb professionals de referència)            Si múltiples reingressos &gt; Coordinació per adequar recursos en situació d'estabilitat i inestabilitat.            Si malnutrició &gt; Avaluació disfàgia, derivació a nutrició i odontologia si escau.            Valoració funcional:            Si declivi funcional &gt; Prescripció EF, prescripció d'ajudes tècniques, terapeuta ocupacional o RHB domiciliària.</p> <p>Valoració mental:            Si deteriorament cognitiu, conductual i/o emocional &gt; Derivació per a estudi, optimitzar pla terapèutic, i derivació a recurs per suport psicoemocional.            Valoració social-familiar:            Si risc o problemàtica social &gt; Derivació i/o atenció conjunta amb treballador social de l'EAP i valorar recurs adient.</p>	<p>Guies de pràctica clínica de problema/es de salut rellevants o descompensats.</p> <p><a href="#">Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP)</a></p> <p>Comentar els dèficits detectats del cas amb els professionals de referència en espais per compartir informació clínica.</p> <p>Realitzar Ordre Clínica (OC) de derivació als diferents recursos existents al territori (HDD, RHB, Nutrició; HD sociosanitari, EAIA,EAPS...)</p> <p><a href="#">Document de consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica</a></p> <p>Ajudes Tècniques adients, <a href="#">PAO</a>, SIRIUS (Centre d'Autonomia Personal de la Generalitat)</p> <p>Activar targeta <a href="#">CUIDA'M</a></p> <p>Ús de la Interconsulta clínica (visita sense pacient).</p>
Avaluar i adequar la prescripció farmacològica i de la realització de proves complementàries.	<p>Conciliar i adequar la medicació. Valorar si és coherent amb els problemes i salut i objectius consensuats.            En coordinació amb els professionals referents, avaluar l'adequació de determinades proves complementàries i de l'ús de medicació preventiva, i si calen canvis en els formats de medicaments per adaptar-los a nova situació.            Registrar el pacte al PIIC.</p>	<p>Creris <a href="#">Stopp/Start</a>            Creris de <a href="#">Beers</a></p> <p>Activació Sistema Personalitzat de Dosificació (SPD), altres alternatives socials per millorar l'adherència terapèutica.</p>
Fer intervencions sobre l'autocura.	<p>Donar educació sanitària per fomentar l'alfabetització en salut, l'empoderament, l'autocura, el suport, i la comunicació (amb la persona i l'entorn cuidador).</p>	

<p>Fer intervencions sobre els estils de vida.</p>	<p>Recomanar i/o prescriure exercici físic.                  Abordar els desequilibris de la nutrició per excés o per defecte.                  Abordar l'adherència terapèutica.                  Abordar el consum de tòxics.                  Abordar relacions socials en l'entorn.</p>	<p><a href="#">Document de consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica.</a></p> <p><a href="#">Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</a></p>
<p>Prevenir i gestionar descompensacions.</p>	<p>Revisar el nombre de descompensacions en el darrer any i l'abordatge fet.                  Potenciar l'automaneig, educant en el monitoratge de signes i símptomes de les seves patologies principals.                  Consensuar opcions per abordar futures descompensacions donant informació i contacte de telèfon 7/24 per garantir la continuïtat assistencial.                  Donar suport als professionals de l'EAP per al maneig clínic de la descompensació i, en cas que no es doni resposta finalista, coordinar amb el recurs més adequat per a la resolució de la descompensació.                  Ajudar a la presa d'aquests pactes i /o decisions.</p>	<p>Material d'educació per a la salut, pàgines web d'interès adreçades per a les persones.</p> <p>Facilitar telèfon 7/24h del territori.</p> <p>Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons problemes de salut descompensats.</p> <p>Rutes assistencials presents a l'àrea d'influència.</p> <p>Treball conjunt amb professionals referents i/o altres professionals de suport de les Unitats d'Atenció a la Cronicitat Territorial.</p> <p>Registrar el pacte al PIIC.</p>
<p>Optimitzar l'ús de recursos.                  Vetllar per la qualitat i seguretat d'aquest ús.</p>	<p>Informar a persones i professionals referents sobre els recursos més adients per a la condició actual de la persona.</p> <p>Canvis en la prestació de serveis.                  Valorar si escau coordinació de serveis adequats a les necessitats de la persona (Ex: HADO, U. subaguts, H. Dia Terapèutic, H. Dia SS, Convalescència, UCP, LLE, etc.)</p>	<p>Facilitar telèfon 7/24 per garantir la continuïtat assistencial.                  Unificar visites, proves complementàries.</p> <p>Sessions i/o reunions periòdiques amb els diferents proveïdors del territori de referència.</p> <p>Ús de rutes assistencials de la zona d'influència.</p> <p>Mapa de recursos sanitaris i socials de la zona d'influència.</p>

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
<b>Fase 4. Compartició del pla</b>		
Compartir el pla terapèutic	<p>Realitzar el PIIC amb consens amb la persona i/o cuidador.</p> <p>Fer reunions amb la UBA referent i sessions amb EAP per abordar de manera interdisciplinària la situació de l'usuari i el seu entorn cuidador, i contribuir a l'harmonització terapèutica.</p>	<p>Document de bones pràctiques PIIC &gt; Registrar el PIIC a l'e-cap.</p> <p><a href="#">Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)</a></p> <p><a href="#">Hex-Com-Red.</a></p> <p><a href="#">Model català de conferència de cas. Metodologia per a la presa de decisions compartida en situacions de complexitat.</a></p>

## 2. Visita de seguiment de gestió de casos

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
Monitorar.	<p>Avaluar fins a quin punt els objectius i els resultats documentats al pla d'atenció de gestió de casos s'estan aconseguint.</p> <p>Avaluar el compromís i la motivació per canviar i demostrar un comportament d'estil de vida saludable.</p> <p>Revisar la realització d'activitats pactades amb usuari i/o cuidador a les 6-8 setmanes després de la valoració inicial.</p> <p>Avaluar les necessitats cobertes.</p>	<p>Seguiment estructurat proposat per plans de cures ARES de les patologies més rellevants de la persona i/o amb més risc de descompensació.</p> <p>Les visites poden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment telefònic</li> <li>• Seguiment domiciliari</li> <li>• Seguiment al centre</li> <li>• Visites no presencials (virtuals)</li> </ul>
Fer seguiment de l'evolució clínica i avaluar el control de símptomes.	<p>Seguiment telefònic i/o presencial segons evolució clínica de qualsevol de les dimensions i necessitats de la persona i/o cuidador.</p> <p>Es recomana seguiment telefònic periòdic proactiu pactat amb usuari i/o cuidador per reforçar pactes del pla d'intervenció.</p> <p>Involucrar l'EAP per compartir el seguiment telefònic / presencial proactiu de les necessitats identificades.</p>	<p>Seguiment estructurat proposat per plans de cures ARES de les patologies més rellevants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment telefònic</li> <li>• Seguiment domiciliari</li> <li>• Seguiment al centre</li> </ul> <p>Sessions clíniques a l'EAP amb els professionals referents de l'usuari.</p>

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
<p>Abordar descompensacions o situacions de crisi</p>	<p>Potenciar les capacitats d'autocura en el monitoratge de signes i símptomes de les patologies descompensades en el moment de l'atenció.</p> <p>Consensuar amb l'usuari/família i equip de referència possibles situacions clíniques i escenaris per abordar la situació de crisi.</p> <p>Utilitzar tècniques avançades per tractar la descompensació, si escau, de forma autònoma o col·laborativa segons procedeix.</p> <p>Donar suport als professionals de l'EAP per al maneig clínic de la descompensació i, en cas que no es doni resposta finalista, coordinar amb el recurs més adequat per a la resolució de la descompensació.</p> <p>Ajuda a presa d'aquests pactes i /o decisions.</p> <p>Identificar les prioritats de pacient i família i tenir-les en compte davant les "situacions en cas de descompensacions". Tot i que s'entén que puguin ser modificables, arribat el moment. Situar pacient/família com a centre de les decisions, esdevé com a prioritari en situacions de possible mal pronòstic a curt termini i davant de possibles transicions entre àmbits assistencials arribat el moment.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració telefònica</li> <li>• Valoració domiciliària</li> <li>• Valoració al centre</li> </ul> <p>Treball conjunt amb professionals referents i/o altres professionals de suport de les Unitats d'Atenció a la Cronicitat Territorial.</p> <p>Registre al PIIC de les recomanacions en cas de descompensació que siguin efectives per la persona en base a experiències prèvies i la trajectòria previsible de la malaltia.</p>
<p>Revisar l'evolució dinàmica de les comorbiditats després de situacions de crisi.</p>	<p>Revisar la HC, seguiment telefònic i/o presencial, si escau, després d'una descompensació amb o sense ingrés hospitalari o sociosanitari.</p> <p>En cas de deteriorament global o d'algunes de les dimensions, programar nova valoració multidimensional i de necessitats, si escau, amb nou consens d'objectius i adequació de l'ús de recursos.</p>	<p>Revisió HC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment telefònic</li> <li>• Seguiment domiciliari</li> <li>• Seguiment al centre</li> </ul>

<p>Avaluar l'ús de recursos.</p>	<p>És possible que calgui alguna de les següents opcions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessorar a professionals per coordinar les transicions assistencials.</li> <li>• Coordinar les transicions assistencials.</li> <li>• Reforçar l'ús adequat de telèfon 7/24 (en descompensacions de les seves malalties).</li> </ul>	<p>Disposar diàriament d'un espai de temps a l'agenda per comentar casos o fer consultoria amb els professionals referents del pacient.</p> <p>Unificar visites, proves complementàries.</p> <p>Coordinacions mitjançant telèfon / correu electrònic amb infermera gestora de casos o professionals d'enllaç de l'hospital o CSS de referència.</p> <p>Sessions clíniques periòdiques multidisciplinàries per millorar la transferència entre recursos i el seu ús adequat. Valorar ús de metodologia conferència de cas.</p> <p>Facilitar i reforçar ús de telèfon 7/24h a usuari i/o cuidador.</p>
<p>Actualitzar periòdicament el PIIC.</p>	<p>Es recomana valoració domiciliària amb actualització d'informació sobre recomanacions en cas de crisi, preferències d'atenció, PDA o valoració multidimensional després de les següents situacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiment d'una nova crisi</li> <li>• Ingress</li> <li>• Nou diagnòstic important</li> <li>• Canvi substancial de la pauta terapèutica</li> <li>• Noves preferències en el PDA</li> <li>• Canvi d'entorn del cuidador</li> <li>• Canvis en les condicions socials</li> </ul>	<p><a href="#">Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.</a></p>

## 3. Abordatge de les persones en situació de descompensació

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
Fer valoració proactiva per detectar signes i símptomes de descompensació.	<p>Detectar possibles desencadenants de la descompensació (transgressions higienodietètiques, errors de medicació, processos intercurrents aguts associats...).</p> <p>Utilitzar tècniques avançades per tractar la descompensació, si escau, de forma autònoma o col·laborativa segons procedeixi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment telefònic</li> <li>• Seguiment domiciliari</li> <li>• Seguiment al centre</li> <li>• Seguiment no presencial</li> </ul>
Fer valoració telefònica per avaluar/confirmar la presència de signes/símptomes de descompensació.	<p>De forma autònoma, telefònicament o al domicili, introduir canvis en el pla d'intervenció.</p> <p>De forma col·laborativa al domicili amb UBA o MF cronicitat, quan les decisions clíniques que s'hagin de prendre facin sospitar que així ho requereixin.</p> <p>Si cal, establir la coordinació oportuna amb altres serveis/ àmbits assistencials, en els casos en què la situació clínica i/o contextual del pacient ho requereixi. Seria convenient la coordinació prèvia per informar de l'estat clínic actual i assegurar el contínuum assistencial adequat a la seva situació.</p>	Centre de trucades cronicitat (7/24)
Fer valoració clínica al domicili, derivada de la valoració telefònica i/o dels professionals de l'EAP.	<p>Reforçar l'educació sanitària per prevenir futures descompensacions.</p> <p>Pactar visita de seguiment (telefònica i/o domiciliària).</p> <p>Compartir informació amb els professionals de referència de l'EAP.</p>	<p>Seguiment domiciliari</p> <p>Protocols/guies clíniques</p> <p>De les intervencions realitzades, dins del pla de cures propi de gestió de casos del programa ARES de l'ecap.</p> <p>Actualitzar PIIC si la situació així ho requereix</p> <p>Recursos d'atenció primària, intermèdia o hospitalària de l'àrea d'influència i ús segons les rutes assistencials.</p>



## 4. Atenció pal·liativa

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
<b>Pla d'intervenció final de vida</b>		
Realitzar diagnòstic situacional.	<p>Realitzar valoració multidimensional i de necessitats, incloent-hi la persona, l'entorn cuidador i el context assistencial (vegeu apartat diagnòstic situacional de visita inclosió gestió de casos).</p> <p>Identificar les necessitats de les àrees afectades: clínica, psicoemocional, espiritual, sociofamiliar, ètica, procés de morir.</p> <p>Incloure-hi necessitats essencials: espiritualitat, autonomia, dignitat, afecte/relacions familiars i personals, esperança.</p> <p>Prescripció i registre de les variables exploratòries.</p>	<p><a href="#">Model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida.</a></p> <p><a href="#">Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida.</a></p> <p><a href="#">Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP)</a></p> <p><a href="#">Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.</a></p> <p>Valoració domiciliària.</p>
Consensuar objectius assistencials.	<p>Millora o manteniment de la funcionalitat.</p> <p>Millora del benestar i la qualitat de vida (enfocada al control de símptomes i necessitats essencials).</p> <p>Es recomana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar l'actitud davant els possibles riscos.</li> <li>• Identificar diferents opcions i ajudar a la persona i/o entorn a reflexionar sobre les diferents opcions.</li> <li>• Assessorar en la presa de decisions.</li> <li>• Facilitar el final de vida al lloc més adient per a la persona i el seu entorn respectant les seves preferències i els valors</li> </ul> <p>Registrar els acords al PIIC.</p>	<p><a href="#">Model català de planificació de decisions anticipades.</a></p> <p><a href="#">Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida.</a></p> <p><a href="#">Comitè Bioètica de Catalunya.</a></p> <p>Valoració domiciliària.</p>
Fer seguiment de l'evolució clínica i avaluació del control de símptomes.	<p>Visites de seguiment a domicili per a maneig de símptomes prevalents al final de vida.</p> <p>Educació sanitària de la persona i entorn cuidador sobre les cures al final de la vida.</p> <p>Avaluació de la sobrecàrrega del cuidador</p> <p>Valoració d'ajudes tècniques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala ESAS</li> <li>• Escala BRISTOL</li> <li>• Escala Zarit</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment telefònic</li> <li>• Seguiment domiciliari</li> </ul> <p><a href="#">Guia d'atenció als pacients amb dolor crònic no oncològic utilitzant analgèsics opioides</a></p>

<p>Fer avaluació i adequació de la prescripció farmacològica i de la realització de proves complementàries.</p>	<p>Revisar conjuntament la desprescripció de determinats fàrmacs preventius, tractaments fútils i proves complementàries innecessàries. Adaptar vies d'administració, dosi en situacions d'últims dies.</p>	<p>Treball conjunt amb professionals referents i/o altres professionals de suport.</p>
<p><b>Assessorament recursos</b></p>		
<p>Informar dels recursos. Valorar si escau coordinació amb unitats de cures pal·liatives adequades a les necessitats de la persona i entorn cuidador.</p>	<p>Informar dels recursos. Valorar si escau coordinació amb unitats de cures pal·liatives del entorn adequats a les necessitats de la persona.</p>	<p><a href="#">Directori de recursos específics de Cures Pal·liatives.</a> <a href="#">Pla director sociosanitari.</a></p>
<p><b>Coordinació</b></p>		
<p>Coordinar-se amb el seu equip de referència i altres àmbits assistencials.  Valorar i activar recursos, si cal.</p>	<p>Per activar el nivell assistencial adient a la situació de final de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Baixa: atenció per equip referent</li> <li>*Mitjana: referent i especialitzat de cures pal·liatives</li> <li>*Alta: atenció intensa per l'equip especialitzat de cures pal·liatives, derivació probable a un altre recurs o àmbit assistencial.</li> </ul>	<p><a href="#">Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida HexComRed</a></p> <p>Pronostic Palliative Scale (PPS)</p> <p><a href="#">Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.</a></p> <p><a href="#">Directori de recursos específics de Cures Pal·liatives. Pla director sociosanitari.</a></p>

## 5. Coordinació

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
<p>Donar una atenció coordinada i/o integrada, una atenció de continuïtat entre els diferents professionals i àmbits d'atenció.</p> <p>Garantir l'ús adequat de recursos.</p>	<p>Valorar la demanda per determinar el tipus de coordinació amb l'equip, els proveïdors i el pacient i els seus familiars.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar la demanda específica, si escau.</li> <li>• Facilitar la transició eficient de les persones ateses a través del sistema sanitari.</li> <li>• Coordinar el pla d'atenció interdisciplinari per a una utilització adient dels recursos (fer coincidir necessitats i prestació de serveis).</li> <li>• Col·laborar amb altres professionals o serveis per optimitzar l'estat de salut de la persona atesa.</li> <li>• Evitar la duplicació de serveis i facilitar la integració interdisciplinària i interinstitucional.</li> <li>• Contribuir a mantenir actualitzats els directoris de serveis i recursos del territori.</li> <li>• Participar en la planificació estratègica de rutes assistencials i programes de millora de la qualitat d'unitats o serveis, així com en el disseny de processos assistencials.</li> <li>• En la mesura que es pugui avançar, juntament amb treball social, establir pactes i acords amb serveis socials de zona quan la situació clínica i social ho requereixi, per a poder fer valoracions conjuntes, activar recursos que pertanyen a les dues xarxes.</li> </ul>	<p>Programació de visita no presencial (virtual).</p> <p>Quan la coordinació es realitza per assessorar o transmetre informació amb el proveïdor determinat: registrar la coordinació a la història clínica de l'usuari.</p> <p>Ruta Full intel·ligència activa:</p> <p>COORDINACIÓ / DERIVACIÓ / indicant recurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COORDINACIÓ - CVSC</li> <li>• DERIVACIÓ - CVSD</li> <li>• HOSPITAL DE DIA - CVSC04</li> <li>• CSS HOSPITAL DE DIA - CVST04</li> <li>• CSS CONVALESCÈNCIA - CVST06</li> <li>• CSS LLARGA ESTADA - CVST07</li> <li>• CSS UNITAT DE DEMÈNCIES - CVST09</li> <li>• CSS PAL·LIATIUS - CVST08</li> </ul> <p>Quan la coordinació és iniciada i finalitzada per la infermera gestora de casos: realitzar Ordre clínica (OC) amb el recurs acordat / planificat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OC &gt;&gt; PROVA &gt;&gt; AVALUACIÓ INGRÉS SS SUBAGUT</li> <li>• OC &gt;&gt; PROVA &gt;&gt; AVALUACIÓ D'INGRÉS EN HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA</li> <li>• OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; LLARGA ESTADA (AT. SOCIO SANITÀRIA)</li> <li>• OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; CONVALESCÈNCIA (AT. SOCIO SANITÀRIA)</li> <li>• OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; HOSPITAL DE DIA TERAPÈUTIC</li> <li>• OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; HOSPITAL DE DIA (AT. SOCIO SANITÀRIA)</li> <li>• OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; PAL·LIATIUS (AT. SOCIO SANITÀRIA)</li> </ul> <p>Directori de serveis socio sanitaris de l'Àrea Metropolitana Sud.</p> <p>Formar part dels grups de treball de les rutes assistencials de cronicitat.</p>

## 6. Assessorament

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs?
<p>Orientar als professionals sobre cures complexes, recursos i serveis.</p> <p>Ajudar als professionals a millorar la resolució de temes clínics o burocràtics.</p> <p>Ajudar a la persona, entorn cuidador i comunitat a tenir cura de la salut.</p>	<p>Amb els professionals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sobre l'ús de recursos més adients pels usuaris.</li> <li>• Proporcionar suport en la presa de decisions.</li> <li>• Col·laborar en la formació de nous professionals.</li> <li>• Col·laborar en la formació continuada dels equips.</li> <li>• Fer valoració de la demanda per determinar el tipus d'intervenció juntament amb l'equip de referència.</li> </ul> <p>Amb les persones, entorn cuidador i comunitat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar en l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat juntament amb la persona, cuidadors i professionals de referència.</li> </ul>	<p>Programació visita no presencial (virtual).</p> <p>Registre com a variable ASSESSORAMENT /ORIENTACIÓ al full d'intel·ligència activa.</p> <p>Disposar d'un espai de temps a l'agenda diàriament per comentar casos o fer consultoria amb els professionals referents del pacient.</p>

## 7. Alta del programa Gestió de Casos

Què fer?	Com fer-ho?	Amb quin recurs
<p>Finalitzar el seguiment de la persona i entorn cuidador al programa de Gestió de Casos.</p>	<p>Valorar: L'assoliment dels objectius prèviament planificats i consensuats amb la persona, entorn cuidador i equip de referència, inclosos els autoidentificats pel pacient i/o la família o cuidador. Identificar els motius i la idoneïtat del tancament del programa de gestió de casos, tals com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haver aconseguit el màxim benefici del servei de GC;</li> <li>• Canvi d'entorn sanitari (coordinar en cas de continuar requerint seguiment amb GC de zona receptora, si n'hi ha).</li> <li>• Ja no compleix criteris de seguiment de gestió de casos fruit de la no adherència a les recomanacions.</li> <li>• Defunció del pacient.</li> </ul> <p>L'evidència del tancament ha de mostrar-se verbal i/o per escrit al pacient i altres persones de l'equip assistencial.</p>	<p>Registre de tancament a:  ECAP Dades&gt;&gt;Situacions especial cura&gt;&gt; Gestió de Casos</p> <p>Publicació d'informe d'alta de Gestió de Casos a l'HC3, especificant el grau d'assoliment dels objectius pactats a l'inici de la intervenció i l'evolució del procés, i la seva publicació a l'HC3.</p>

## 1. Unitats Territorials d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat

Organitzativament les infermeres gestores de casos formen part de la Unitat Territorial d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat (UTACC) del Servei d'Atenció Primària al qual pertanyen.

L'objectiu principal de les UTACC és donar suport al desenvolupament del rol de gestió de casos, promoure i coordinar serveis. Això no obstant, les infermeres gestores de casos donen servei a les persones i professionals de l'equip d'atenció primària (EAP) on es troben integrades.

## 2. Abast poblacional

Es recomana un abast no superior a 30.000 habitants per infermera gestora de casos, tenint en compte altres variables com la població assignada a l'ABS de referència, la dispersió geogràfica, la seva complexitat social i clínica i els índexs socioeconòmics.

Respecte al nombre de persones incloses en el programa de gestió de casos, donades les variables de l'EAP, de la xarxa de recursos sanitaris i socials, i variables poblacionals, no es recomana un nombre específic de pacients actius en el programa, però sí un rang de 90-120 persones ateses en un any natural.

Es considera essencial que s'apliqui la metodologia del procés de gestió de casos amb consens d'objectius i avaluació periòdica per mantenir dinamisme de pacients inclosos i donats d'alta en el programa. (Figura procés cíclic)

## 3. Activació de la infermera gestora de casos

És recomanable que l'entrada al programa de persones amb cronicitat complexa o avançada sigui valorada a proposta dels professionals referents de la persona en qüestió, per tal d'orientar la demanda d'atenció per part de gestió de casos (coordinació de recursos, abordatge del pacient inestable, final de vida, etc.).

L'estació clínica ECAP disposa d'una eina de mesura de la complexitat que pot orientar els professionals referents del cas a determinar el nivell de complexitat i la necessitat d'intervenció d'equips específics de suport com la gestió de casos. Aquesta eina és l'HexCom-Red.

Com a altra opció de cerca de pacients amb perfil de mitjana i alta complexitat candidats a incloure en programa de gestió de casos, es troba la recerca proactiva per llistats dels sistemes d'informació. El cribratge es realitzarà en funció de les dades clíniques presents a l'HC tenint en compte la informació proporcionada pel seu equip.

## 4. Activació segons l'origen de la demanda

**Atenció Primària:** per part de l'equip referent del cas, a través de l'estació clínica de treball e-CAP i la següent ruta <<(Dades Clíniques >> Situacions especial cura >> Gestió de Casos)>> sol·licita valoració informant el motiu de la derivació.

**Hospital d'aguts, atenció intermèdia i recursos socio-sanitaris:** qualsevol servei a través dels professionals orientats a la cronicitat i complexitat, en funció del centre, a través de contacte telefònic o sessions multidisciplinàries.

### **Cerca proactiva de pacients candidats mitjançant revisió de llistats:**

per grup de morbiditat ajustada (GMA), per persones amb múltiples reingressos o consultes a urgències, o per visualitzacions d'altres hospitalàries.

**Altres recursos** de la comunitat, com per exemple Serveis Socials.

## Organització funcional



A continuació es defineixen els indicadors proposats per a l'avaluació continuada del programa de gestió de casos a l'atenció primària a fi de garantir la qualitat assistencial i la consecució dels objectius plantejats al projecte.

Competència clínica			
Objectiu general	Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
Ajudar a assolir el màxim nivell de salut i benestar possible.	Millorar la qualitat de vida de les persones ateses.	Avaluar les necessitats de manera holística i centrada en la persona amb objectius mutus.	<p>Nombre / percentatge de persones del programa amb valoració multidimensional.</p> <p>Nombre / percentatge de persones del programa amb valoració del grau de complexitat.</p> <p>Nombre / percentatge de persones del programa amb Pla de Cures estandarditzat de patologia crònica.</p> <p>Nombre / percentatge de persones incloses en el programa amb valoració de l'entorn cuidador.</p> <p>Nombre / percentatge de persones del programa amb seguiment presencial o telefònic del pla de cures pactat en 8 setmanes (màxim).</p> <p>Nombre de persones amb valoració amb PROM Qualitat de Vida EQ 5D.</p>
	Millorar la seguretat de les persones reduint complicacions evitables i les conseqüències dels seus processos de salut crònics.	Millorar la coordinació assistencial i reduir la fragmentació dels serveis sanitaris i socials.	Nombre / percentatge de persones del programa amb derivació / coordinació amb els següents recursos: -Hospital de dia terapèutic -Hospital de dia sociosanitari -Servei de Nutrició hospitalària. -EAIA psicogeriatría o EAIA geriatría. -PADES.
	Millorar la seguretat de les persones facilitant les transicions dins del sistema sanitari i social.	Identificar i facilitar opcions i recursos adequats per a les persones amb malalties cròniques complexes i el seu entorn cuidador.	<p>Nombre / percentatge de persones del programa amb ingressos pactats:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Unitat de Subaguts</li> <li>-Unitat de Mitja estada</li> <li>-Unitat de Llarg estada</li> <li>-Unitat de Cures pal·liatives.</li> </ul>
			Nombre de descompensacions de persones del programa en 12 mesos des que van ser-hi incloses.



		Facilitar la pràctica cooperativa entre els professionals dels diferents àmbits d'atenció.	<p>Nombre / percentatge de persones amb cronicitat complexa de programa amb pacte terapèutic al PIIC &gt; "Recomanacions en cas de crisi i descompensació"</p> <p>Nombre / percentatge de persones MACA en programa amb pacte terapèutic al PIIC &gt; Pla de decisions anticipades.</p> <p>Compartir el pla terapèutic en reunions multidisciplinàries:                  -Nombre de visites "9E COORDINACIÓ" amb l'EAP.                  -Nombre de reunions assistides de coordinació amb hospital de referència (Memòria anual).                  -Nombre de reunions assistides de coordinació amb Àmbit d'atenció intermèdia (Memòria anual).</p>
Millorar l'experiència d'atenció rebuda.	Millorar la qualitat de l'atenció de les persones ateses pel programa.	Promoure un clima de compromís i comunicació directa entre pacient, entorn cuidador i professionals dels serveis.	Eina PROM – IEXPAC

**Competència docent**

<b>Objectiu general</b>	<b>Objectiu específic</b>	<b>Objectiu operatiu</b>	<b>Indicador</b>
Actuar com a expert/consultor a professionals del centre i altres proveïdors.	Assessorament a professionals.	Realitzar consultoria clínica a professionals.	Nombre de visites realitzades "9E INTERCONSULTA" al mes, en un període de 12 mesos.
	Impartir docència a professionals.	Impartir formació continuada.	Nombre de sessions impartides a l'EAP de referència en 12 mesos.
		Impartir formació acreditada.	Nombre de formacions impartides acreditades a l'Equip assignat.
		Impartir formació reglada.	Nombre de formacions impartides a altres proveïdors o serveis.
		Participar en la docència reglada de màster.	Nombres d'alumnes de màster tutoritzades.
	Participar en la docència reglada de formació sanitària especialitzada.	Nombre d'Internes residents tutoritzades.	
Actuar com a educadora / tutora clínica d'infermera d'estudiants.		Nombre de tutoritzacions d'estudiants d'infermeria realitzades en 12 mesos.	

## Competència investigadora i de pràctica basada en l'evidència

Objectiu general	Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
Realitzar investigació en l'àrea de fragilitat, cronicitat i complexitat.	Participar en investigacions per monitorar i millorar la qualitat de les pràctiques.		Nombre de projectes de recerca liderats. Nombre de projectes de recerca com a investigador/a col·laborador.
	Utilitzar la investigació per guiar la pràctica.	Utilitzar la PBE a través dels plans de cures estandarditzats disponibles als sistemes informàtics.	Nombre de plans de cures estandarditzats realitzats.
		Realitzar actualitzacions de guies clíniques de referència de la pràctica diària assistencial.	Nombre sessions d'actualització de guies a l'equip de gestores de casos.

## Competència lideratge professional

Objectiu general	Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
Difondre el coneixement infermer i de la institució sanitària.	Actuar com a expert en comitès / grups d'experts d'organitzacions professionals.	Formar part de comitès /grups d'experts d'organitzacions o de la institució.	Memòria anual que justifiqui la participació en comitès o grups d'experts / professionals.
	Actuar com a portaveu infermer i de la institució sanitària a què pertany.	Participar en jornades/ congressos/ simpòsiums periòdicament.	Memòria anual que justifiqui la participació en jornades o comissions.

1. DiCenso A, Auffrey L, Bryant-Lukosius D, Donald F, Martin-Misener R, Matthews S, et al. Primary health care nurse practitioners in Canada. *Contemp Nurse*. 2007;26(1):104–15.
2. DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Donald F, Abelson J, Bourgeault I, et al. Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010;23 Spec No 2010:211–38.
3. Ramírez García P, Hernández Vián Ó, de Ormijana Hernández AS, Reguera Alonso AI, Teresa Meneses Jiménez M. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm Clin*. 2002 Jan;12(6):286–9.
4. Zander K. Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 1988;18(5):23–30.
5. Zander K. Nursing case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nurs Adm Q [Internet]*. 2002 [cited 2022 Oct 3];26(5):58–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12515234/>
6. Zander K. Nursing case management. Resolving the DRG paradox. *Nursing Clinics of North America*. 1988;23(3):503–20.
7. Chavez KS, Dwyer AA, Ramelet AS. International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2018 Feb 1 [cited 2022 Oct 3];78:61–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964502/>
8. Bertuol M, di Niro V, Tagliabue C, Ventre V, Cusenza P, Taffurelli C, et al. The process of developing the professional identity of the nurse case manager: A grounded theory study. *Acta Biomedica*. 2020;91:19–27.
9. Smith AC. Role ambiguity and role conflict in nurse case managers: an integrative review. *Prof Case Manag [Internet]*. 2011 Jul [cited 2022 Oct 4];16(4):182–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21646893/>
10. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 6 [cited 2022 Oct 3];2017(1). doi: [10.1093/schbul/sbx061](https://doi.org/10.1093/schbul/sbx061)
11. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood) [Internet]*. 2009 Jan [cited 2022 Oct 3];28(1):75–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19124857/>
12. Drouin H, Walker J, McNeil H, Elliott J, Stolee P. Measured outcomes of chronic care programs for older adults: a systematic review. *BMC Geriatr [Internet]*. 2015 Oct 26 [cited 2022 Oct 3];15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26503159/>
13. Boehmer KR, Dabrh AMA, Gionfriddo MR, Erwin P, Montori VM. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*. 2018 Feb 1;13(2).
14. Bradway C, Trotta R, Bixby MB, McPartland E, Wollman MC. A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse–Directed Transitional Care Model Intervention. *Gerontologist [Internet]*. 2011;52(3):394–407. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/52/3/394/580037>
15. Crilly J, Chaboyer W, Wallis M. Continuity of care for acutely unwell older adults from nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2006 Jun;20(2):122–34.
16. Joo JY, Huber DL. Scoping Review of Nursing Case Management in the United States. *Clin Nurs Res [Internet]*. 2018 Nov 1 [cited 2022 Oct 4];27(8):1002–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28658962/>
17. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin [Internet]*. 2014;24(1):23–34. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-S1130862113001563>
18. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11.
19. Joo JY, Liu MF. Experiences of case management with chronic illnesses: a qualitative systematic review. *Int Nurs Rev [Internet]*. 2018 Mar 1 [cited 2022 Oct 3];65(1):102–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29336031/>

20. Joo JY, Liu MF. The Experience of Chronic Illness Transitional Care: A Qualitative Systematic Review. *Clin Nurs Res*. 2022 Feb 1;31(2):163–73.
21. Mateo-Abad M, González N, Fullaondo A, Merino M, Azkargorta L, Giné A, et al. Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: A quasi-experimental controlled study in the Basque Country. *BMC Health Serv Res*. 2020 Jul 3;20(1).
22. Huws DW, Cashmore D, Newcombe RG, Roberts C, Vincent J, Elwyn G. Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: a controlled intervention study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [cited 2022 Oct 3];8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18510730/>
23. Huntley AL, Thomas R, Mann M, Huws D, Elwyn G, Paranjothy S, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2013 Jun;30(3):266–75.
24. Buja A, Francesconi P, Bellini I, Barletta V, Girardi G, Braga M, et al. Health and health service usage outcomes of case management for patients with long-term conditions: a review of reviews. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 3];21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32744213/>
25. Oh J, Ahn S. Effects of Nurse Navigators During the Transition from Cancer Screening to the First Treatment Phase: A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2021 Dec 1;15(5):291–302.
26. Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML. Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(3):341–8.
27. Fernández-Miranda JJ, Díaz-Fernández S, López-Muñoz F. Effectiveness of More Personalized, Case-Managed, and Multicomponent Treatment for Patients with Severe Schizophrenia Compared to the Standard Treatment: A Ten-Year Follow-Up. *J Pers Med* [Internet]. 2022 Jul 4 [cited 2022 Oct 3];12(7). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35887598>
28. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2000 [cited 2022 Oct 3];51(11):1410–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11058189/>
29. Jirapramukpitak T, Jaisin K, Supanya S, Takizawa P. Effectiveness of a community health worker-led case management programme to improve outcomes for people with psychotic disorders in Thailand: a one-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2022 Dec 1;22(1).
30. Jerez-Barranco D, Gutiérrez-Rodríguez L, Morilla-Herrera JC, Cuevas Fernandez-Gallego M, Rojano-Perez R, Camuñez-Gomez MD, et al. Components of case management in caring for patients with dementia: a mixed-methods study. *BMC Nurs* [Internet]. 2022 Jun 23 [cited 2022 Oct 3];21(1):163. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35739550>
31. Joo JY, Liu MF. Case management effectiveness for managing chronic illnesses in Korea: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2019 Mar 1;66(1):30–42.
32. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mãas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [cited 2022 Oct 3];8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18811927/>
33. Direcció General de Planificació en Salut. Bases conceptuales i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Barcelona; 2020.
34. Departament de Salut. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de Salut: Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut. Barcelona. Barcelona; 2010.
35. Hudon C, Chouinard MC, Pluye P, el Sherif R, Bush PL, Rihoux B, et al. Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *Ann Fam Med* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2022 Oct 4];17(5):448–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31501208/>

36. Departament de Salut. La gestió de casos en la pràctica infermera. Barcelona; 2010.
37. National Case Management Network. Canadian Standards of Practice for Case Management: Connect, Collaborate, communicate The Power of Case Management. 2009.
38. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. 2016.
39. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Advanced practice nursing. An integrative approach. Elsevier; 1996.
40. Benner P. From novice to expert [Internet]. Retrieved March. 1984 [cited 2022 Oct 4]. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Benner+''+s+Stages+of+Clinical+Competence#0>
41. Consejo General de Enfermería. Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad [Internet]. 2021. Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competencias-enfermeras/send/70-competencias-enfermeras/1522-competencias-enfermeras-gestoras-paciente-complejidad-14-07-2021>

42. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS DIRECTRICES DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA 2020. 2020;
43. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: A qualitative study of patient and family experience. Ann Fam Med. 2015;13(6):523–8.
44. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria [Internet]. [cited 2022 Oct 17]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716302104>